

© БУДАРИН С.С., ЭЛЬБЕК Ю.В., 2024
УДК 614.2

Бударин С. С., Дербенев Д. П., Эльбек Ю. В.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ПО ВНЕДРЕНИЮ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия

Внедрение ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) рассматривается как наиболее перспективное направление реформы системы здравоохранения в разных странах, независимо от уровня их социально-экономического развития. Определение ценности в здравоохранении формулируется как отношение результатов, которые важны для пациентов, к затратам, произведённым для достижения этих результатов. Целью настоящего исследования является изучение опыта зарубежных медицинских организаций по внедрению ЦОЗ и обобщения основных этапов и факторов, влияющих на его внедрение.

Ключевые слова: ценностно-ориентированное здравоохранение; стандартный набор показателей; CROM; PROM; PREM; ценности для пациента; затраты; проект; внедрение; медицинские организации

Для цитирования: Бударин С. С., Дербенев Д. П., Эльбек Ю. В. Опыт реализации проектов по внедрению ценностно-ориентированного здравоохранения в зарубежных странах. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 2):1079—1084. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1079-1084>

Для корреспонденции: Бударин Сергей Сергеевич; e-mail: budarinss@zdrav.mos.ru

Budarin S. S., Derbenev D. P., Elbek Yu. V.

EXPERIENCE IN IMPLEMENTING PROJECTS ON THE INTRODUCTION OF VALUE-BASED HEALTHCARE IN FOREIGN COUNTRIES

Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department, 115088, Moscow, Russia

The introduction of value-based healthcare is considered as the most promising area of healthcare system reform in different countries, regardless of the level of their socio-economic development. The definition of value-based in healthcare is defined by M. Porter and E. Tysberg, which is formulated as the ratio of the results that are important to patients to the costs incurred to achieve these results. The purpose of this study is to study the experience of foreign medical organizations in the implementation of value-based healthcare and generalize the main stages and factors influencing its implementation.

Key words: value-based healthcare; standard set of indicators; CROM; PROM; PREM; patient values; costs; project; implementation; medical organizations

For citation: Budarin S. S., Derbenev D. P., Elbek Yu. V. Experience in implementing projects on the introduction of value-based healthcare in foreign countries. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 2):1079–1084 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s2-1079-1084>

For correspondence: Sergey S. Budarin; e-mail: budarinss@zdrav.mos.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 15.05.2024

Accepted 03.09.2024

Введение

Во многих странах мира, независимо от их социально-экономического уровня и действующей системы здравоохранения, внедрение ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) рассматривается как наиболее перспективное направление реализации реформ в сфере здравоохранения [1].

Система здравоохранения, основанная на ценности, направлена на решение проблем, связанных с обеспечением качества медицинской помощи, оказываемой населению [2].

М. Е. Porter и соавт. в книге «Переосмысление здравоохранения: создание конкуренции, основанной на ценностях и результатах»¹ дали определение ценности в здравоохранении как отношение резуль-

татов, которые важны для пациентов, к затратам, произведённым для достижения этих результатов. Таким образом, ценность создаётся благодаря оценке состояния здоровья пациента за счёт изучения результатов лечения на всём протяжении этого процесса и финансовых затрат на достижение результата.

В целях перехода на принципы ЦОЗ поставщики медицинских услуг целенаправленно совершенствуют процессы организации медицинской помощи и интегрируют работу подразделений, отвечающих за различные этапы ее оказания. Это обеспечивает координацию полного цикла оказания медицинской помощи и при необходимости позволяет сосредоточиться на одном или нескольких связанных состояниях здоровья пациента или конкретных групп пациентов [3].

Соответствующим образом выстраивается и структура оплат, в которой учитываются затраты по

¹ Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston; 2006. 506 p.

всей цепочке создания стоимости оказания медицинской помощи, или производственно-сбытовой цепочке оказания медицинской помощи [4].

ЦОЗ — это международный тренд, который подразумевает значительные изменения в системе оказания медицинской помощи, начиная с управления медицинской организацией и заканчивая выстраиванием отношений между врачом и пациентом. Следовательно, внедрение ЦОЗ требует определённых структурных изменений и дополнительных ресурсов.

