Journal of Health Development
e2663-1776

Передовая статья

Синергия механизмов оценки технологий здравоохранения и управления здравоохранением в государствах СНГ: Методология, институциональное развитие и инвестиционная устойчивость

Савашинский С.И. [1*], Владимирова Е.Ю. [2], Шамаль Е.В. [3], Тихомирова А.В. [4]

Received: July 14, 2026
Revised: July 21, 2026
Accepted: August 07, 2026
Published: August 18, 2026

Citation: Sergey Savashinsky, Evgeniya Vladimirova, Elena Shamal, Anna Tikhomirova. Sinergiia mekhanizmov otsenki tekhnologii zdravookhraneniia i upravleniia zdravookhraneniem v gosudarstvakh SNG: Metodologiia, institutsional'noe razvitie i investitsionnaia ustoichivost' (Synergy between Health Technology Assessment and Health System Management Mechanisms in CIS Countries: Methodology, Institutional Development, and Investment Sustainability) [in Russian]. J Health Dev. 2026, 61 (4), jhd078. https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-4-jhd078

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

[1] Директор Евразийского сотрудничества по клиническим рекомендациям и развитию национального здоровья, член Экспертного совета по здравоохранению при Межпарламентской Ассамблее СНГ, Москва, Россия. E-mail: ceo@echd.pro

[2] Секретарь Постоянной комиссии Межпарламентской Ассамблеи СНГ по социальной политике и правам человека, Ответственный секретарь Экспертного совета по здравоохранению при Межпарламентской Ассамблее СНГ, Санкт-Петербург, Россия. E-mail: vey@jacis.ru

[3] Советник департамента по сотрудничеству в политической, гуманитарной и социальной сферах Исполнительного комитета СНГ, секретарь Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ, член Экспертного совета по здравоохранению при Межпарламентской Ассамблее СНГ, Минск, Беларусь. E-mail: shamal@eccis.org

[4] Эксперт рабочей группы по развитию принципов биоэтики и доказательной медицины Экспертного совета по здравоохранению при Межпарламентской Ассамблее СНГ, Москва, Россия. E-mail: annavladi1974@gmail.com

* Корреспондирующий автор: ceo@echd.pro

Резюме

С учетом геополитической нестабильности и растущей нагрузки на государственные бюджеты экстенсивное увеличение финансирования здравоохранения не может обеспечить достижение Всеобщего охвата услугами здравоохранения. В статье обосновывается необходимость синергии двух комплементарных инструментов доказательного менеджмента — классической оценки технологий здравоохранения и оценки технологий управления здравоохранением (ОТУЗ). Проведен сравнительный анализ международных трендов (Всемирная организация здравоохранения, Евросоюз, БРИКС+) и сложившихся регуляторных моделей в странах СНГ: от полной правовой легализации до методологического замещения и формулярно-целевых подходов. Раскрыта специфика ОТУЗ, фокусирующаяся на организационном воздействии, цифровизации, кадровых стратегиях и сервисных инновациях. Выявлен ключевой институциональный барьер внедрения ОТУЗ — отсутствие в системах обязательного медицинского страхования и гарантированного объема бесплатной медицинской помощи законодательных механизмов тарификации организационных и сервисных процессов. Обосновано, что проведение Года охраны здоровья в СНГ в 2026 году создает предпосылки для разработки Рекомендаций по ОТЗ и ОТУЗ для государств - участников СНГ. Их внедрение на базе единого терминологического аппарата, суверенной цифровой инфраструктуры токенизированных данных реальной клинической практики и принципов инклюзивности (A4R) позволит совершить переход от фрагментарного взаимодействия к расширению научно-доказательного пространства и суверенной модели ценностно-ориентированного управления здравоохранением в регионе.

Ключевые слова: оценка технологий здравоохранения, оценка технологий управления здравоохранением, Содружество независимых государств, Всемирная организация здравоохранения, терапевтическая ценность, доказательный менеджмент, ценностно-ориентированное здравоохранение, данные реальной клинической практики.

