

© ЗУЕНКОВА Ю.А., 2022

Зуенкова Ю.А.

Опыт реализации ценностно-ориентированного подхода в лучевой терапии в рамках методологии EIT Health

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, Москва, Россия

Введение. За последние 10 лет здравоохранение во всём мире сделало большой шаг к переходу с традиционной модели оплаты за услугу к ценностно-ориентированной модели. Российский опыт радиотерапевтической помощи, как и опыт внедрения подобных проектов у пациентов с раком кожи, пока не описан. Учитывая сложность, комплексность и ресурсозатратность внедрения подобных проектов, требуются оценка и корректировка методологии уже на ранних этапах реализации.

Цель исследования: представить опыт внедрения ценностно-ориентированного подхода по методологии Европейского института инноваций и технологий (EIT Health) в службу лучевой терапии.

Материал и методы. Проанализирован и обобщён опыт внедрения методологии EIT Health в 3 медицинских организациях бюджетной системы здравоохранения, описаны возможности её применения в лучевой терапии. Проведены оценка и стандартизация процессов, анализ «пути пациента», оценка затрат, определение ценностных приоритетов пациентов, совместное принятие решения о выборе метода лечения, развитие приверженности пациентов диагностике и лечению, удовлетворённость качеством медицинских услуг, оценка качества жизни.

Результаты. Использование предлагаемой методологии было оправданным — все восемь инструментов были применимы в каждой анализируемой медицинской организации.

Ограничения исследования связаны с его выполнением только на базе кабинетов рентгенотерапии онкологических диспансеров и у пациентов с немеланомным раком кожи.

Заключение. Современная медицина нуждается в прикладных исследованиях, нацеленных на формирование доказательной базы в области улучшения качества. Настоящее исследование важно для последующего эффективного применения ценностно-ориентированного подхода на практике.

Ключевые слова: *ценностно-ориентированный подход; пациентоориентированность; приверженность пациента; качество жизни; совместное принятие решения о лечении; путь пациента; лучевая терапия*

Соблюдение этических стандартов. Имеется положительное заключение Этического комитета (протокол № 5 от 17.02.2022).

Для цитирования: Зуенкова Ю.А. Опыт реализации ценностно-ориентированного подхода в лучевой терапии в рамках методологии EIT Health. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2022; 66(3): 201–207. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-3-201-207>

Для корреспонденции: Зуенкова Юлия Александровна, доктор делового администрирования, преподаватель кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФГАОУ ВО «РУДН», 117198, Москва. E-mail: zuenkova@bk.ru

Финансирование. Финансирование данной работы не проводилось.

Конфликт интересов. Автор сообщает об отсутствии конфликтов интересов.

Поступила 06.12.2021

Принята в печать 25.03.2022

Опубликована 28.06.2022

© ZUENKOVA JU.A., 2022

Julia A. Zuenkova

Experience of implementing a value-based approach in radiation therapy: EIT Health methodology

Peoples Friendship University of Russia, Moscow, 117198, Russian Federation

Introduction. Over the past ten years, healthcare has made a big step towards the transition from the traditional payment-for-service model to a value-based model. The Russian experience of oncological and radiotherapeutic care, and the experience of implementing similar projects in patients with skin cancer, has not yet been described. Given the complexity and resource-intensive implementation of such projects, it is necessary to evaluate the methodology at the early stages of implementation.

Purpose: to present the experience of implementing a value-based approach using the EIT Health methodology in the radiotherapeutic care.

Material and methods. The experience of implementing the EIT Health methodology in three sites of the budgetary healthcare system is analyzed and summarized. Possibilities of application in radiation therapy are described. The following tools were used: assessment and standardization of processes, “patient’s pathway”

analysis, cost estimation, patients' values evaluation, shared decision-making, patients' compliance with diagnosis and treatment, satisfaction with the quality of medical services, assessment of quality of life.

Results. The use of the proposed technique proved to be justified as all eight tools were applicable in each of the three sites. The success of using these tools was also facilitated by their using to have a specific highly specialized focus as X-ray therapy rooms were used as a research base, and the objects of the study were patients with non-melanoma skin cancer.