По мнению М.Е. Porter и соавт., внедрение ЦОЗ способствует развитию конкуренции в сфере оказания медицинских услуг. Конкуренция, основанная на ценности, появляется за счёт того, что поставщики медицинских услуг начинают измерять и сообщать данные о результатах лечения по каждому из состояний здоровья пациентов. Широкое распространение информации о достижении позитивных результатов позволяет пациентам осознанно осуществлять выбор места и условий получения медицинских услуг, а поставщикам услуг демонстрировать хорошие результаты по конкурентоспособной цене, чтобы привлечь внимание пациентов.

ЦОЗ требует хорошего качества данных, глубоких знаний о процессе лечения и содержательного анализа данных. Инструменты для фиксации первичных данных должны обеспечивать их надлежащее качество и конфиденциальность информации.

Качество первичных данных зависит от качества использованного источника и является ключом обеспечения надлежащего медицинского обслуживания, помогает избегать ошибок и предвзятости в решениях. Регистрация данных на уровне первоисточника, будь то данные клинициста (показатели результатов, сообщаемые клиницистом — CROM) или пациента (показатели здоровья пациента, сообщаемые пациентом — PROM), снижает вариативность качества данных, а их визуализация помогает в принятии клинических решений [2, 5].

Обзор публикаций об опыте внедрения ЦОЗ в разных странах свидетельствует о схожести в подходах к трактовке ценностей в здравоохранении, организации процессов, основных этапах и факторах внедрения ЦОЗ.

Целью настоящего исследования является изучение опыта зарубежных медицинских организаций по внедрению ЦОЗ и обобщения основных этапов и факторов, влияющих на его внедрение.

Материалы и методы

Для анализа выбраны публикации, в которых описывается опыт медицинских организаций по внедрению ЦОЗ за 2017—2024 гг. Поиск публикаций проводился по базам данных PubMed, Embase, Google Scholar, eLIBRARY.RU с применением ключевой фразы «внедрение ценностно-ориентированного здравоохранения»/»the implementation of value to value-based healthcare». Изучен также ряд обзорных статей по указанной тематике. В результате поиска отобрано 973 статьи, из которых 12 соответствовали

главному критерию настоящего исследования «опыт внедрения ЦОЗ».

Результаты исследования

Предоставление услуг ЦОЗ является целью для многих медицинских организаций. Однако для её достижения необходимо внесение ряда изменений в процесс организации медицинской помощи, процедуры измерения результатов и затрат на её оказание. Реальные инновации в сфере здравоохранения должны способствовать повышению устойчивости её системы, равноправному доступу населения к медицинской помощи и быть максимально адаптивными к динамичной среде, обеспечивая наилучший исход лечения в любых обстоятельствах, включая кризисы, такие как пандемия.

Медицинские организации из разных стран уже более 10 лет работают над внедрением систем повышения качества медицинской помощи для населения принимая за основу принципы ЦОЗ. С каждым годом реализуется всё больше инициативных проектов по внедрению ЦОЗ в практику здравоохранения. Анализ публикаций об опыте внедрения организации ЦОЗ позволяет определить основные этапы и ключевые факторы, влияющие на реализацию проектов по внедрению ЦОЗ.

Европейский институт инноваций и технологий

В 2020 г. Европейский институт инноваций и технологий (EIT Health) в рамках исследования новаций в сфере здравоохранения подготовил и опубликовал руководство «Внедрение системы здравоохранения, основанной на ценностях, в Европе»², в котором представлена модель внедрения ЦОЗ, получившая название «Матрица реализации VBHC» (далее — Матрица). В Руководстве обобщается опыт поставщиков медицинских услуг по внедрению ЦОЗ с целью обмена передовой практикой и ускорению разработки методов измерения результатов, важных для пациента, и ресурсов, затраченных на их достижение.

В Матрице представлены 5 ключевых аспектов, которые необходимо учитывать для успешной реализации проектов по внедрению ЦОЗ (рисунок).

1. Фиксация результата — процессы, которые включают выбор показателей, методы их измерения, организацию сбора первичных данных, их обработку и аналитику.
2. Сравнение полученных результатов с исходным состоянием, сопоставление с желаемым результатом и/или с результатом аналогичных поставщиков медицинских услуг.
3. Инвестирование в реализацию проекта, например, в создание информационных систем, в кадровые ресурсы, их обучение и мотивацию к успешной реализации проекта.

²European Institute of Innovation and Technology. Implementing Value Based Healthcare in Europe: Handbook for Pioneers. URL: <https://eit.europa.eu/library/implementing-value-based-healthcare-europe-handbook-pioneers> (дата обращения: 24.04.2024).



