

УДК 614.2

DOI: 10.56871/MHCO.2023.33.96.003

ДОРОЖНАЯ КАРТА МОДЕРНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА ОСНОВЕ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА

© Юлия Александровна Зуенкова

Российский университет дружбы народов. 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

Контактная информация: Юлия Александровна Зуенкова — доктор делового администрирования, член КС НСБ РФ, старший преподаватель кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены.

E-mail: zuenkova@bk.ru ORCID ID: 0000-0002-3660-0476

Для цитирования: Зуенкова Ю.А. Дорожная карта модернизации онкологической службы на основе ценностно-ориентированного подхода // Медицина и организация здравоохранения. 2023. Т. 8. № 1. С. 32–42. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.33.96.003>

Поступила: 17.01.2023

Одобрена: 15.02.2023

Принята к печати: 21.03.2023

РЕЗЮМЕ. Идея ценностно-ориентированного подхода в здравоохранении была предложена М. Porter в 2004 г. в качестве средства повышения качества медицинской помощи. Существующая практика реализации подхода в России и за рубежом до настоящего времени ограничена внедрением лишь отдельных инструментов, тогда как всеобъемлющая методология, адаптированная к российской онкологической практике, отсутствует. В статье представлена разработанная на основании опыта автора дорожная карта реализации проектов ценностно-ориентированного подхода в онкологии. Был проведен анализ российской и зарубежной литературы, стандартов, методик по теме исследования. С помощью методов проектного менеджмента и дорожного картирования была произведена декомпозиция работ, определены промежуточные результаты, разработан сценарий достижения цели — ценностно-ориентированной онкологической службы. Дорожная карта включает семь последовательных этапов — создание центров компетенций интегрированного оказания медицинской помощи, формирование и обучение мультидисциплинарных команд, картирование пути пациента, внедрение оценок пациентских показателей исхода (PROMs) и опыта пациента (PREMs), совместное принятие решения о лечении, разработка программ поддержки пациентов. Сформулированы необходимые меры поддержки стейкхолдеров для каждого этапа внедрения. Настоящее исследование является теоретическим, представляя собой результат анализа предыдущего опыта автора и синтеза имеющихся подходов. Поскольку дорожная карта имеет длительный жизненный цикл, в процессе работы содержание этапов может меняться и корректироваться. Реализация подхода требует реформирования системы здравоохранения со сменой методов финансирования, подходов к оказанию онкологической помощи, создания рациональных стимулов для ее участников. Для тиражирования необходимо наличие платформы для бенчмаркинга и гибкой цифровой инфраструктуры с возможностью мониторинга затрат и результатов оказания медицинской помощи на индивидуальном уровне.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ценностно-ориентированное здравоохранение; пациентоориентированность; приверженность пациента; качество жизни; совместное принятие решения о лечении; путь пациента; онкологическая служба.

VALUE-BASED APPROACH TO ROAD MAP OF MODERNIZATION OF THE ONCOLOGICAL CARE

© Yuliia A. Zuenkova

Peoples Friendship University of Russia. Miklukho-Maklaya str., 6. Moscow, Russian Federation, 117198

Contact information: Yuliia A. Zuenkova — Doctor of Business Administration, Senior Lecturer of the Department of Public Health, Health and Hygiene. E-mail: zuenkova@bk.ru ORCID ID: 0000-0002-3660-0476

For citation: Zuenkova YuA. Value-based approach to road map of modernization of the oncological care. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2023; 8(1):32-42. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2023.33.96.003>

Received: 17.01.2022

Revised: 15.02.2023

Accepted: 21.03.2023

ABSTRACT. The value-based concept in healthcare was introduced by M. Porter in 2004 as an approach for improving the quality of medical care. The existing practice of implementing this approach in Russia and abroad by the present time has been limited by single projects and tools, while comprehensive methodology adapted to Russian oncological care isn't created. The article presents a roadmap for implementation of value-based projects in oncology developed and based on the author's experience. The analysis of Russian and foreign literature, standards, methods on the research topic was carried out. Project management tools and road mapping techniques are used. Processes decomposition, scenario and intermediate results were determined to achieve the goal — a value-oriented oncological care. The roadmap includes seven consecutive steps — setting up the integrated practice units in the form of centers of excellence, the multidisciplinary teams education, mapping the patient's pathways, implementation into routine practice the patient-reported outcome measures (PROMs) and patient-relevant experience measures (PREMs), shared decision-making, and development of patient support programs. The necessary measures to support stakeholders for each stage of implementation are formulated. The present study is theoretical, representing the result of the analysis of the author's previous experience and the synthesis of existing approaches. Since the roadmap has a long life cycle, the content of the stages may change during operation. The implementation of the approach requires reforming the healthcare system with a change in financing methods, approaches to cancer care, and the creation of rational incentives for all stakeholders. For replication a benchmarking platform and a flexible digital infrastructure with the ability to monitor the costs and results of medical care at the individual patient's level must be formed.

KEY WORDS: value-based healthcare; patient-oriented approach; patient adherence; quality of life; shared decision making; patient pathway; oncology care.

Отличительная черта современного здравоохранения — высокая технологичность и инновационность. Однако с появлением инновационных, дорогостоящих технологий возрастают расходы здравоохранения. Старение населения и рост удельного веса хронических заболеваний также ведут к увеличению расходов, что может мешать достижению целевых показателей. Вопросы повышения эффективности системы здравоохранения стоят крайне остро во всем мире, и Россия не исключение [32].