Limitations of the research are related to the X-ray therapeutic cabinets of the oncology dispensaries and non-melanoma skin cancer patients.

Conclusion. Healthcare needs applied research aimed at forming an evidence base of quality improvement projects. Current research provides further guidance of dissemination the value-based approach in practice.

Keywords: *value-based healthcare; patient-oriented approach; patient adherence; quality of life; shared decision making; patient pathway; radiotherapy*

Compliance with ethical standards. Compliance with ethical standards. There is a positive conclusion of the Ethics Committee (Protocol No. 5 of 17.02.2022).

For citation: Zuenkova Ju.A. Experience of implementing a value-based approach in radiation therapy: EIT Health methodology. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2022; 66(3): 201–207. (in Russian). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-3-201-207>

For correspondence: *Julia A. Zuenkova*, doctor of business administration, high-school teacher of the Department health care management, pharmacy provision, medical technologies and hygiene of the Peoples Friendship University of Russia, Moscow, 117198, Russian Federation. E-mail: zuenkova@bk.ru

Information about the authors:

Zuenkova Ju.A., <https://orcid.org/0000-0002-3660-0476>

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: December 06, 2021

Accepted: March 25, 2022

Published: June 28, 2022

Введение

Современное здравоохранение отличается направленность на ценностно-ориентированный подход (ЦОП). За последние 10 лет здравоохранение во всём мире сделало большой шаг к переходу от традиционной модели оплаты за услугу к ценностно-ориентированной модели [1]. Этот переход был обусловлен неуклонным повышением стоимости медицинской помощи, снижением её доступности, возрастающими запросами пациентов к качеству. Оплата за услугу и подушевое финансирование приводили к необоснованному стремлению провайдеров медицинских услуг увеличивать их объёмы [2, 3]. Понимание того, что оплата за медицинскую помощь должна отражать фактически достигнутый результат, а не её объём, привело к необходимости изменения как подходов к оплате медицинской помощи, так и общих институциональных преобразований в отрасли с акцентом на потребности и нужды пациентов.

Идея ЦОП впервые была озвучена в 2006 г. профессором Гарвардского университета Майклом Портером и вначале была нацелена на решение проблем качества и доступности медицинской помощи в США посредством усиления конкуренции среди частных медицинских организаций [2]. ЦОП призван был частично решить проблему неуклонного роста затрат на здравоохранение, который сопутствовал развитию инноваций в медицине.

М. Porter и соавт. предложили кардинально новый подход, определив пациентоцентричность как основу для реформирования системы здравоохранения. «Ценность медицинской помощи для больного должна определяться не на уровне медицинского организации или конкретного её подразделения. Ценность создаётся через определение состояния здоровья пациента и изучение результатов и затрат на достижение этих результатов в течение всего цикла лечения болезни» [3].

Концепция ценности медицинской помощи нашла отклик у пациентов, провайдеров медицинских услуг, страховых компаний и правительства. За прошедшие годы было приложено немало усилий для реализации ЦОП на практике, перенос лучших практик на модели здравоохранения и сегменты медицины разных стран. Однако этому стремлению препятствовала нехватка прозрачных и стандартизированных данных о методике внедрения подобных проектов и средств измерения полученных результатов. Под термином «ценность» чаще всего понимались не поддающиеся контролю «гуманистические принципы» либо, напротив, экономические стимулы по снижению затрат, которые часто приводили к ухудшению доступности медицинской помощи [4]. С момента формулировки этой концепции во всём мире были реализованы программы внедрения данного подхода в пилотных проектах. Однако до недавнего времени опыт пилотных проектов не был обобщён и систематизирован.

В 2020 г. опубликовано Руководство Европейского института инноваций и технологий (EIT Health) [5], в котором на основании анализа имеющегося опыта в 22 странах впервые была предложена методика внедрения и масштабирования пилотных проектов. Руководство EIT Health позволило решить проблему практической реализации проектов внедрения ЦОП в здравоохранение. Матрица внедрения Руководства EIT Health, подробный анализ которой был проведён ранее [6], включает последовательные этапы внедрения ЦОП:

- 1) анализ контекста и условий оказания медицинской помощи;
- 2) составление карты пути пациента к месту доставки медицинской помощи;
- 3) создание условий для выбора пациентом вариантов лечения;
- 4) индивидуальный подход к назначению терапии и возможность пациента участвовать в выборе метода лечения;
- 5) оценка опыта пациента.