Матрица реализации ЦО.

Источник: Implementing Value-based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers is a publication by EIT Health. European Institute of Innovation and Technology. Implementing Value Based Healthcare in Europe: Handbook for Pioneers. URL: <https://eit.europa.eu/library/implementing-value-based-healthcare-europe-handbook-pioneers> (дата обращения: 24.04.2024).

4. Улучшение результата за счёт обеспечения непрерывного обучения участников процесса внедрения ЦОЗ (управленцы, врачи, пациенты).

5. Формирование партнёрских отношений: взаимодействие между участниками проекта и сотрудничество с внешними партнерами.

Подход, предложенный EIT Health, является методическим решением, применяемым в различных сферах управления, и его использование может позволить заинтересованным медицинским организациям, исходя из их возможностей и целей, формировать свой план действий по внедрению ЦОЗ и успешно его реализовывать.

Университетская клиника им. 12 октября, Мадрид

В университетской клинике в Мадриде³ с 2018 г. реализуется несколько инновационных проектов с учётом принципов ЦОЗ. Для проектов отбирались пациенты с заболеваниями кишечника, раком молочной железы, воспалительными процессами, раком лёгких, коронавирусной инфекцией и возрастной макулярной дегенерацией. Продолжительность внедрения каждого проекта составляет 18—24 мес и варьируется в зависимости от клинической сложности процесса лечения и состояния пациентов. Расходы на внедрение также варьируются в зависимо-

сти от сложности проекта и составляют 90—250 тыс. евро [2].

При реализации проектов их участники столкнулись с рядом проблем, которые необходимо было решать, и выделили 5 основных из них: качество данных; наличие инструментов для измерения и визуализации данных; простота в использовании инструментов для измерения данных; обеспечение прозрачности процесса внедрения проекта, его координации и централизованного управления; подведение итогов и принятие решений по последующим действиям. Отмечена также неготовность к переменам у отдельных специалистов и подразделений клиники.

Практика реализации проектов показала, что для достижения успеха необходимо пройти 6 ключевых шагов:

- оценка сложности и анализа осуществимости проекта до его начала;
- организация управления и координации работы участников проекта;
- разработка и использование индикаторов результата, характеризующего состояние здоровья пациента;
- разработка и адаптация инструментов фиксации, обработки и анализа данных с помощью ИТ-технологий;
- организация пилотного тестирования проекта по одному или нескольким клиническим состояниям здоровья пациентов;

³ Hospital Universitario 12 de Octubre. URL: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/> (дата обращения: 24.04.2024).

- регулярная оценка итогов управления проектом и его внедрения в медицинскую практику.

Опыт университетской клиники показывает, что в каждом инновационном проекте было задействовано по 5 команд, в которых рабочая нагрузка распределялась в зависимости от умения членов команды и задач, которые они выполняли:

- управление — координация работ по проекту и его продвижение;
- технология — интеграция внутренних технологических процессов и взаимодействие с внешними партнёрами;
- экономика — анализ финансовых затрат и оценка экономической эффективности;
- клиника — выбор и согласование клинических показателей, анализ и обсуждение процессов лечения, клиническая интерпретация результатов;
- исследование состояния пациентов — анализ данных о качестве жизни и опыте пациентов.

Каждая команда состояла из 5—8 профессионалов.

В качестве источников финансирования реализации проектов использовались частные инвестиции. Финансирование осуществлялось по двум основным направлениям: обеспечение проектов кадровыми ресурсами (65,4%) и удовлетворение потребности в технологическом оборудовании и программном обеспечении (34,6%).

Каждый проект условно поделен на 4 семестра. В 1-м семестре (несколько месяцев) осуществляется оценка возможности реализации проекта, анализ исходного состояния, оценка ресурсов и реализации клинической части проекта, его сложность и перспектива осуществимости. В течение этого периода внедряются инструменты надлежащего учёта данных и координации работы команд.

Следующие два семестра — пилотные. В этот период тестируются инструменты измерения результатов и оценивается целесообразность предлагаемых инноваций, применяемых при лечении конкретного заболевания. Продолжительность пилотного периода составляет до 9 мес.

В 4-м семестре осуществляются подведение итогов, сравнение полученного и ожидаемого результата, внесение необходимых корректировок и повторный запуск усовершенствованных процессов. На адаптацию к работе в новых условиях, которая не должна увеличивать нагрузку на специалистов, требуется не менее 6 мес. С этого момента внедрённый инновационный проект становится частью повседневной медицинской практики.