Введение

Современное мировое здравоохранение находится в состоянии непрерывного поиска баланса между стремительным удорожанием инноваций и необходимостью сохранения финансовой устойчивости государственных бюджетов [1]. В этих реалиях оценка технологий здравоохранения (ОТЗ) давно переросла статус прикладной дисциплины и стала фундаментальным государственным институтом, определяющим справедливое распределение ресурсов и формирование оптимальных программ медицинских услуг [2]. В настоящее время фокус внимания ведущих регуляторов и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) смещается с оценки конкретных продуктов на макроуровень – оценку технологий управления здравоохранением (ОТУЗ) ОТУЗ. Если классическая ОТЗ отвечает на вопрос, какой инновационный продукт обладает наилучшей доказанной ценностью, то ОТУЗ изучает эффективность процессов, систем менеджмента и организационных моделей, в которых эти продукты применяются [3,4]. Глобальным правовым базисом для данной трансформации выступают Глобальная стратегия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области цифрового здравоохранения и Резолюция ВОЗ WHA76.4 по укреплению институциональных механизмов ОТЗ, требующие внедрения единых управленческих платформ [5,6]. Объектами оценки здесь выступают цифровые платформы (искусственный интеллект, электронные медицинские карты), программы общественного здоровья и новые логистические модели маршрутизации пациентов. На пространстве СНГ интеграция цифровых технологий в медицину регламентируется Соглашением об информационном взаимодействии государств – участников Содружества Независимых Государств (СНГ) в области цифрового развития общества (принято в городе Ташкент 06.11.2020 г.) и Стратегией сотрудничества государств – участников СНГ в построении и развитии информационного общества (утверждена Решением Совет глав правительств СНГ от 28.10.2016 г.). Внедрение ОТУЗ признано ключевым рычагом повышения эффективности государственных расходов: этот инструмент позволяет достигать максимальных показателей здоровья населения на каждую единицу затрат и ускоряет обеспечение граждан полным объемом гарантированной медицинской помощи [7].

Большинство систем здравоохранения государств Содружества испытывают колоссальное давление в условиях дефицита бюджетов [1,8]. Специфика управленческих решений в СНГ - высокая зависимость от человеческого фактора, отсутствие классических рандомизированных клинических испытаний для организационных реформ и долгосрочного горизонта проявления эффектов — исключает возможность прямого копирования зарубежных методологий. Соответственно присутствует острая необходимость разработки Рекомендаций по ОТЗ и ОТУЗ, адаптированных под эпидемиологию в регионе и общую для стран Содружества институциональную архитектуру.

Создание унифицированных региональных рекомендаций позволит государствам СНГ сформировать суверенную систему доказательного менеджмента, скоординировать трансграничные рынки обращения медицинских технологий и защитить национальные системы от неконтролируемых затрат [9,10]. Благодаря справедливому механизму принятия решений на основе ОТЗ с современной правовой базой, финансирование и возмещение затрат станут более эффективными, что напрямую приведет к улучшению показателей здоровья населения.

Синергетический эффект предлагаемых методических рекомендаций заключается в создании единого, замкнутого научно-практического цикла на пространстве государств — участников СНГ, где каждый элемент усиливает последующий. Накопление суверенной доказательной базы начинается на этапе доклинических и клинических исследований, результаты которых трансформируются посредством системного анализа в национальные клинические рекомендации [11]. Этот клинический фундамент, в свою очередь, выступает отправной точкой для классической ОТЗ и зарождающейся ОТУЗ, позволяя не просто отбирать эффективные

продукты, но и проектировать оптимальные организационные и финансовые модели систем. Итоговая легитимность и качество медицинской помощи непрерывно верифицируются через модернизированные регистры пациентов и массивы данных реальной клинической практики (RWD/RWE), формируя комплексную систему пострегистрационного мониторинга. Данный контур включает в себя не только классический фармаконадзор, но и непрерывный контроль качества и потенциальной эффективности внедренных медицинских и управленческих технологий в условиях их реальной эксплуатации. Полученные на данном этапе доказательства служат объективной основой для актуализации национальных систем финансирования, позволяя принимать научно обоснованные решения о включении новых технологий в государственные программы или, напротив, об исключении неэффективных методов из списков возмещения затрат [12].

Стыковка выше представленных процессов с развитием национальных доказательных баз в Год охраны здоровья в СНГ формирует стратегический шаг от фрагментарного сотрудничества к созданию общего научно-доказательного пространства Содружества, обеспечивающего переход к суверенной модели ценностно-ориентированного управления (Рисунок 1) [13,14].



Рисунок 1 - Трансформация систем здравоохранения СНГ: от фрагментарного сотрудничества к суверенной ценностно-ориентированной модели

Оценка технологий здравоохранения в системе доказательных решений в здравоохранении

1. Приоритеты развития систем ОТЗ и мультидисциплинарные подходы к оценке ценности

В условиях современных геополитических и макроэкономических вызовов ОТЗ трансформировалась из узкой технической дисциплины в стратегический элемент национальной безопасности и обеспечения финансовой устойчивости государств [2]. Экстенсивный вектор развития традиционных моделей финансирования и прямое увеличение бюджетов не всегда способны обеспечить достижение целевых показателей всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) [1]. На первый план выходит задача качественной оптимизации распределения имеющихся ресурсов и максимизации клинико-экономической эффективности на единицу затрат [15].