В качестве подхода к измерению результатов авторами использовались следующие группы показателей [5]:

- экономические затраты;
- клинические показатели исхода — результаты инструментальных и физикальных методов исследования, которые можно оценить объективно и связать с проводимым лечением;
- результаты, ассоциированные с состоянием пациента, — субъективные ощущения пациента, такие как качество жизни, болевой синдром;
- результаты пациентского опыта.

Результаты опыта пациента отражают оценку пациентом его опыта взаимодействия с медицинским учреждением и персоналом, они вносят вклад в субъективную оценку ценности медицинской помощи [5]. Показатели опыта пациента можно оценить в том числе через удовлетворённость качеством оказания услуг. Опыт пациента часто оказывает непосредственное влияние на развитие приверженности пациента лечению. Все вместе эти группы показателей вносят вклад, создавая синергетический эффект при измерении «успеха» в здравоохранении [5].

Достижение этих показателей, согласно Руководству EIT Health, возможно посредством использования процессного подхода, анализа «пути пациента», совместного с пациентом принятия решения о лечении, развития приверженности лечению и др.

В Руководстве EIT Health описаны первые европейские проекты реализации методики на практике, некоторые из проектов охватывают онкологическую и радиотерапевтическую помощь. Тем не менее российский опыт онкологической и радиотерапевтической помощи, как и опыт внедрения подобных проектов у пациентов с раком кожи (РК), пока не описан. Учитывая сложность, комплексность и ресурсозатратность внедрения подобных проектов, требуется оценка и, при необходимости, корректировка методики уже на ранних этапах реализации [6].

Цель исследования — представить опыт внедрения методики EIT Health в службу лучевой терапии в онкологических диспансерах бюджетной системы здравоохранения.

Материал и методы

За 17 мес с июня 2020 г. по октябрь 2021 г. методика EIT Health была адаптирована под задачи службы лучевой терапии и реализована в рентгенотерапевтических отделениях 3 медицинских организаций бюджетной системы здравоохранения: Городской Мариинской больнице [7], Городском клиническом онкологическом диспансере г. Санкт-Петербург [8], Свердловском областном онкологическом диспансере [9].

Использованы инструменты и подходы Руководства EIT Health:

- оценка и стандартизация процессов;
- анализ «пути пациента»;
- оценка затрат;
- определение ценностных приоритетов пациентов;
- совместное принятие решения о выборе метода лечения;
- развитие приверженности пациентов диагностике и лечению;
- удовлетворённость качеством медицинских услуг;
- оценка качества жизни.

В ходе исследования проводилась оценка операционной эффективности работы рентген-кабинетов на двух базах — Свердловском областном онкологическом дис-

пансере и Городской Мариинской больнице за 16 лет, особенностей и динамики работы (показатели динамического ряда), анализ структуры нозологий пациентов ($n = 16\,011$), оценка оборота койки ($n = 2091$), влияния факторов на операционную эффективность. Для этих целей использовались методы единовременного непосредственного наблюдения и хронометража (22 сеанса) работы, производилась выкопировка данных о пациентах из карт выбывшего из стационара, проводилось наблюдение за поступлением пациентов ($n = 2553$) в 2019 г.

На основании нормативных документов методами синтеза и анализа оценивали возможные риски увеличения сроков начала лечения, риски отказа пациента от лечения. С помощью метода имитационного моделирования в программной среде AnyLogic проведён организационный эксперимент, в результате которого предложена новая модель организации онкодерматологической помощи.

С целью изучения качества жизни пациентов с немеланомным РК, их опыта и степени их вовлечённости в решение о лечении проведено наблюдательное несравнительное проспективное, продолжительное одноцентровое когортное исследование на базе отделения мультимодальной онкодерматологии Свердловского областного онкологического диспансера. В нём приняли участие 42 пациента, которые прошли все этапы исследования. Для оценки качества жизни и опыта пациента использовали валидизированный релевантный опросник для пациентов с РК «FACE-Q | Skin Cancer»¹.