Изменения в подходах к оплате медицинских услуг частично решают эту проблему. Так, за последние годы в Российской Федерации проведена большая работа по переходу с моделей «оплата за услугу» и «подушевое финансирование» на клинично-статистические группы (КСГ). Очевидно, что оплата должна быть привязана не к количеству, а к качеству медицинской помощи — ценности, полученной в результате лечения. При этом формулировка ценности лечения должна исходить от самого пациента как объекта лечебных манипуляций. Вышеуказанные подходы лежат в основе отно-

сительно новой для российской медицины концепции — ценностно-ориентированного здравоохранения.

Основа ценностно-ориентированного подхода в здравоохранении (ЦОЗ) — трансформация медицинской помощи «от измерения объемов и процессов медицинской помощи к контролю конечных результатов, которые важны для пациентов» [26, 27]. Цель ценностно-ориентированного подхода (ЦОП) — максимизировать «ценность», определяемую как отношение результатов, «важных для пациентов», к затратам для их достижения [3, 10].

Несмотря на то что идея ЦОП впервые была озвучена М. Porter в 2004 г. [26] после 10 лет исследований, посвященных анализу отрасли здравоохранения с позиций конкуренции, алгоритм ее практической реализации отсутствует. Под термином «ценность» часто подразумеваются лишь «гуманистические принципы», либо концепция используется как инструмент «снижения затрат» [22]. Отдельные попытки создания методологии внедрения ЦОП были реализованы в рамках проекта EIT Health [22].

Кроме того, самые разные организации разрабатывают и внедряют стандартизованные наборы (сеты, чек-листы) для реализации отдельных инструментов ЦОЗ. Одной из таких организаций, занимающихся стандартизацией пациентских оценок показателей исходов (Patient-reported outcome measures, PROMs), является некоммерческая организация Международный консорциум по оценке исходов лечения (International Consortium of Health Outcomes, ICHOMB) [28]. Тем не менее всеобъемлющая методология внедрения ЦОП, тем более адаптированная к российской онкологической практике, в настоящее время отсутствует, что обуславливает важность настоящего исследования [10].

В июне 2022 г. при Агентстве стратегических инициатив (АСИ) создан Координационный совет по развитию системы здравоохранения Российской Федерации (КС НСБ РФ). Основная деятельность КС НСБ РФ — поиск возможностей сотрудничества гражданского общества, некоммерческих организаций и предпринимателей с органами законодательной и исполнительной власти на разных уровнях и в разных форматах. В рамках работы КС НСБ РФ проект «Модернизация онкологической службы на основе ценностно-ориентированного подхода» был выбран в качестве системообразующего и рекомендован для последующей поддержки органами власти. Для поддержки реализации Проекта функционирует сайт www.VBHC.ru.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать дорожную карту реализации проектов ценностно-ориентированного подхода в онкологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ российской и зарубежной литературы, стандартов, методик ценностно-ориентированного подхода. На основе синтеза информации, зарубежных практик ценностно-ориентированного подхода, а также предыдущего опыта реализации автора были сформулированы основные параметры и положения [2–8]. Структура дорожной карты базируется на основе методик проектного менеджмента и дорожного картирования. Была произведена декомпозиция работ, определены промежуточные результаты, разработан сценарий достижения цели — реализации полного цикла проектов ЦОЗ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По итогам пилотных проектов ценностно-ориентированного подхода была составлена дорожная карта, включающая семь последовательных этапов реализации.

1. Внедрение интегрированной системы специализированной онкологической помощи путем выделения центров компетенций

На первом этапе необходимо реформировать существующий подход к оказанию медицинской помощи путем создания центров компетенций (ЦК) (Integrated practice units, IPU) по наиболее распространенным или социально значимым нозологиям. Выделение ЦК в отдельные структурные подразделения позволяет не только сфокусировать усилия на достижении целевых показателей, но также визуализировать процессы и облегчить сравнение между разными организациями и регионами [22].

По данным МНИОИ им. П.А. Герцена (Московского научного исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена) в 2020 г. в Российской Федерации ведущими локализациями в общей (оба пола) структуре онкологической заболеваемости были: молочная железа (11,8%), кожа (кроме меланомы) (10,9%), трахея, бронхи, легкое (9,8%), ободочная кишка (7,2%), предстательная железа (6,9%), желудок (5,8%), прямая кишка, ректосигмоидное соединение, анус (5,1%), лимфатическая и кровеносная ткань (5,0%), тело матки (4,3%), почка (3,8%), поджелудочная железа (3,4%), шейка матки (2,8%), мочевого пузыря (2,8%), яичник (2,4%) [9]. На основании частоты онкологической заболеваемости, а также методом экспертных оценок были выделены приоритетные нозологии для формирования восьми ЦК с последующим тиражированием на другие нозологии. Подобные ЦК представляют собой многопрофильные (мультидисциплинарные) бригады, которые в идеале физически располагаются на базе одной медицинской организации. Главная задача мультидисциплинарных бригад — «полностью и всесторонне удовлетворять потребности четко определенных групп пациентов на протяжении всего цикла оказания медицинской помощи» [22]. Создание ЦК предполагает глубокие организационные изменения в целях обеспечения более качественной, пациентоцентричной и эффективной медицинской помощи с более коротким циклом.