Разнообразие подходов к эволюции систем ОТЗ обусловлено различием регуляторных условий и экономических моделей здравоохранения:

➔ Системы с фокусом на интеграции инноваций и адаптации механизмов возмещения (на примере США, ЕС, Великобритании): ключевые тренды направлены на внедрение высокотехнологичных разработок нового поколения, сдерживание стоимости оригинальных лекарственных препаратов (в частности, программа Medicare в рамках Закона о снижении инфляции (англ.: Inflation Reduction Act – IRA) в США) и создание механизмов ускоренного доступа продуктов на рынок (например, программа Программа инновационного лицензирования и доступа (англ.: Innovative Licensing and Access Pathway – ILAP) в Великобритании) [16-18].

https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-4-jhd078

➔ Системы с фокусом на оптимизации ресурсов, импортозамещении и расширении охвата (на примере стран БРИКС+, Латинской Америки, СНГ): приоритеты сосредоточены на эффективном управлении бюджетными средствами, оптимизации закупочных цен и локализации производства. В данной практике активно применяются централизованные аукционные механизмы (Национальный перечень лекарственных средств, подлежащих компенсации (англ.: National Reimbursement Drug List – NRDL) в Китае), интеграция в наднациональные экспертные сети (Сеть по оценке технологий здравоохранения стран Америки (англ.: Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas – RedETSA) в Латинской Америке) и внедрение соглашений о разделении рисков (Соглашения об управляемом доступе (англ.: Managed Entry Agreements — MEA)) [19,20].

Согласно актуальной дефиниции ВОЗ и ведущих международных экспертных сетей (консенсус Международная сеть агентств по оценке технологий здравоохранения / Международное общество по оценке технологий здравоохранения (англ.: International Network of Agencies for Health Technology Assessment - INAHTA/Health Technology Assessment international - HTAi)), ОТЗ представляет собой мультидисциплинарный процесс, использующий прозрачные, структурированные методы для определения ценности технологии на различных этапах ее жизненного цикла [3]. Механизмы ОТЗ по всему миру включают в себя широкий спектр функций: от мониторинга перспективных разработок (горизонта сканирования) до определения масштабов оценки, отбора тем, непосредственной оценки и экспертизы технологий, поддержки решений по охвату услугами, а также ведения переговоров по ценам, разработки клинических руководств и установления стандартов качества.

2. Трехуровневая вертикаль взаимодействия государств с ВОЗ

Использование методологии ОТЗ в качестве инструмента для формирования перечней возмещаемых медицинских технологий и услуг демонстрирует глубокую историческую преемственность в деятельности ВОЗ. Экспертная работа в данном направлении берет начало в 1977 году с выходом дебютной редакции Примерного перечня основных лекарственных средств [21]. Профильные программы ВОЗ, сфокусированные на системном анализе фармакоэкономической эффективности национальных секторов здравоохранения, были официально запущены в 1998 году [22].

Качественный сдвиг в глобальной легитимизации подходов произошел в 2014 году, когда Всемирная ассамблея здравоохранения утвердила фундаментальную Резолюцию WHA67.23 «Оценка медицинских вмешательств и технологий в интересах всеобщего охвата услугами здравоохранения». Воплотив в себе опыт региональных инициатив стран Америки (2012 г.) и Юго-Восточной Азии (2013 г.), этот документ стал первым международным правовым базисом для оказания технической поддержки государствам-членам при формировании локальных систем экспертизы [6,23]. В современных реалиях ВОЗ последовательно интенсифицирует экспертное сопровождение стран по интеграции устойчивых институционализированных механизмов ОТЗ, что рассматривается международным сообществом как неотъемлемое условие для создания прозрачной модели принятия решений, защищающей государственные бюджеты от неконтролируемых затрат [3].

Взаимодействие государств с Всемирной организацией здравоохранения носит системный, иерархический характер и реализуется на трех взаимосвязанных уровнях.

2.1. Глобальный уровень приоритизации базируется на Четырнадцатой общей программе работы ВОЗ (General Programme of Work — GPW 14 на 2025–2028 гг.), утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения. Данная стратегическая карта и специализированные методические руководства по институционализации ОТЗ классифицируют международные рекомендации по двум ключевым векторам [24,25]:

➔ Системные (управленческие) ориентиры здравоохранения в рамках GPW 14: обязывают национальные правительства использовать инструменты расстановки приоритетов для опережающего развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и децентрализации дорогостоящего стационарного лечения в пользу амбулаторных и профилактических организационных моделей. Оценка медицинских и управленческих технологий призвана обеспечить финансовую защиту населения, гарантируя, что расходы на получение помощи и лекарственное обеспечение не приведут к чрезмерной финансовой нагрузке на граждан или к катастрофическим

расходам граждан. Это позволяет перейти от субъективного распределения бюджетов к научно обоснованному формированию национальных услуг гарантированной медицинской помощи на основе математического моделирования и инвестиционных кейсов.