Результаты

В каждом из анализируемых учреждений были полностью или частично применены 8 основных инструментов ЦОП, что говорит о потенциальной их реализуемости в условиях российского здравоохранения.

Оценка затрат. Измерение затрат представляет одну из наиболее сложных проблем внедрения ценностно-ориентированных принципов в связи со сложностью оценки расходов, отсутствием точной информации о стоимости полного цикла оказания медицинской помощи пациенту при том или ином заболевании, наличием разных методик оценки [5].

В рамках заданных целей внедрения ЦОП в службу лучевой терапии, и рентгенотерапии в частности, измерение затрат представлялось относительно прозрачным, поскольку они принимались равными тарифу обязательного медицинского страхования (ОМС) на оплату подобных услуг. Тариф рассчитывался на основании технологических карт, зависел от количества фракций и учитывал региональные коэффициенты.

Таким образом, оценка экономических затрат не позволяла продемонстрировать эффект внедрения ЦОП. В связи с этим понятие затрат было расширено — под затратами подразумевались прочие ресурсы: кадровые, временные, пространственные, материальные. Экономия времени и кадров имела место во всех случаях и была связана с оптимизацией процессов.

Можно сделать вывод, что для всех медицинских организаций, работающих в системе ОМС, расчёт экономических затрат можно считать прозрачным и поддающимся оценке. В то же время подходы к оценке экономических затрат для аналогичных подразделений, оказывающих услуги вне системы ОМС, требуют дополнительного уточнения и индивидуальной оценки.

¹ <https://qportfolio.org/face-q/skin-cancer>

Оценка процессов, их оптимизация и стандартизация. Проведена оценка динамики работы кабинетов лучевой терапии — количества законченных случаев лечения и сеансов облучения, вычислялись показатели динамического ряда: абсолютный прирост, темп прироста, темп роста. На основании данных расчётов сделаны выводы о причинах изменений поступления пациентов и операционной эффективности, что позволяет спрогнозировать перераспределение кадровых и временных (количество рабочих смен) ресурсов внутри структурного подразделения. В нашем случае на динамику поступления пациентов влияли следующие причины: пандемия COVID-19, введение в эксплуатацию новых аппаратов, увеличение мощности отделения, рекламные мероприятия по привлечению платных пациентов, возможность оказания услуг по обязательному медицинскому страхованию, изменение стоимости тарифа на данный вид услуг.

С целью прогнозирования операционной эффективности работы отделения осуществлён хронометраж 22 сеансов у разных пациентов, который показал, что суммарное среднее время сеанса составляет 12,1 мин [9]. Кроме того, оценивались полезные действия и действия, не несущие ценности для пациента. В нашем случае анализ показал, что полезные действия занимают наибольшее время — 67% ($n = 8,09$ мин), тогда как остальные этапы (оформление документации, уборка и пр.) занимают каждый не более 1–2 мин и составляют в общей сложности менее 33% ($n = 4,03$ мин) общего времени [7].

Оценка «пути пациента». Изучение моделей поведения пациентов при оценке вариантов выбора медицинской организации, врача, метода лечения получило название «исследование пути пациента». Эта методология впервые была использована в медицинских учреждениях Швеции [10] и позднее стала широко применяться в США для улучшения качества медицинской помощи. Результаты изучения «пути пациента» служат основой для проектирования маршрутизации и планирования доступности медицинской помощи. Цель таких исследований — описать шаги, которые предпринимают пациенты от начальной точки обращения за медицинской помощью до момента излечения.

Основное отличие «пути пациента» от регламентированной маршрутизации заключается в том, что он описывает фактическое поведение пациентов при обращении за медицинской помощью. В ряде случаев эти «пути» могут отличаться от заданной маршрутизации, что требует периодического их изучения и корректировки.