Комплексный подход к лечению пациента предполагает также использование мультимо-

дальних методов диагностики и лечения. Мультидисциплинарность — «возможность повышения качества оказания медицинской помощи пациентам на основе многоуровневого и комплексного использования потенциала врачей разных профилей и специалистов, успешное сотрудничество которых приводит к внедрению организационных, информационных, лечебных инноваций» [20].

Полученные ранее результаты внедрения мультидисциплинарного подхода в онкодерматологической практике свидетельствуют о повышении выявляемости рака кожи, повышении приверженности пациентов лечению и диспансерному наблюдению, повышении удовлетворенности пациентов качеством оказания услуг [4].

Сложностью реализации данного этапа является то, что структура таких мультидисциплинарных команд нарушает традиционную практику клинической работы на уровне специальности: меняет подходы к распределению полномочий и потоки денежных средств, требует серьезных изменений штатного расписания и системы вознаграждения [10].

2. Формирование мультидисциплинарных команд на базе центров компетенций

В России мультидисциплинарный подход к лечению закреплён в порядках оказания медицинской помощи по соответствующему профилю. Так, мультидисциплинарный подход к лечению онкологических заболеваний определен Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» [11]. Несмотря на это, создание мультидисциплинарных команд (МДК) как отдельной организационной структуры на базе ЦК отличается от мультидисциплинарного подхода тем, что исключает формализм, а также дает возможность мониторинга их эффективности и мотивации путем включения показателей (key performance indicators, KPI) в эффективный контракт [12].

Национальной онкологической инициативной группой (The National Cancer Action Team, NCAT) в 2009 г. были изучены и стандартизированы правила функционирования мультидисциплинарных команд [24]. До сих пор данные стандарты являются наиболее широко признанными и доступными рекомендациями для практики мультидисциплинарного подхода. Позднее эти стандарты дополнялись

и адаптировались, были созданы специальные чек-листы. Большинство перечисленных инструментов включают оценку таких основных характеристик, как требования к команде, инфраструктура, организация процесса обсуждения, пациентоориентированность клинического решения и управление командой.

Внедрение интегрированной системы специализированной онкологической помощи становится все более распространенным, поскольку является логическим следствием прогресса в медицине. Внедрение интегрированного подхода к оказанию медицинской помощи позволяет предотвратить дублирование медицинских функций и повысить эффективность ресурсов системы здравоохранения [15, 20, 25]. Так, реализованный ранее проект по организации мультидисциплинарной команды подтвердил свою эффективность: врачи стали чаще основывать свои клинические решения на фактических данных, соблюдать клинические рекомендации, в своей практике ориентироваться не только на клинический результат, но и на психоэмоциональные, социальные потребности пациента [5].

3. Картирование «пути пациента» на основе имитационного моделирования

Трансформация современного здравоохранения в сторону ценностей пациентов диктует новые требования к качеству и доступности медицинской помощи. Картирование «пути онкологического пациента» на основе ценностей пациентов позволяет выявить «узкие места» маршрутизации и спрогнозировать возможные риски низкой приверженности пациентов лечению, связанные с доступностью медицинской помощи. Так, в результате картирования «пути пациента» была реструктуризирована внешняя и внутренняя маршрутизация пациентов с раком кожи, что позволило сократить время от начала первого обращения до выписки на 9 дней в случае хирургического лечения, и на 6 дней — в случае радиотерапевтического лечения [3, 4].

Проблема приверженности лечению — одна из наиболее значимых для современных медицины и общества [31]. Изучение типов поведения пациентов при выборе медицинского учреждения, лечащего врача, метода лечения получило название «исследование пути пациента» [16]. Карта «пути пациента» позволяет описать и спрогнозировать возможные риски «потери» пациентов на каждом из этапов обращения за медицинской помощью. Прозрачность

процесса следования пациента на всех этапах лечебно-диагностического процесса, а также понимание причин его отказа от лечения на том или ином этапе позволяет органам здравоохранения совершенствовать процесс оказания медицинской услуги. Ведущие мировые агентства занимаются разработкой методологий для анализа «пути пациентов», чтобы лучше понять взаимосвязи между обращением за медицинской помощью и доступностью медицинских услуг [22, 31]. В ряде регионов России уже успешно функционируют системы мониторинга онкологических пациентов, предназначенные для комплексной информатизации онкологической службы [1]. Они позволяют проводить всеобъемлющий мониторинг онкологической ситуации в регионе, управлять потоками пациентов путем создания оперативной цифровой картины онкологической ситуации.

Маршрутизация пациентов представляет собой ключевую организационную технологию в обеспечении качества и доступности медицинской помощи. Применение методов имитационного моделирования позволяет описать и спрогнозировать возможные риски маршрутизации [3].

Новые модели организации медицинской помощи должны строиться на основании прототипа [31]. Имитационное моделирование представляет собой инновационную парадигму и получило широкое распространение в логистике, управлении и стратегическом планировании, позволяя решать многокритериальные оптимизационные задачи большой размерности.

4. Оценка пациентских показателей исходов (PROMs)

Ключевым аспектом ЦОЗ является выявление значимых для пациента исходов. К данным, полученным от пациентов, относятся данные об оценке исходов (Patient-reported outcome measures, PROMs) [10]. Наиболее часто используемые PROM-анкеты оценивают:

- симптомы (нарушения) и другие аспекты благополучия;
- функционирование (инвалидность);
- состояние здоровья и представление пациента о здоровье;
- качество жизни (QoL);
- качество жизни, связанное со здоровьем (HRQoL).