➔ Процедурный и технический инструментарий ВОЗ: предоставляет государствам валидированный методологический аппарат, минимизирующий затраты на создание локальной инфраструктуры. Программа по выбору экономически эффективных мер (англ.: Choosing Interventions that are Cost-Effective - WHO-CHOICE) аккумулирует региональные базы данных для экспресс-оценки экономической эффективности медицинских вмешательств в условиях дефицита первичных локальных данных. В свою очередь, Глобальные руководства ВОЗ по оценке медицинских изделий (WHO HTA of Medical Devices) предлагают методологический инструментарий для анализа сложного оборудования, характеристики эффективности которого изменчивы и существенно зависят от квалификации персонала. Данная методологическая рамка ВОЗ согласуется с передовыми международными подходами, используемыми, в частности, в Европейском союзе при развертывании системы совместных клинических оценок (Joint Clinical Assessments — JCA) для высокорисковых медицинских изделий [26,27,16].

2.2. Региональный уровень. Координация и адаптация глобальных целей под специфику евразийского пространства реализуется через профильные региональные институты:

➔ Системные (управленческие) ориентиры здравоохранения: фокус на цифровизации систем управления, кадровом потенциале и ментальном благополучии в рамках Европейской программы работы ВОЗ. На межгосударственном уровне (БРИКС+, ШОС, СНГ) приоритетом является преодоление антибиотикорезистентности и создание наднациональных моделей охраны здоровья, адаптированных к демографическим реалиям макрорегиона, в то время как по линии ЕАЭС ключевой акцент смещается на обеспечение устойчивости общего рынка обращения лекарственных средств и медицинских изделий [29].

➔ Процедурный и технический инструментарий: формирование специализированных региональных рабочих групп для гармонизации нормативно-правовой базы. ВОЗ выступает ключевым методологическим партнером интеграционных объединений, обеспечивая создание общих методических платформ для взаимного признания результатов клинико-экономических экспертиз, стандартизации подходов к ОТЗ и трансграничного обмена данными [10,28].

2.3. Страновой уровень. Практическая имплементация наднациональных трендов в деятельность министерств здравоохранения конкретных стран осуществляется через двухгодичные соглашения о сотрудничестве (ДСС):

➔ Системные (управленческие) ориентиры: адаптация глобальной повестки к суверенным приоритетам государства. Инструмент ДСС позволяет министерствам здравоохранения использовать результаты ОТЗ как весомый доказательный аргумент при защите бюджетов и обосновании структурных реформ перед центральными финансово-экономическими ведомствами.

➔ Процедурный и технический инструментарий: прямая экспертная поддержка ВОЗ «на местах» по созданию национальных систем клинических рекомендаций, нормативному закреплению регистров пациентов для сбора данных реальной клинической практики, внедрению стандартов фармакоэкономического анализа и укреплению эпидемиологического надзора в рамках Международных медико-санитарных правил [10,30].

3. Понятийный аппарат, объектная структура и многофакторные критерии оценки

Согласно актуальной дефиниции ВОЗ и ведущих международных экспертных сетей (консенсус INAHTA/HTAi), ОТЗ представляет собой мультидисциплинарный процесс, использующий прозрачные, структурированные методы для определения ценности медицинских технологий на различных этапах ее жизненного цикла [3,31]. Механизмы ОТЗ включают в себя широкий спектр функций: от мониторинга перспективных разработок до непосредственной экспертизы, поддержки решений по охвату услугами, ведения переговоров по ценам, разработки клинических руководств и установления стандартов качества.

Традиционный понятийный аппарат, сфокусированный исключительно на параметрах изолированной клинической эффективности и анализе «затраты/полезность», признан экспертным сообществом ограниченным. В практику внедряется концепция многомерной

ценности, включающая метрики широкого социального контекста: жизнедеятельность пациента, влияние тяжести заболевания на качество жизни и производительность труда ухаживающих лиц [3,4].

Спектр объектов, подлежащих экспертной верификации в рамках современных систем ОТЗ, глубоко диверсифицирован и включает в себя [3,4]:

➔ Фармацевтические продукты: от традиционных лекарственных препаратов, вакцин и медицинских изделий до генотерапевтических и клеточных технологий;

➔ Диагностические решения: методы молекулярно-генетического профилирования, программы скрининга и сопутствующая диагностика;

➔ Медицинское оборудование и хирургические протоколы: высокотехнологичная техника и сложные оперативные техники;

➔ Цифровые технологии здравоохранения: программное обеспечение как медицинское изделие (SaMD), алгоритмы на базе искусственного интеллекта, цифровых медицинских технологий (DTx) и систем дистанционного мониторинга;

➔ Организационные и инфраструктурные решения: модели маршрутизации пациентов, программы популяционной профилактики и новые формы оказания медицинской помощи.

Для формирования объективного заключения экспертные комитеты используют многофакторную матрицу критериев (Таблица 1).