Мы оценили фактический «путь пациента» методами клинического наблюдения, анализа и измерения и сравнили его с регламентированной маршрутизацией в регионе. Результаты наблюдения и опроса пациентов позволили создать имитационную модель поведения пациента. Предлагаемая имитационная модель была реализована в программной среде AnyLogic, поддерживающей дискретно-событийное моделирование. В результате изменения модели оказания медицинской помощи весь процесс от первого обращения пациента к врачу до выздоровления сократился с 26 до 20 дней.

Дискретно-событийное моделирование предназначено для проектирования систем, поведение которых можно описать как некоторую последовательность действий [11]. Система AnyLogic позволяет выполнять оптимизацию процесса — в нашем случае оптимизация процессов производилась по критерию «продолжительность лечебно-диагностического процесса» с сохранением параметров «возможность выбора методов лечения».

Определение ценностных приоритетов пациентов.

Ценности можно рассматривать, с одной стороны, как объективные нормы и регуляторы социального поведения, с другой — как субъективные концепты пациента. В психологии существуют разные подходы к оценке ценностей индивида [12, 13].

С точки зрения практической реализации наиболее удобен оказался подход к оценке ценностей пациента по М. Rokeach, который классифицирует ценности на два типа: терминальные или «сверхценности» и инструментальные — «ценности-средства» [14].

В наших исследованиях оценка системы ценностей пациентов проводилась путём неформализованного интервью с помощью открытых вопросов для выяснения глубинных мотивов и убеждений пациентов [8]. Модель ценностных ориентаций М. Rokeach была адаптирована под задачи исследования.

Целью проведения данного интервью была фиксация разброса мнений и предпочтений пациентов относительно методики, процедуры, графика, формата рентгенотерапевтического лечения. Проведённое качественное исследование позволило построить иерархию системы ценностей пациентов и сформулировать алгоритм пациентоориентированного подхода, включающего коммуникационный алгоритм. Алгоритм коммуникации учитывал потребности пациента и включал обязательное обсуждение клинического результата процедуры, вопросов безопасности лечения и побочных реакций, требований к косметическому результату, удобство режима лечения и графика фракционирования (облучения, сеансов терапии) [8].

Внедрение данного алгоритма коммуникации спустя полгода показало удовлетворительный результат — все пациенты придерживались назначенного графика лечения, их беспокойство по поводу результатов лечения уменьшилось, все вопросы, касающиеся результатов терапии, снимались на начальной стадии лечения в процессе совместного планирования терапии.

Оценка качества жизни. Оценка исходов, полученных путём опроса пациентов, — исследования, затрагивающие различные аспекты здоровья пациента и влияние болезни и лечения на стиль жизни пациента и её качество. Они представляют собой анонимизированные анкеты, самостоятельно заполняемые опрашиваемыми или иными лицами относительно них самих. Данные оценки представляют собой валидизированные опросные листы, которые охватывают все главные особенности того, чем пациенты обеспокоены.

Для оценки качества жизни и субъективного состояния пациента использовались опросники «FACE-Q | Skin Cancer» «Беспокойство о раке» и «Удовлетворённость внешним видом лица». Были выделены факторы, влияющие на выбор метода лечения у пациентов с немеланомным РК — факторы, связанные с заболеванием (стадия по ESOG, локализация РК, радиочувствительность тканей) и пациент-ассоциированные факторы (косметический результат, боязнь радиации, болевой порог, возможность посещения врача).

Анализ показал наличие отрицательной обратной связи между возрастом, полом и уровнем психоэмоционального дистресса: молодой возраст ($r = -0,398$; $p = 0,009$) и женский пол ($r = -0,475$; $p = 0,001$). Положительная вовлечённость наблюдалась у 67% пациентов. Более пожилые пациенты в меньшей степени вовлекались в выбор метода лечения ($r = -0,633$; $p = 0,001$). У всех опрошенных уровень удовлетворённости коммуникациями «врач–паци-

ент» составлял более 50 баллов, что позволяет говорить о том, что ожидания пациентов от лечения совпадали с информацией, полученной ими до начала лечения.

Заполнение каждого опросника занимало 1–3 мин. Пациентам давались инструкции во вводном абзаце в начале анкеты. При невозможности самостоятельного заполнения опросников пациентом ввиду возраста или слабого зрения их со слов пациента заполняли администратор или врач отделения.