Объединение больниц Сантеон, Нидерланды

Специалисты нидерландского госпиталя St. Antonius⁴ более 5 лет занимаются проектами улучшения качества в сфере здравоохранения в соответ-

ствии с принципами ЦОЗ по 18 различным заболеваниям. В проекты включены группы пациентов с раком простаты, лёгких, молочной железы, колоректальным раком, переломом бедра (гериатрические травмы), артрозом тазобедренного сустава, хронической почечной недостаточностью и др. [6].

Для реализации проектов созданы команды, которые состоят из 6—16 членов, представляющих основные специальности, участвующие в лечении группы пациентов по конкретному заболеванию. В состав групп входит медицинский (врачи разных специальностей, медицинские сёстры, фармацевты) и вспомогательный (аналитики, управленцы, технические специалисты) персонал. Возглавляет команды врач-руководитель, который работает с координатором проекта.

Часть команд работала в рамках программы «Вместе лучше», в которой задействована сеть из 7 ведущих клинических больниц Сантеон в Нидерландах, сформировавших платформу обучения, что позволило измерять результаты лечения, сравнивать их 2 раза в год и проводить цикл улучшения. Цикл улучшения для каждой команды состоит из 3 или 5 этапов, которые включают реализацию следующих процессов: формирование многопрофильной клинической группы, осуществляющей лечение пациентов; выбор показателей для оценки состояния пациентов; сбор данных, их обработка и анализ для проведения сравнения результатов, полученных во всех 7 больницах, относящихся к сети; анализ причин различий в результатах и выявление лучшей практики; внедрение передовой практики для улучшения процессов оказания медицинской помощи. Первые 3 этапа повторяются вновь до момента получения устойчивого результата за счёт внедрения лучших практик.

Реализация проектов позволила выделить 3 основные области управления (организация проекта, культура реализации проекта и практика реализации проекта) и 9 факторов, влияющих на повышение качества медицинской помощи, ориентированной на ценности, важные для пациента (ПКМПОЦ).

Каждый из факторов подразделяется на более подробные фрагменты действий (состояний), которые в ходе реализации проектов воспринимались участниками как препятствующие или как поддерживающие успешность реализации проектов в зависимости от качества выполнения действий и/или наличия (отсутствия) состояния (таблица).

Подводя итоги реализации проектов, организаторы выявили, что указанные факторы успешности внедрения ЦОЗ актуальны для всех команд-участниц, независимо от их состава, ключевых характеристик пациентов или выбранных вариантов лечения. В то же время установлено, что чаще всего проблемы с организацией совещаний команд для совместного обсуждения хода проектов испытывали команды, в которых числилось большое количество участников.

⁴ Ziekenhuis Nieuwegein. URL: <https://www.antoniusziekenhuis.nl/locaties/ziekenhuis-nieuwegein> (дата обращения: 24.04.2024).