Таблица 1 - Специфическая матрица критериев в оценке технологий здравоохранения

Группа критериев	Оцениваемые параметры и компоненты	Источник
Клинические	Терапевтическая эффективность, профиль безопасности, валидация суррогатных точек.	[3, 31]
Макроэкономические	Последствия для бюджета, экономическая целесообразность, затраты на единицу полезности.	[2]
Технологические	Организационная реализуемость, требования к инфраструктуре и кадрам.	[2]
Социально-этические	Соблюдение принципов биоэтики, обеспечение справедливого и равного доступа населения к медицинской помощи, комплаентность врачей и пациентов.	[32]

4. Методологическая модернизация и концепция жизненного цикла технологии

Главными институциональными драйверами трансформации международной методологии ОТЗ выступают вступление в полную силу Регламента Европейского союза по ОТЗ (European Union Health Technology Assessment Regulation - EU HTAR, Регламент ЕС №2021/2282) и запуск наднациональной модели под эгидой Координационной группы по ОТЗ (Member State Coordination Group on Health Technology Assessment/HTA Coordination Group - HTACG). Данная реформа закрепила обязательный механизм Совместных клинических оценок (Joint Clinical Assessments — JCA) для онкологических и орфанных препаратов, предусмотрев его поэтапное распространение на высокорисковые медицинские изделия и системы in vitro диагностики [16].

Системный анализ мирового опыта позволяет выделить два критических условия успешной масштабируемости таких институтов:

➔ Закрепление полномочий в публичном праве: отсутствие четко определенного правового поля и законодательно закрепленного статуса (или нормативно зафиксированных полномочий) экспертных органов создает критический разрыв между академической экспертизой и реальным принятием решений о бюджетном финансировании [16,33].

➔ Обеспечение инклюзивности комитетов: согласно Международной концепции подотчетности на основе разумности (англ.:

Accountability for Reasonableness - A4R), важным элементом легитимности экспертных решений является официальное вовлечение научно-экспертного, врачебного сообществ и пациентских организаций в экспертно-оценочную деятельность комиссий [16,33].

Глобальным методологическим ответом на данные регуляторные вызовы стал переход от разовой оценки технологии на этапе ее выхода на рынок к единой концепции управления ее жизненным циклом (Lifecycle-based approach) [16,34].

В рамках системного подхода данный операционный цикл представляет собой структурированную причинно-следственную цепочку, трансформирующую ресурсы (Inputs: нормативно - правовая основа, финансирование, кадры) через аналитическую экспертизу (Activities) в верифицированные рекомендации (Outputs) и макросоциальные эффекты (Outcomes: рост здоровья нации, ликвидация барьеров доступности). Юридическое закрепление этих процедур в публичном праве является фундаментальным базисом для их легитимации [3,4].

Современный этап методологической модернизации реализуется по трем магистральным направлениям:

4.1. Трансформация сбора и валидации доказательной базы

➔ Проведение совместных научных консультаций (Joint Scientific Consultations — JSC): разработчики ещё до подачи досье согласуют с регуляторами план будущих исследований, включая выбор препаратов сравнения и ключевые показатели эффективности (критерии PICO - Population, Intervention, Comparator, Outcome) [16].

➔ Гармонизация на основе RWD/RWE: анализ данных реальной клинической практики помогает проверить действие технологий на локальной популяции и обоснованно применять зарубежные исследования в своей стране [35].

➔ Альтернативные клинические маркеры: для оценки орфанных и высокотехнологичных лекарственных препаратов внедряется прогнозирование долгосрочного эффекта по биомаркерам (суррогатным конечным точкам) на I–II фазах исследований. Кроме того, при отсутствии прямых сравнительных исследований (РКИ) применяются методы непрямого сравнения и сетевой метаанализ [3,4,16].

4.2. Расширение горизонтов оценки ценности («Зеленая» ОТЗ и ИИ)

➔ Экологическая устойчивость («зеленая ОТЗ»): интеграция экологических критериев в процессы оценки и государственных закупок медицинских технологий, включая анализ углеродного следа тяжелого оборудования [38].

➔ Управление рисками искусственного интеллекта: переход от оценки теоретического потенциала ИИ к практическому регулированию: проверке безопасности, точности и прозрачности работы алгоритмов [16,37].

4.3. Модернизация экономического анализа и моделей рисков

➔ Формат совместной и ускоренной оценки (Joint HTA / Rapid Assessment): применение наднациональных механизмов экспресс-экспертизы позволяет оперативно оценить сравнительную клиническую эффективность и безопасность (Relative Effectiveness Assessment — REA) инновационных технологий на этапе вывода на рынок. Это снижает риски дублирования проверок и ускоряет принятие решений о возмещении без потери качества доказательной базы [16].

➔ Индексация стоимостных порогов: классическая методология расчета инкрементального коэффициента эффективности затрат (Incremental Cost-Effectiveness Ratio — ICER) и фиксированные пороги «готовности платить» (Willingness-To-Pay — WTP) столкнулись с вызовами глобальной инфляции, что потребовало механизмов гибкой индексации национальных ценовых барьеров [2,38].

➔ Учет косвенных социально-экономических эффектов: в рамках экспертных методологических групп (таких как Консультативный совет по методам экономики здравоохранения (англ.: Health Economics Methods Advisory - HEMA) в экономические модели начинают официально включать экономию времени ухаживающих лиц (выгоду от возврата родственников к трудовой деятельности), а также готовность общества к риску в условиях неопределенности результатов лечения [2,38].