Совместное принятие решения о выборе метода лечения. Принципы совместного с пациентом принятия решения о лечении зародились в конце 1990-х гг. и основывались на предположении, что пациент рационален в своих решениях, способен и имеет желание принимать участие в обсуждении вариантов и делать осознанный выбор.

Совместное принятие решения о лечении предполагает изменение отношений между врачом и пациентом. Однако не все пациенты готовы перестроить свою привычную повседневную поведенческую практику.

Возможности выбора пациентом вариантов лечения определяются рядом факторов: имеющимися ресурсами (кадровыми, технологическими и пр.) в медицинской организации, степенью внедрения клинических рекомендаций, готовностью пациента обсуждать с врачом варианты лечения и способностью принимать решение, наличием достаточного количества времени у врача и пациента для обсуждения вариантов лечения и оценки возможных исходов. В проектах внедрения ЦОП в рентгенотерапевтическую службу за основу возможностей выбора были взяты диагностические и терапевтические модальности, указанные в клинических рекомендациях по лечению немеланомного (базальноклеточного и плоскоклеточного) РК [15, 16].

Данные приоритеты были выбраны на основании статистики профиля пациентов, поступающих на рентгенотерапевтическое лечение. Поскольку расширение диагностических и терапевтических возможностей для пациента может приводить к увеличению затрат ресурсов (введение новых методов лечения, приобретение лекарственных препаратов и медицинской техники, дополнительные кадры), следует рассматривать возможности оптимизации — обучение врачей работе на нескольких модальностях вместо введения новых кадров, использование ресурсов других подразделений при отсутствии необходимого оборудования и пр. В наших проектах расширение возможностей терапевтического выбора не привело к увеличению затрат ресурсов, поскольку хирургический метод лечения и фотодинамическая терапия были объединены на базе отделения лучевой терапии, которое в данном случае являлось наиболее ресурсоёмким. В то же время врачи хирургических специальностей были обучены дополнительным методам: фотодинамической терапии и криотерапии.

Выбор пациентом вариантов лечения осуществлялся с учётом двух групп факторов: факторов, связанных с заболеванием (стадия по ECOG, локализация РК, радиоочувствительность тканей) и пациент-ассоциированных факторов (косметический результат, боязнь радиации, болевой порог, возможность посещения врача). Базой принятия решения служили ответы пациентов на опросники. Для оценки результата проведённого лечения принимались во внимание клинические показатели исхода, а также оценивались удовлетворённость пациента выбранным методом лечением и косметическим результатом.

Развитие приверженности пациентов диагностике и лечению. Проблема приверженности лечению — одна из наиболее значимых для современной медицины и общества. Особенно эта проблема значима для лучевой терапии, т.к. прерывание курса лучевой терапии может грозить рецидивом заболевания, что приводит к снижению выживаемости. На приверженность пациентов лечению влияют социально-демографические и культурные факторы.

Развитие пациентской приверженности — важный элемент медицины 4П. В формировании приверженности важную роль играют точки контакта пациента с медицинской организацией и врачом. Управление точками контакта позволяет организовать максимально эффективную систему, которая увеличивает конверсию пациента на каждом этапе жизненного цикла и повышает его вовлечённость в процесс лечения.

Картирование пути пациента может быть использовано для изучения его опыта, прогноза риска отказа пациента от своевременной диагностики или лечения на каждом этапе лечебно-диагностического процесса.

Удовлетворённость качеством медицинских услуг. В рамках общей тенденции ценностно-ориентированного здравоохранения опыт пациента приобретает всё большее значение при оценке качества медицинских услуг. Все медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обязаны проводить независимую оценку качества оказания услуг².

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 работников³.

При реализации ЦОП на уровне структурных подразделений, а также в ряде других случаев, требующих индивидуального подхода, требуется адаптация существующих опросников к целям проекта, специфике работы подразделения.

В нашем случае был составлен опросник оценки качества оказания услуг, который состоял из 10 вопросов, разделённых на пять блоков:

- совместное принятие решения о лечении;
- приверженность терапии;
- комфорт пациента и удобство лечения;
- коммуникации с персоналом;
- результат лечения.