Инструменты оценки качества жизни, связанные со здоровьем, как правило, представляют собой многомерные вопросники, оценивающие сочетание аспектов нарушений и/или ин-

валидности и отражающие состояние здоровья пациента. Напротив, опросники QoL выходят за рамки нарушений и инвалидности, исследуя способность пациента удовлетворять свои потребности, а также эмоциональную реакцию пациента на имеющиеся ограничения. Опросники могут быть универсальными для всех заболеваний (например, EQ-5D, SF-36, HUI) или специфическими, то есть предназначенными для оценки лечения конкретных онкологических заболеваний [10, 22].

Оценка пациентских показателей исходов, как показал опыт [4, 7], позволяет врачу выявлять индивидуальные ценности и потребности пациента в отношении проводимой терапии, учитывать их при принятии решения о лечении, что в итоге повышает удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в целом и выбранным методом лечения в частности. Так, учет пациент-ассоциированных факторов улучшал индивидуальный опыт пациента (50–100 баллов по Рашу) [4].

Все большее распространение получают оцифрованные опросники — ePROMs [22]. В рамках стратегии внедрения единого цифрового контура в сфере здравоохранения ePROMs могут быть реализованы в виде дополнительного СЭМД (структурированный электронный медицинский документ, SEMD — structured electronic medical document), содержащего специфические ePROM по выбранным онкологическим нозологиям. Опросники заполняет со слов пациента медицинский персонал, данные вносят в МИС (медицинскую информационную систему) с последующей выгрузкой в региональную ВИМИС (вертикально интегрированную медицинскую информационную систему) и возможностью интеграции с федеральными сервисами ВИМИС для верификации данных и межрегионального суботраслевого бенчмаркинга. Важным элементом унификации данных для сравнения является использование строго валидизированных для конкретной нозологии опросников и их валидизированных переводов.

5. Совместное принятие решения о лечении

Данные исходов, полученные путем опроса пациентов (PROMs), должны быть использованы как ориентиры для выбора совместно с пациентом метода лечения [4]. Формализация процесса совместного принятия решения о лечении как подхода произошла в конце 1990-х гг. как результат работы теоретиков семейной медицины Элвина и Эдвардса [17–19, 23]. Они

разработали и предложили критерии, которые впоследствии были включены в Великобританию в обязательный перечень индикаторов качества лечения.

В настоящее время существуют разные модели общения с пациентом — модель OPTION [17], экологическая модель [30], The Tree-talk Model [18], IP-SDM [22], применяются и техники VALS и леддеринга [7].

Несколько исследователей в этой области разработали шкалы для измерения того, в какой степени пациент вовлечен в процесс принятия решения. Цель этих шкал — изучить, что происходит при совместном принятии решений и в какой степени врач может побудить пациента стать активным участником выбора метода лечения. На основе этих шкал разрабатываются инструменты, которые помогут врачам лучше понять потребности пациентов. Одним из таких проверенных инструментов является быстрый опросник SURE [21].

Проведенное ранее исследование [4] показало применимость данной концепции в российской отраслевой практике. Так, в исследовании было показано, что более молодой возраст ($r=-0,398$, $p=0,009$) и женский пол ($r=-0,475$, $p=0,001$) — факторы, ассоциированные с более высоким эмоциональным дистрессом по поводу внешнего вида, что требует учета при выборе терапии [4]. Более пожилые пациенты в меньшей степени вовлекались в выбор метода лечения ($r=-0,633$, $p=0,001$) [4]. Использование пациентоориентированного алгоритма коммуникации позволяет достичь удовлетворительной вовлеченности (≥ 3 баллов из 4) у 67% пациентов [4].

6. Измерение опыта пациента

К данным, получаемым от пациентов, относятся также данные о восприятии пациентом процесса лечения (англ. patient-relevant experience measures, PREMs). В отличие от PROMs, PREMs носят немедицинский характер и направлены на оценку качества оказания услуг. Измерение опыта пациента не требует строгой валидации опросников и может быть адаптировано под задачи исследования. Согласно Федеральному закону от 21 июля 2014 г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования», все медицинские учреждения, «участвующие в реализации про-

граммы государственных гарантий бесплатно оказания гражданам медицинской помощи, обязаны проводить независимую оценку качества оказания услуг» [14]. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 июля 2018 г. № 442 «Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети «Интернет» проведение такой оценки возможно в том числе в электронной форме [13]. К основным критериям такой оценки относятся «открытость и доступность информации о медицинской организации, комфортность условий предоставления услуг и их доступность, время ожидания, доброжелательность, вежливость, компетентность работников». Существуют и различные цифровые возможности оценки опыта пациента [2].

7. Разработка программ поддержки пациентов

Финальный этап проектов реализации ЦОП — разработка программ поддержки пациентов (ППП, PSP — patient support programs) с целью увеличения их приверженности лечению и диспансерному наблюдению. ППП — это система сопровождения пациента на всем пути его следования — от постановки диагноза и назначения терапии до ее окончания или определенного исхода с целью улучшения и сохранения качества жизни пациента [29, 31].