➔ Новые модели платежей: методология ОТЗ стала ключевым инструментом для расчета соглашений с разделением рисков на основе результатов лечения (outcomes-based/Managed Entry Agreements - MEA). Для сверхдорогой высокотехнологичной терапии она позволяет выстроить систему поэтапной оплаты, при которой производитель обязан вернуть средства, если

препарат не покажет эффективности через 1, 3 или 5 лет [39].

Ключевым элементом модернизации методологии становится динамическая переоценка технологий (Health Technology Reassessment — HTR). Инструменты HTR обеспечивают планомерный вывод из системы устаревших, экономически нецелесообразных или малоэффективных методов. Это превращает ОТЗ из разовой входной экспертизы в непрерывный механизм обновления национальной системы здравоохранения [34] (Рисунок 2).



Рисунок 2 - Этапы непрерывной оценки технологии здравоохранения в рамках концепции жизненного цикла

5. Институциональная архитектура и регуляторные модели стран СНГ

Построение функциональной национальной экосистемы ОТЗ представляет собой поэтапный эволюционный процесс, структурированный в рамках пяти комплементарных стратегических фаз:

➔ Легитимизация и делегирование полномочий: определение институционального статуса, ключевых задач и сферы ответственности создаваемого органа.

➔ Разработка нормативно-правового базиса: создание и утверждение нормативно-правовых актов, регламентирующих статус ОТЗ в архитектуре принятия регуляторных решений.

➔ Инфраструктурное и организационное моделирование: формирование штатной структуры, определение каналов межучрежденческого взаимодействия и ресурсного обеспечения.

➔ Регламентация аналитического и экспертного циклов: стандартизация методических подходов, правил сбора доказательств и процедур вынесения финальных рекомендаций.

➔ Верификация и непрерывный аудит системы: внедрение постоянного мониторинга и независимой оценки операционной эффективности и прикладного влияния внедренного механизма.

Разработка и имплементация этих систем исключают существование универсальных шаблонов [3,4,32]. В соответствии с методологическими подходами к анализу институциональной архитектуры, на пространстве государств — участников СНГ сформировались три выраженные регуляторные модели.

Первая модель — комплексная правовая институционализация — реализуется в Республике Казахстан. Данный подход характеризуется прямым закреплением понятия «Оценка технологий здравоохранения» на уровне высших нормативно-правовых актов, в частности, в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [40]. Закрепление

официального правового статуса позволяет охватить экспертизой максимально широкий спектр объектов — от лекарственных средств и медицинских изделий до сложных ИТ-платформ и цифровых решений, что полностью соответствует рекомендациям ВОЗ [3,6]. При этом основные научно-практические усилия в рамках модели сосредоточены на совершенствовании инструментов пострегистрационного мониторинга эффективности внедренных технологий в реальной клинической практике [4,40].

Вторая модель — методологического и функционального замещения — представлена Российской Федерацией и Республикой Беларусь. Для этого подхода характерен фокус на глубокой научно-технической проработке процедур при использовании альтернативной терминологии: в профильном законодательстве стран термин «оценка технологий здравоохранения» заменен понятием «комплексная оценка» [41,42]. Модель обладает сильным экспертно-аналитическим базисом, обеспечивающим четкое разделение этапов научно-методической экспертизы и принятия регуляторных решений. Однако текущий нормативный контур сфокусирован преимущественно на сегменте лекарственного обеспечения и формировании государственных льготных перечней. Это определяет стратегическую задачу по поэтапному распространению комплексной оценки на весь спектр современных объектов ОТЗ, включая диагностические решения, медицинскую технику и хирургические протоколы, цифровые технологии, организационные решения. Расширение контура экспертизы позволит обеспечить максимальную клинико-экономическую эффективность распределения бюджетных средств и достижение наилучших показателей здоровья населения.

Третья модель — формулярно-целевая — характерна для стран, формирующих специализированные институты оценки на базе классических формулярных систем (Кыргызская Республика, Республика Таджикистан, Республика Туркменистан, Республика Узбекистан) [3,43]. Практика экспертизы здесь сосредоточена на обосновании базовых закупок и оптимизации целевых программ, а нормативная база ОТЗ находится в стадии разработки [10,43]. Чтобы избежать дублирования инфраструктуры и эффективно расходовать бюджеты, этим странам целесообразно внедрять рекомендации ВОЗ по трансграничному признанию [6]. Это предполагает создание механизмов адаптации и прямого использования экспертных отчетов, подготовленных ведущими аналитическими центрами СНГ [3].