Активное вовлечение пациентов в оценку качества оказания медицинских услуг — важный элемент ценностно-ориентированной медицины. Однако введение субъектности неизбежно влечёт увеличение сложности системы. Использование результатов оценки опыта пациента

² Федеральный закон от 21.07.2014 № 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».

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет».

как инструмента управления требует таких подходов к их измерению, которые бы вызвали доверие и могли быть интерпретированы однозначно всеми стейкхолдерами.

Обсуждение

Идеи ценностно-ориентированного здравоохранения, несомненно, представляют интерес для отрасли, поскольку они направлены на повышение качества и доступности медицинской помощи при сохранении затрат на неё. В то же время наука улучшения качества собирает в себе доказательства, получаемые в различных дисциплинах: менеджменте, маркетинге, логистике, информатике и пр.

Современная медицина нуждается в прикладных исследованиях, нацеленных на формирование доказательной базы по тому, как необходимо распространять результаты проектов в области улучшения качества. В этой связи анализ и обобщение опыта внедрения управленческих инноваций в области организации здравоохранения важны для последующего эффективного применения новых управленческих идей на практике.

Ограничения исследования: настоящее исследование было ограничено его применением в кабинетах рентгенотерапии бюджетных медицинских организаций онкологического профиля у пациентов с немеланомным РК.

Заключение

Использование основных инструментов внедрения ЦОП по методике EIT Health показало себя оправданным — в той или иной мере в каждой из 3 медицинских организаций были применимы все 8 инструментов:

- оценка и стандартизация процессов;
- анализ «пути пациента»;
- оценка затрат;
- определение ценностных приоритетов пациентов;
- совместное принятие решения о выборе метода лечения;
- развитие приверженности пациентов диагностике и лечению;
- удовлетворённость качеством медицинских услуг;
- оценка качества жизни.

Хронометраж, оптимизация внутренних процессов оказания медицинских услуг позволяют повысить ценность медицинской помощи для пациента и создают условия для повышения доступности медицинской помощи. Опыт показал, что анализ путей пациентов может использоваться для совершенствования региональной маршрутизации. Оценка опыта пациента, фокус на ценности и предпочтения пациента являются важными элементами удовлетворённости качеством оказания услуг. Наличие разнообразных валидизированных опросников оценки качества жизни позволяет врачу персонализированно подходить к выбору метода лечения, тактике лечения, адаптировать режим фракционирования в лучевой терапии к индивидуальным потребностям пациентов.

Успеху использования этих инструментов также способствовало то, что их применение имело конкретный узкоспециализированный фокус, где в качестве базы исследования использовались кабинеты рентгенотерапии, а объектами исследования были главным образом пациенты с немеланомным РК. Есть основания полагать, что увеличение масштабов проекта может сопровождаться усложнением внедрения методики.

ЦОП, несомненно, будет задавать тренд развития мирового и отечественного здравоохранения в ближайшие годы. Важными условиями (рекомендациями) для успешного внедрения ЦОП авторы считают три фактора: наведение мостов между функциями; выделение необходимых ресурсов для достижения долгосрочных результатов; повышение значимости междисциплинарной командной работы.

Расчёт экономических затрат можно считать прозрачным и поддающимся оценке для всех медицинских организаций, работающих в системе ОМС. В то же время подходы к оценке экономических затрат для аналогичных подразделений, оказывающих услуги вне системы ОМС, требуют дополнительного изучения и анализа.

Успех любой управленческой новации зависит прежде всего от правильного выбранного контекста (условий) внедрения, отработанной на практике методологии и единого понимания терминов, целостности применяемого терминологического аппарата. Объективно наблюдаемый барьер: нехватка стандартизированных данных об ожидаемых результатах внедрения ЦОП, отсутствие ясности и однозначности в определении, объёме и содержании профессионального медицинского термина «ценность», единых алгоритмов и методик внедрения — всё это может стать препятствием для перехода отечественной медицины на ценностно-ориентированное здравоохранение.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 1–5, 10–14 см. References)