К основным целям внедрения ППП можно отнести: повышение осведомленности пациентов о заболевании; повышение приверженности лечению; формирование навыков контроля за заболеванием. Результаты исследований демонстрируют положительное влияние ППП на приверженность пациентов с хроническими заболеваниями, клинические показатели исхода у таких пациентов, а также их психологическое состояние [29]. Обобщенный российский опыт реализации программ показал их непосредственное влияние на снижение расходов здравоохранения, повышение качества медицинской помощи, приверженность пациентов [8]. Программы поддержки пациентов, реализуемые при поддержке коммерческих стейкхолдеров (фармацевтических компаний), берут на себя часть функций института здравоохранения в лекарственном обеспечении, диагностике, в обучении меди-

цинских кадров и пациентов, инфраструктурной поддержке [8].

РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ БЕНЧМАРКИНГА НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Бенчмаркинг (эталонное оценивание, от англ. benchmarking) — систематическое изучение, сравнение и анализ ключевых показателей, процессов, функциональных особенностей и тенденций компании с аналогичными показателями не только своих конкурентов, но и лидеров из других областей, выявление разрывов компании и пути их устранения с помощью внедрения лучшего опыта. Бенчмаркинг позволяет системно подходить к вопросу определения ориентиров развития и повышения эффективности. В общественном здравоохранении бенчмаркинг используется для системы рейтингования медицинских организаций [10]. Бенчмаркинг является обязательным условием реализации проектов ценностно-ориентированного здравоохранения, поскольку он делает возможным сравнение работы как медицинских организаций, так и отдельных служб и медицинских специалистов [10, 22, 26]. Благодаря динамическому сравнению возможна реализация принципа конкуренции и повышения качества медицинской помощи [10, 22, 26].

Бенчмаркинг дает достаточно высокую степень надежности результатов при условии соблюдения методологии бенчмаркинг-исследования. Сложность использования инструмента заключается в том, что он требует хорошего знания методологии бенчмаркинга, опыта в проведении подобных исследований, затрат времени и в ряде случаев ресурсов для получения данных. Внедрение бенчмаркинга (системы рейтингования) возможно при условии стандартизации подходов к оценке результатов оказания медицинской помощи. Различные зарубежные организации разрабатывают и внедряют стандартизованные наборы (чек-листы) оценки исходов [28]. Так, согласно методологии ICNOM, данные о результатах оказания медицинской помощи можно разделить на три категории: «Достигнутое состояние здоровья», «Процесс выздоровления», «Устойчивый результат» [28].

ОБСУЖДЕНИЕ

Реализация программ ценностно-ориентированного подхода в онкологии требует активного участия и согласования мер поддержки

со всеми стейкхолдерами: адаптации штатного расписания и положений эффективного контракта, организации обучения команд, внедрения разработанных СОПов (стандартных операционных процедур), адаптации маршрутизации, обмена данными мониторинга онкологических пациентов, интеграции с федеральными и региональными сервисами.

Ограничения исследования. Несмотря на то что отдельные инструменты ценностно-ориентированного подхода ранее были успешно внедрены в России в онкологическую службу, как комплексная программа эти проекты не были реализованы, что может потребовать уточнения в последующем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация ценностно-ориентированных принципов требует реформирования всей системы здравоохранения со сменой методов финансирования, подходов к оказанию онкологической помощи, пересмотра ключевых показателей эффективности медицинского персонала, создания рациональных стимулов для участников. Учитывая комплексность и сложность внедрения подобных проектов, рекомендуется начинать с отдельных элементов — онкологических нозологий, которые вносят наибольший вклад в заболеваемость и смертность.

Ожидаемые результаты реализации проектов ценностно-ориентированного здравоохранения по заявленной дорожной карте включают:

- 1) повышение эффективности работы онкологических служб в масштабах отдельных регионов и всей страны за счет операционной эффективности и концентрации ресурсов, важных для пациента;
- 2) повышение приверженности пациентов лечению за счет пациентоцентричной внешней (на уровне региона) и внутренней (внутри медицинской организации и структурных подразделений) маршрутизации;
- 3) повышение удовлетворенности пациентов за счет внедрения пациентоцентричных принципов работы, реализуемых в виде учета мнений пациента и его индивидуальных психоэмоциональных и социальных потребностей при выборе метода лечения;
- 4) улучшение междисциплинарного взаимодействия, соблюдения клинических рекомендаций, что в итоге повышает качество медицинской помощи.

Для тиражирования ЦК и создания платформы для бенчмаркинга необходимо наличие гибкой цифровой инфраструктуры с возможностью мониторинга затрат и результатов оказания медицинской помощи на индивидуальном уровне (на уровне конкретного пациента). Программное обеспечение должно обеспечивать возможность прозрачного и объективного контроля как по клиническим данным, так и по данным, получаемым от пациента. При создании программного обеспечения необходимо учитывать существующую цифровую инфраструктуру региона и медицинской организации.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор прочитал и одобрил финальную версию перед публикацией.