Таким образом, на пространстве СНГ отсутствует согласованный («универсальный») формат внедрения ОТЗ, а институционализация оценки происходит неравномерно:

➔ Разная скорость интеграции: регион разделен на страны с полной правовой легализацией ОТЗ (Республика Казахстан), страны с развитой методологической базой, сфокусированной преимущественно на сегменте лекарственного обеспечения (Российской Федерацией и Республикой Беларусь), и страны, находящиеся на начальном этапе создания институтов (Кыргызская Республика, Республика Таджикистан, Республика Туркменистан, Республика Узбекистан).

➔ Ключевой барьер развития: для ведущих систем (Российской Федерацией и Республикой Беларусь) главным вызовом является узкий предметный контур (фокус только на лекарственных препаратах) и необходимость его расширения на цифровые сервисы, диагностику, медицинские изделия и хирургические протоколы.

➔ Главная точка роста и синергии: для третьей группы стран стратегическим выходом является не создание дорогостоящей инфраструктуры с нуля, а трансграничное признание и адаптация экспертных отчетов (Joint HTA/Rapid Assessment), подготовленных ведущими центрами СНГ.

Оценка технологий управления здравоохранением в системе доказательного администрирования

В отличие от классической ОТЗ, где первичным источником данных реальной клинической практики выступают нозологические регистры пациентов, доказательная база ОТУЗ формируется на основе интеграции операционных и цифровых массивов данных. Ключевыми источниками данных реальной клинической практики для управления выступают медицинские информационные системы (МИС), аналитические блоки систем клинико-статистических групп и диагностически связанных групп (КСГ/ДРГ), цифровые платформы маршрутизации, а также цифровые следы

логистических и административных процессов. Системный сбор и аналитика этих данных обеспечивают проведение непрерывного динамического аудита и повторной оценки, позволяя в режиме реального времени верифицировать эффективность организационных реформ, выявлять узкие места в процессах и своевременно корректировать управленческие решения.

1. Приоритеты применения ОТУЗ в условиях различных инфраструктурных моделей

Внедрение ОТУЗ в работу государственных органов — это ключевой способ сохранить финансовую устойчивость системы здравоохранения [2]. Как и в случае с классической ОТЗ, конкретные задачи управленческого анализа определяются спецификой инфраструктуры и текущими приоритетами национальной системы [2,24,46]:

➔ Системы с высокотехнологичной инфраструктурой и сформированными институтами ОТЗ (на примере США, стран ЕС, Великобритании): ключевой задачей ОТУЗ становится безопасная интеграция цифровых экосистем [16]. Основной акцент смещается на непрерывную проверку безопасности ИИ в процессе эксплуатации, оценку платформ координации медицинской помощи, стационарозамещающих технологий и дистанционного мониторинга [7,37]. При этом ценность управленческих инноваций дополнительно оценивается через призму экологической устойчивости для сокращения углеродного следа медицинских центров [36].

➔ Системы в фазе активной модернизации и оптимизации ресурсов (на примере стран БРИКС+, Латинской Америки, СНГ): ОТУЗ применяется преимущественно как инструмент повышения эффективности бюджетных затрат в условиях обновления инфраструктуры [2]. Главными приоритетами выступают оптимизация маршрутизации пациентов, триаж и устранение логистических барьеров. Ключевой тенденцией является развитие ОТЗ на уровне стационаров (Hospital-Based HTA), которая обеспечивает оперативную оптимизацию внутренних процессов и закупок оборудования на местном уровне в условиях адаптации национального законодательства [33,46].

➔ Системы, ориентированные на базовое обеспечение и прямое снижение затрат: ключевой стратегией, рекомендуемой ВОЗ (включая инициативу WHO-CHOICE), выступает отказ от построения ресурсоемкой собственной инфраструктуры в пользу адаптации готовых решений и трансграничных оценок. Объектами ОТУЗ становятся базовые логистические и организационные модели: оптимизация «холодовой цепи» для вакцинопрофилактики, внедрение мобильных диагностических бригад, централизация лабораторной службы и реструктуризация ПМСП с целью снижения риска катастрофических расходов граждан [24,46].

2. Трехуровневая вертикаль взаимодействия государств с ВОЗ

Внедрение ОТУЗ полностью синхронизировано с трехуровневой структурой стратегического планирования ВОЗ и реализуется в рамках следующих административных контуров:

2.1. Глобальный уровень. Глобальный вектор приоритизации ОТУЗ определяется Четырнадцатой общей программой работы ВОЗ (GPW 14 на 2025–2028 гг.), интегрирующей аналитику управленческих процессов в механизмы достижения ВОУЗ. Фундаментальными юридическими и концептуальными драйверами стандартизации ОТУЗ на этом уровне выступают Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA76.4, закрепившая необходимость укрепления институциональных механизмов управления и внедрения интегрированных управленческих платформ, а также Глобальная стратегия ВОЗ в области цифрового здравоохранения на 2020–2025 годы, реализуемая в рамках достижения Целей устойчивого развития ООН до 2030 года [5,24,25].