Факторы, влияющие на реализацию проектов по ПКМПОЦ в больницах

Факторы	Действия/состояние
Организация проекта по ПКМПОЦ	
1. Практика организации команд по ПКМПОЦ	a. Наличие свободного времени у медицинских работников b. Планирование и участие в совещаниях c. Участие в проекте вспомогательного персонала (аналитики данных/руководители проектов)
2. Организационная структура	a. Организация процесса лечения пациента b. Определение соотношения между объёмом и ценностями для пациентов c. Наличие общего рабочего пространства d. Наличие медицинских работников, оценивающих состояние здоровья пациентов e. Расчёт финансовой выгоды от внедрения концепции ЦОЗ f. Нормативная ответственность за качество медицинской помощи g. Наличие мандата у команды по ПКМПОЦ
3. Интеграция ЦОЗ с существующими подходами к повышению качества и проведёнными с этой целью исследованиями	a. Совместное принятие решений b. Соблюдение принципов бережливого производства c. Применение результатов анкетирования пациентов о состоянии своего здоровья (показатели PROM) d. Использование результатов научных исследований e. Создание единой группы специалистов для принятия мер по улучшению качества медицинской помощи
Культура реализации проекта по ПКМПОЦ	
4. Знание принципов ЦОЗ и их принятие для улучшения деятельности больницы	a. Знание принципов ЦОЗ b. Уверенность в правильности принципов ЦОЗ c. Признание целесообразности применения принципов ЦОЗ d. Влияние внедрения принципов ЦОЗ на повышение качества медицинской помощи
5. Междисциплинарное взаимодействие	a. Взаимодействие в команде специалистов разных специальностей b. Создание немногочисленных, но эффективных команд c. Обеспечение равного вклада в проект от членов команды d. Наличие актуальных данных, которые могут использоваться всеми членами команды e. Вовлечение пациентов f. Привлечение к сотрудничеству медицинских работников, не входящих в команду g. Готовность персонала к переменам h. Привлечение коллег из других больниц-участниц
6. Лидер проекта (медицинский руководитель)	a. Вдохновляющий пример лидера b. Способность лидера привлекать к проекту других участников c. Вовлечённость в проект/доступность лидера
Практика реализации проекта по ПКМПОЦ	
7. Постановка целей, разработка и выбор инициативных предложений по улучшению качества	a. Цель совещаний команды по ПКМПОЦ b. Постановка чётких целей, способствующих улучшению результатов c. Наличие понятной методологии по выбору и реализации предлагаемых улучшений d. Наличие случаев по улучшению качества при отсутствии соответствующего потенциала e. Наличие случаев повышения качества медицинской помощи при отсутствии данных о результатах f. Оценка инициативных предложений по совершенствованию процесса реализации проекта
8. Долгосрочный сравнительный анализ и обратная связь в краткосрочном периоде	a. Обеспечение сравнительного анализа результатов между больницами, участвующими в проекте b. Непрерывное улучшение в краткосрочном периоде с использованием электронных средств оказания медицинской помощи
9. Доступность данных о результатах	a. Сбор, обработка и анализ данных b. Доступность к данным, непосредственно не влияющим на вмешательство в медицинскую практику c. Наличие национального реестра данных по выбранным для проекта заболеваниям d. Поддержка ИТ-технологий

Обсуждение

Анализ опыта медицинских организаций из разных стран показывает единообразие и системность подходов специалистов к реализации проектов по внедрению ЦОЗ [2, 3, 7, 8].

Значительное внимание авторы публикаций уделяют организационным вопросам по подготовке проекта, его ведению, качеству коммуникаций между участниками, сотрудничеству между медицинским и административным персоналом, особо выделяя важность заинтересованности в проекте руководителя медицинской организации.

Участники проектов обращают внимание на проблему выбора показателей для оценки результатов лечения как со стороны клиницистов (CROM), так и со стороны пациентов (PROM), разработку методов их измерения, сбора, обработки и анализа данных по выбранному заболеванию и/или группе пациентов. Для решения этой задачи требуется создание соответствующей ИТ-платформы, которая будет доступна и специалистам, и пациентам, которые будут

сообщать данные о состоянии своего здоровья [9, 10].

Внедрение механизмов по расчёту стоимости затрат на оказание медицинской помощи в проекции на каждого пациента рассматривается в каждом проекте как задача второго уровня, т. к. основное внимание уделяется отработке процесса оказания пациенту медицинской помощи, его картированию и измерению результатов. Кроме того, различия в подходах к финансированию и управлению финансами в медицинских организациях не позволяют выработать единый методический подход к расчёту затрат, хотя чаще всего для этого использовались методы TDABC (time-driven activity-based costing) или ABC (activity-based costing).

Выводы

Процесс трансформации систем здравоохранения от оценки объёма медицинской помощи к оценке результата, важного для пациента, находится на уровне реализации отдельных инициативных

проектов медицинских организаций, которые имеют схожие идеи в подходах к трактовке ценностей в здравоохранении, организации процессов, основных этапах и факторах внедрения ЦОЗ.

Реализация данных проектов требует дополнительных финансовых и кадровых ресурсов. Кроме того, важное значение для успешного запуска и реализации инициативных проектов имеет наличие сплочённой команды участников проекта (медицинский и административный персонал) и мотивированного клинического руководителя проекта.

Обобщение опыта участников проектов в разных медицинских организациях позволяет выделить 6 основных этапов внедрения ЦОЗ, из которых первый — это подготовительный процесс реализации всего проекта, а остальные пять связаны с процессами организации медицинской помощи и оценкой результатов её оказания, внедрения IT-платформы для сбора, обработки и анализа данных, пилотного внедрения обновлённого процесса организации медицинской помощи с использованием наборов показателей PROM.