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

The author read and approved the final version before publication.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремов С.А., Груздева Е.А., Петкау В.В. Информатизация онкологической службы в регионе: система поддержки работы онкологической служб. Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2020; 6(3): 31–5. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/informatizatsiya-onkologicheskoy-sluzhby-v-regione-sistema-podderzhki-raboty-onkologicheskoy-sluzhby>. (дата обращения: 11.07.2022).
2. Зуенкова Ю.А. Возможности и перспективы технологии распределенного реестра в управлении опытом пациента. Менеджер здравоохранения. 2020; 9: 47–54. DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-47-54. EDN XABBRP.
3. Зуенкова Ю.А. Опыт реализации ценностно-ориентированного подхода в лучевой терапии в рамках методики EIT health. Здравоохранение Российской Федерации. 2022; 66(3): 201–7. DOI: 10.47470/0044-197X-2022-66-3-201-207. EDN NROUSY.
4. Зуенкова Ю.А. Опыт реализации ценностно-ориентированного подхода в онкодерматологической практике. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2022. 15(2): 250–8. DOI 10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.125. EDN YNYDYA
5. Зуенкова Ю.А. Организационные аспекты формирования мультидисциплинарных команд: стандарты качества, эффективность и внедрение в практику. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2022; 3(47): 32–42. DOI 10.33029/2220-8453-2022-13-3-32-41. EDN YQFRBQ.
6. Зуенкова Ю.А., Кича Д.И., Абрамов А.Ю. и др. Пациентоориентированный алгоритм работы рентгенотерапевтического кабинета онкологического диспансера. Медицинская радиология и радиационная безопасность. 2021; 66(5): 45–9. DOI: 10.12737/1024-6177-2021-66-5-45-49.
7. Зуенкова Ю.А. Применение методики VALS и техники леддеринга при совместном принятии решения о лечении. Менеджер здравоохранения. 2022; 5: 13–9. DOI: 10.37690/1811-0185-2022-5-13-19. EDN TSNFAH.
8. Зуенкова Ю.А. Роль программ поддержки пациентов в реализации ценностно-ориентированного здравоохранения. Менеджер здравоохранения. 2022; 4: 4–9. DOI 10.21045/1811-0185-2022-4-4-9. EDN LNFMMUN.
9. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О., ред. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2021.
10. Омеляновский В.В., Мусина Н.З., Гостищев Р.В. и др. Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. 2020; 13(4): 438–51. Доступен по: <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>. (дата обращения: 11.07.2022).
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях». Доступен по: <https://base.garant.ru/400533605/?ysclid=lage68g5gl915468794>. (дата обращения 07.11.2022).
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.06.2013 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». Доступен по: <https://base.garant.ru/70417648/?ysclid=lage5pm02r706541119>. (дата обращения 07.11.2022).
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.07.2018 г. № 442 «Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации».

- ской Федерации в сети “Интернет”». Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71889420/?ysclid=lagedbxbpqo658587461>. (дата обращения 07.11.2022).
14. Федеральный закон от 21.07.2014 г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования». Доступен по: <https://base.garant.ru/70701066/?ysclid=lageb6qkqs42145076>. (дата обращения 07.11.2022).
 15. Berwick D., Nolan T., Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs*. 2008; 27(3): 759–69.
 16. Cherif E., Martin-Verdier E., Rochette C. Investigating the healthcare pathway through patients' experience and profiles: implications for breast cancer healthcare providers. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1): 735. DOI: 10.1186/s12913-020-05569-9. PMID: 32781993; PMCID: PMC7422593.
 17. Elwyn G., Edwards A., Wensing M., et al. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *BMJ. Quality & Safety*. 2003; 12: 93–9.
 18. Elwyn G., Durand M.A., Song J. et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017; 6(359): j4891. DOI: 10.1136/bmj.j4891. PMID: 29109079; PMCID: PMC5683042.
 19. Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*. 2000; 50(460): 892–9. PMID: 11141876; PMCID: PMC1313854.
 20. Enthoven A. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation. *American Journal of Managed Care*. 2009; 12 (15): 284–90.
 21. Ferron Parayre A., Labrecque M., Rousseau M. et al. Validation of SURE, a four-item clinical checklist for detecting decisional conflict in patients. *Med Decis Making*. 2014; 34(1): 54–62. DOI: 10.1177/0272989X13491463. Epub 2013 Jun 17. PMID: 23776141.
 22. Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers. EIT Health; 2020. Available at: <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf> (07.11.2022: 28.08.2022).
 23. Lewis K.B., Stacey D., Squires J.E., Carroll S. Shared Decision-Making Models Acknowledging an Interprofessional Approach: A Theory Analysis to Inform Nursing Practice. *Res Theory Nurs Pract*. 2016; 30(1): 26–43. DOI: 10.1891/1541-6577.30.1.26. PMID: 27024998.
 24. National Cancer Action Team. The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT). Available at: http://www.ncin.org.uk/cancer_type_and_topic_specific_work/multi_disciplinary_teams/mdt_development. (accessed: 07.11.2022).
 25. Porter M.E., Guth C., Dannemiller E.M. The West German headache center: integrated migraine care. *Harvard Business School Case*. 2007; 707–59.
 26. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*. 2004; 82(6): 64–136.
 27. Porter M.E., Tiesberg E.O. Redefining health care. Boston. MA: Harvard Business School Press; 2006.
 28. Robert L. et al. Standardized Outcome Measurement for Patients with Coronary Artery Disease: Consensus from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *J Am Heart Assoc*. 2015; 4: e001767. Available at: <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.001767>. (accessed: 07.11.2022).
 29. Shao J., Rodrigues M., Corter A.L., Baxter N.N. Multidisciplinary care of breast cancer patients: a scoping review of multidisciplinary styles, processes, and outcomes. *Curr Oncol*. 2019; 26(3): e385–97. DOI: 10.3747/co.26.4713. PMID: 31285683; PMCID: PMC6588064.
 30. Street R.L. Communication in medical encounters: An ecological perspective. In: Thompson T.L., Dorsey A., Parrott R., Miller K., eds. *The Routledge Handbook of Health Communication*. Routledge Communication Series. Routledge; 2003: 63–89.
 31. Subbaraman R., Nathavitharana R.R., Satyanarayana S. et al. The Tuberculosis Cascade of Care in India's Public Sector: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Med*. 2016; 13(10): e1002149. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002149. PMID: 27780217; PMCID: PMC5079571.
 32. World Health Organization. Global Report on Global Spending on Health: a World in Transition. 2019. Available at: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report2019.pdf?ua=1. (accessed: 07.11.2022).