6. Зуенкова Ю.А. Ценностно-ориентированный подход: анализ руководства Европейского института инноваций и технологий. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021; (1): 28–35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128>
7. Кича Д.И., Зуенкова Ю.А., Камышанская И.Г., Черемисин В.М. Реализация пациенто-ориентированных принципов в работе рентгенотерапевтической службы. *Медицинская радиология и радиационная безопасность*. 2021; 66(1): 54–8. <https://doi.org/10.12737/1024-6177-2021-66-1-54-58>
8. Зуенкова Ю.А., Кича Д.И., Абрамов А.Ю., Буйнова Ю.Г., Клисова Л.М. Пациентоориентированный алгоритм работы рентгенотерапевтического кабинета онкологического диспансера. *Медицинская радиология и радиационная безопасность*. 2021; 66(5): 45–9. <https://doi.org/10.12737/1024-6177-2021-66-5-45-49>
9. Изюров Л.Н., Зуенкова Ю.А. Прогнозирование и оптимизация работы кабинета рентгенотерапии в рамках клинических рекомендаций Ассоциации Онкологов России Министерства здравоохранения Российской Федерации. *Исследования и практика в медицине*. 2020; 7(3): 99–107. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-3-10>
15. Рубрикатор клинических рекомендаций. Клинические рекомендации «Базальноклеточный рак кожи». Доступно: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/467_1
16. Рубрикатор клинических рекомендаций. Клинические рекомендации «Плоскоклеточный рак кожи». Доступно: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/476_2

REFERENCES

1. Lewis S. Value-based healthcare – meeting the evolving needs of our population. *Aust. Health Rev.* 2019; 43(5): 485. https://doi.org/10.1071/ahv43n5_ed
2. Porter M.E., Teisberg E.O. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard: Harvard Business School Press; 2006.
3. Porter M.E. What is value in health care? *N. Engl. J. Med.* 2010; 363(26): 2477–81. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
4. *Defining Value in «Value-Based Healthcare». Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.

5. 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>
6. Zuenkova Yu.A. Value-based healthcare: analysis of European Institute of innovation and technology health guidelines. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2021; (1): 28–35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128> (in Russian)
7. Kicha D.I., Zuenkova Yu.A., Kamyshanskaya I.G., Cheremisin V.M. Patient-oriented approaches for X-ray therapy medical care. *Meditsinskaya radiologiya i radiatsionnaya bezopasnost'*. 2021; 66(1): 54–8. <https://doi.org/10.12737/1024-6177-2021-66-1-54-58> (in Russian)
8. Zuenkova Yu.A., Kicha D.I., Abramov A.Yu., Buynova Yu.G., Klisova L.M. Patient-oriented algorithm for the X-ray therapy cabinet of oncology dispensary. *Meditsinskaya radiologiya i radiatsionnaya bezopasnost'*. 2021; 66(5): 45–9. <https://doi.org/10.12737/1024-6177-2021-66-5-45-49> (in Russian)
9. Izyurov L.N., Zuenkova Yu.A. Forecasting and optimization of the kilovoltage X-ray therapy office within the framework of clinical guidelines of the Association of oncologists of Russia (AOR) of the Ministry of health of the Russian Federation. *Issledovaniya i praktika v meditsine*. 2020; 7(3): 99–107. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-3-10> (in Russian)
10. Kinsman L., Rotter T., James E., Snow P., Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Med*. 2010; 8: 31. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-31>
11. Szimanski F., Ralha C.G., Wagner G., Ferreira D.R. *Improving Business Process Models with Agent-based Simulation and Process Mining. BPMDS'13 Working Conference. LNBIP 147*. Berlin: Springer; 2013: 124–38.
12. Allport G.W., Vernon P.E., Lindzey G.A. *Study of Values: A Scale for Measuring the Dominant Interests in Personality*. Boston, MA: Houghton Mifflin; 1960.
13. Schwartz S.H., Bilsky W. Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990; 58(5): 878–91.
14. Rokeach M. *The Nature of Human Values*. New York: Free Press; 1973.
15. Rubricator of clinical recommendations. Clinical guidelines «Basal cell carcinoma». Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/467_1 (in Russian)
16. Rubricator of clinical recommendations. Clinical guidelines «Squamous cell carcinoma». Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/476_2 (in Russian)