Авторы выражают благодарность ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» за поддержку и возможность представить результаты научного исследования в честь юбилея ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Зуенкова Ю. А. Ценностно-ориентированный подход: анализ руководства Европейского института инноваций и технологий // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2021. Т. 1, № 43. С. 28—35.
- Varela-Rodríguez C., García-Casanovas A., Baselga-Penalva B., Ruiz-López P. M. Value-based healthcare project implementation in a hierarchical tertiary hospital: lessons learned // *Front. Public Health*. 2022. Vol. 9. P. 755166.
- Putera I. Redefining health: implication for value-based healthcare reform // *Cureus*. 2017. Vol. 9, N 3. P. e1067.
- Thomas T. L., Goh G. S., Tosti R., Beredjikian P. K. Identifying high direct variable costs of open carpal tunnel release patients using time-driven activity-based costing // *J. Hand Surg. Am*. 2023. Vol. 48, N 5. P. 427—434.
- Steinmann G., van de Bovenkamp H., de Bont A. et al. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care // *BMC Health Serv. Res*. 2020. Vol. 20, N 1. P. 862.
- Daniels K., Rouppe van der Voort M. B.V., Biesma D. H. et al. Five years' experience with value-based quality improvement teams: the key factors to a successful implementation in hospital care // *BMC Health Serv. Res*. 2022. Vol. 22, N 1. P. 1271.
- van Egdom L. S.E., Hazelzet J. A., Koppert L. B. Reply to: Moving forward with value-based healthcare: the need for a scientific approach // *Eur. J. Surg. Oncol*. 2019. Vol. 45, N 7. P. 1300.
- Zipfel N., van der Nat P. B., Rensing B. J.W.M., Daeter E. J. et al. The implementation of change model adds value to value-based healthcare: a qualitative study // *BMC Health Serv. Res*. 2019. Vol. 19, N 1. P. 643.
- Heijsters F. A.C.J., van Breda F. G.F., van Nassau F. et al. A pragmatic approach for implementation of value-based healthcare in Amsterdam UMC, the Netherlands // *BMC Health Serv. Res*. 2022. Vol. 22, N 1. P. 550.
- Cossio-Gil Y., Omara M., Watson C. et al. The roadmap for implementing value-based healthcare in European university hospitals — Consensus report and recommendations // *Value Health*. 2022. Vol. 25, N 7. P. 1148—1156.

Поступила 15.05.2024
Принята в печать 03.09.2024

REFERENCES

- Zenkova Yu. A. Value-oriented approach: an analysis of the leadership of the European Institute of Innovation and Technology. *Medicinskie tehnologii. Ocenka i vybor*. 2021;1(43):28—35.
- Varela-Rodríguez C., García-Casanovas A., Baselga-Penalva B., Ruiz-López P. M. Value-based healthcare project implementation in a hierarchical tertiary hospital: lessons learned. *Front. Public Health*. 2022;9:755166.
- Putera I. Redefining health: implication for value-based healthcare reform. *Cureus*. 2017;9(3):e1067.
- Thomas T. L., Goh G. S., Tosti R., Beredjikian P. K. Identifying high direct variable costs of open carpal tunnel release patients using time-driven activity-based costing. *J. Hand. Surg. Am*. 2023;48(5):427—434.
- Steinmann G., van de Bovenkamp H., de Bont A. et al. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):862.
- Daniels K., Rouppe van der Voort M. B.V., Biesma D. H. et al. Five years' experience with value-based quality improvement teams: the key factors to a successful implementation in hospital care. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1271.
- van Egdom L. S.E., Hazelzet J. A., Koppert L. B. Reply to: Moving forward with value-based healthcare: the need for a scientific approach. *Eur. J. Surg. Oncol*. 2019;45(7):1300.
- Zipfel N., van der Nat P. B., Rensing B. J.W.M. et al. The implementation of change model adds value to value-based healthcare: a qualitative study. *BMC Health Serv. Res*. 2019;19(1):643.
- Heijsters F. A.C.J., van Breda F. G.F., van Nassau F. et al. A pragmatic approach for implementation of value-based healthcare in Amsterdam UMC, the Netherlands. *BMC Health Serv. Res*. 2022;22(1):550.
- Cossio-Gil Y., Omara M., Watson C. et al. The roadmap for implementing value-based healthcare in European University Hospitals — Consensus report and recommendations. *Value Health*. 2022;25(7):1148—1156.