REFERENCES

1. Efremov S.A., Gruzdeva E.A., Petkau V.V. Informatizacija onkologicheskoy sluzhby v regione: sistema podderzhki raboty onkologicheskoy sluzhby [Informatization of oncology care in the region: a system to support the work of oncological services]. *Zhurnal telemeditsiny i jelektronnoho zdravooohranenija*. 2020; 6(3): 31–5. (in Russian).
2. Zuenkova Ju.A. Vozmozhnosti i perspektivy tehnologii raspredelennoho reestra v upravlenii «opytom pacien-ta [Distributed ledger technology in patient experience management]. *Menedzher zdravooohranenija*. 2020; 9: 47–54. DOI: 10.37690/1811-0185-2020-9-47-54. EDN XABBRP. (in Russian).
3. Zuenkova Ju. A. Opyt realizacii cennostno-orientirovannogo podhoda v luchевой terapii v ramkah metodiki EIT health [Experience of implementing a value-based approach in radiation therapy: EIT health methodology]. *Zdravooohranenie Rossijskoj Federacii*. 2022; 66(3):

- 201–7. DOI: 10.47470/0044-197X-2022-66-3-201-207. EDN NROUSY. (in Russian).
4. Zuenkova Yu.A. Opyt realizacii cennostno-orientirovannogo podhoda v onkodermatologicheskoy praktike [Experience of implementing a value-based approach in oncodermatology]. *Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya*. 2022; 15(2): 250–8. DOI 10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2022.125. EDN YNYDYA. (in Russian).
5. Zuenkova Yu.A. Organizacionnye aspekty formirovaniya mul'tidisciplinarnykh komand: standarty kachestva, effektivnost' i vnedrenie v praktiku [Organizational aspects of multidisciplinary teams: quality standards, efficiency and implementation in practice]. *Medicinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*. 2022; 3(47): 32–42. DOI 10.33029/2220-8453-2022-13-3-32-41. EDN YQFRBQ. (in Russian).
6. Zuenkova Ju.A., Kicha D.I., Abramov A.Ju. et al. Pacientorientirovannyj algoritm raboty rentgenoterapevticheskogo kabineta onkologicheskogo dispansera [Patientoriented algorithm for the X-ray therapy cabinet of oncology dispensary]. *Medicinskaja radiologija i radiacionnaja bezopasnost*. 2021; 66(5): 45–9. DOI: 10.12737/1024-6177-2021-66-5-45-49. (in Russian).
7. Zuenkova Ju.A. Primenenie metodiki VALS i tehniki ledderinga pri sovmestnom prinjatii reshenija o lechenii [Application of the VALS and the laddering techniques at shared decision-making]. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2022; 5: 13–9. DOI: 10.37690/1811-0185-2022-5-13-19. EDN TSNFAH. (in Russian).
8. Zuenkova Yu.A. Rol' programm podderzhki pacientov v realizacii cennostno-orientirovannogo zdravoohraneniya [Patient support program as a part of value-based healthcare implementation]. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2022; 4: 4–9. DOI 10.21045/1811-0185-2022-4-4-9. EDN LNFMMUN. (in Russian).
9. Kaprin A.D., Starinskij V.V., Shahzadova A.O., red. Zlo-kachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2020 godu (zabolevaemost' i smertnost') [Malignant neoplasms in Russia in 2020 (morbidity and mortality)]. Moskva: MNIOI im. P.A. Gercena — filial FGBU «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii; 2021. (in Russian).
10. Omel'janovskij V.V., Musina N.Z., Gostishhev R.V. i dr. koncepcija cennostno-orientirovannogo zdravoohraneniya [Concept of value-based healthcare]. *FARMAKOJEKONOMIKA. Sovremennaja Farmakoje-konomika i Farmakojeepidemiologija*. 2020; 13(4): 438–51. Available at: <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2020.042>._(accessed: 07.11.2022). (in Russian).
11. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 19.02.2021 g. № 116n “Ob utverzhenii Porjadka okazaniya medicinskoj pomoshhi vzrosloму naseleniju pri onkologicheskikh zabolevaniyah” [On approval of the Procedure for providing medical care to adults with oncological diseases]. Available at: <https://base.garant.ru/400533605/?ysclid=lage68g5gl915468794>. (accessed: 07.11.2022). (in Russian).
12. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 28.07.2013 g. № 421 “Ob utverzhenii Metodicheskikh rekomendacij po razrabotke organami gosudarstvennoj vlasti sub”ektov Rossijskoj Federacii i organami mestnogo samoupravlenija pokazatelej jeffektivnosti dejatel'nosti podvedomstvennykh gosudarstvennykh (municipal'nyh) uchrezhdenij, ih rukovoditelej i rabotnikov po vidam uchrezhdenij i osnovnym kategorijam rabotnikov” [On approval of Methodological recommendations on the development by state authorities of the subjects of the Russian Federation and local self-government bodies of performance indicators of subordinate state (municipal) institutions, their managers and employees by types of institutions and main categories of employees]. Available at: <https://base.garant.ru/70417648/?ysclid=lage5pm02r706541119>. (accessed: 07.11.2022). (in Russian).
13. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 13.07.2018 g. № 442 “Ob organizacii raboty po obespecheniju teh-nicheskoy vozmozhnosti vyrazhenija mnenij pacientami o kachestve uslovij okazaniya uslug medicinskimi organizacijami na oficial'nom sajte Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii v seti «Internet»” [About the organization of work to ensure the technical possibility of expressing opinions by patients about the quality of conditions for the provision of services by medical organizations on the official website of the Ministry of Health of the Russian Federation on the Internet]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71889420/?ysclid=lagedbpxpqo658587461>. (accessed: 07.11.2022). (in Russian).
14. Federal'nyj zakon ot 21.07.2014 g. № 256-FZ “O vnesenii izmenenij v ot-del'nye zakonodatel'nye akty Rossijskoj Federacii po voprosam provedeniya nezavisimoj ocenki kachestva okazaniya uslug organizacijami v sfere kul'tury, social'nogo obsluzhivaniya, ohrany zdorov'ja i obrazovaniya” [On amendments to certain legislative acts of the Russian Federation on the issues of conducting an independent assessment of the quality of services provided by organizations in the field of culture, social services, health and education]. Available at: <https://base.garant.ru/70701066/?ysclid=lageb6qkqs42145076>. (accessed: 07.11.2022). (in Russian).
15. Berwick D., Nolan T., Whittington J. The Triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs*. 2008; 27(3): 759–69.
16. Cherif E., Martin-Verdier E., Rochette C. Investigating the healthcare pathway through patients' experience and profiles: implications for breast cancer healthcare providers. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1): 735. DOI: 10.1186/s12913-020-05569-9. PMID: 32781993; PMCID: PMC7422593.
17. Elwyn G., Edwards A., Wensing M., et al. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *BMJ. Quality & Safety*. 2003; 12: 93–9.

18. Elwyn G., Durand M.A., Song J. et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017; 6(359): j4891. DOI: 10.1136/bmj.j4891. PMID: 29109079; PMCID: PMC5683042.
19. Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*. 2000; 50(460): 892–9. PMID: 11141876; PMCID: PMC1313854.
20. Enthoven A. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation. *American Journal of Managed Care*. 2009; 12 (15): 284–90.
21. Ferron Parayre A., Labrecque M., Rousseau M. et al. Validation of SURE, a four-item clinical checklist for detecting decisional conflict in patients. *Med Decis Making*. 2014; 34(1): 54–62. DOI: 10.1177/0272989X13491463. Epub 2013 Jun 17. PMID: 23776141.
22. Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers. EIT Health; 2020. Available at: <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf> (07.11.2022: 28.08.2022).
23. Lewis K.B., Stacey D., Squires J.E., Carroll S. Shared Decision-Making Models Acknowledging an Inter-professional Approach: A Theory Analysis to Inform Nursing Practice. *Res Theory Nurs Pract*. 2016; 30(1): 26–43. DOI: 10.1891/1541-6577.30.1.26. PMID: 27024998.
24. National Cancer Action Team. The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT). Available at: http://www.ncin.org.uk/cancer_type_and_topic_specific_work/multi_disciplinary_teams/mdt_development. (accessed: 07.11.2022).
25. Porter M.E., Guth C., Dannemiller E.M. The West German headache center: integrated migraine care. *Harvard Business School Case*. 2007; 707–59.
26. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining competition in health care. *Harvard Business Review*. 2004; 82(6): 64–136.
27. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining health care. Boston, MA: Harvard Business School Press; 2006.
28. Robert L. et al. Standardized Outcome Measurement for Patients with Coronary Artery Disease: Consensus from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *J Am Heart Assoc*. 2015; 4: e001767. Available at: <https://doi.org/10.1161/JAHA.115.001767>. (accessed: 07.11.2022).
29. Shao J., Rodrigues M., Corter A.L., Baxter N.N. Multidisciplinary care of breast cancer patients: a scoping review of multidisciplinary styles, processes, and outcomes. *Curr Oncol*. 2019; 26(3): e385–97. DOI: 10.3747/co.26.4713. PMID: 31285683; PMCID: PMC6588064.
30. Street R.L. Communication in medical encounters: An ecological perspective. In: Thompson T.L., Dorsey A., Parrott R., Miller K., eds. *The Routledge Handbook of Health Communication*. Routledge Communication Series. Routledge; 2003: 63–89.
31. Subbaraman R., Nathavitharana R.R., Satyanarayana S. et al. The Tuberculosis Cascade of Care in India's Public Sector: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Med*. 2016; 13(10): e1002149. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002149. PMID: 27780217; PMCID: PMC5079571.
32. World Health Organization. Global Report on Global Spending on Health: a World in Transition. 2019. Available at: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report2019.pdf?ua=1. (accessed: 07.11.2022).