2.2. Региональный уровень. ОТУЗ выступает единой платформой для трансграничного обмена и адаптации лучших управленческих практик. В рамках реализации Европейской программы работы ВОЗ методология используется для аудита эффективности внедрения электронных медицинских карт, телемедицинских сетей и платформ ИИ. Суверенная локализация на макрорегиональном уровне критически важна, поскольку западные модели менеджмента часто оказываются нерелевантными в реалиях пространства СНГ из-за культурных, географических и демографических различий [28].

2.3. Страновой уровень. В рамках Двухгодичных соглашений о сотрудничестве с ВОЗ инструментарий ОТУЗ предоставляет министерствам здравоохранения четкие математические и доказательные аргументы для защиты бюджетов и обоснования структурных

реформ отрасли перед центральными финансово-экономическими ведомствами [30].

3. Понятийный аппарат, объектная структура и многофакторные критерии оценки

Спектр объектов, подлежащих экспертной верификации и управленческому аудиту в рамках ОТУЗ, носит междисциплинарный характер и включает:

➔ Инновационные модели финансирования и оплаты медицинской помощи: механизмы ценностно-ориентированного здравоохранения (Value-Based Healthcare — VBHC), контракты за результат, механизмы разделения финансовых рисков на уровне медицинских и специализированные тарифные модели [2,38,39,46];

➔ Кадровые, образовательные и институциональные технологии: стратегии перераспределения клинических функций и полномочий от врачей к среднему медицинскому персоналу, симуляционные образовательные экосистемы, а также экспертные системы поддержки принятия решений — как врачебных, так и административно-управленческих [24,37,46];

➔ Цифровые управленческие платформы и AI-решения: единые информационные системы, алгоритмы искусственного интеллекта для администрирования, автоматизированный анализ медико-демографических показателей и управляющие платформы [37,46];

➔ Организационные модели маршрутизации и триажа: протоколы управления потоками пациентов, алгоритмы экстренной сортировки и межведомственного взаимодействия [24,46];

➔ Стационарозамещающие и дистанционные форматы: концепции стационара на дому (Hospital-at-Home), сервисы удаленного мониторинга состояния пациентов и мобильные медицинские комплексы [7,46];

➔ Инфраструктурные и логистические решения: централизованные лабораторно-диагностические кластеры, системы непрерывного логистического контроля («холодовые цепи») и оптимизация снабжения [24,46];

➔ Масштабные управленческие инициативы популяционного уровня: программы популяционной профилактики, платформы скрининга и системы персонализированного диспансерного наблюдения [46].

Таблица 2 - Специфическая матрица критериев в системах оценки технологий управления здравоохранением

Группа критериев	Содержание и оцениваемые параметры в ОТУЗ	Источник
Организационные	Изменение и перераспределение нагрузки на медицинский персонал, предотвращение профессионального выгорания, трансформация логистических и операционных потоков.	[37, 46]
Управленческие	Организационная и технологическая реализуемость реформы в условиях локального кадрового дефицита, адаптивность инфраструктуры.	[2, 46]
Клинические	Снижение частоты внутрибольничных осложнений, дефектов оказания медицинской помощи, врачебных ошибок и предотвратимого вреда здоровью пациентов в результате трансформации процессов.	[3, 45]
Информационная безопасность и суверенитет данных	Надежность и информационная безопасность цифровых управленческих платформ, защита персональных данных пациентов, суверенитет программного обеспечения, прозрачность и валидация алгоритмов ИИ	[37, 45]
Социально-этические	Доступность управленческих изменений для уязвимых слоев населения, обеспечение принципов социальной справедливости, общественные предпочтения к риску.	[32, 44]

Продолжение таблицы 2 - Специфическая матрица критериев в системах оценки технологий управления здравоохранением

Группа критериев	Содержание и оцениваемые параметры в ОТУЗ	Источник
Макроэкономические	Внебюджетные сопутствующие выгоды (включая экономию времени ухаживающих лиц и их возврат на рынок труда), влияние на производительность и косвенный экономический эффект.	[2, 38]

Для формирования объективного заключения по сложным системным вмешательствам используется многофакторная матрица, где классические клинические параметры дополняются специализированными критериями (Таблица 2).

3. Методологическая модернизация и концепция жизненного цикла

Специфика управленческих решений потребовала кардинальной модернизации классического аппарата фармакоэкономического анализа и перехода от одномерных показателей (таких как стоимость года качественной жизни — QALY) к комплексным методологическим подходам:

➔ Матрица многокритериального анализа решений (Multi-Criteria Decision Analysis — MCDA): ведущие международные консорциумы рекомендуют использовать инструмент MCDA, позволяющий оцифровать и одновременно сбалансировать разнородные параметры: организационную реализуемость, этические аспекты и доступность медицинской помощи [44].

➔ Рамочная модель INTEGRATE-HTA (INTEGRATE-HTA Framework): позволяет оценивать сложные управленческие решения не изолированно, а с учетом реального контекста — инфраструктуры, регуляторной базы и этико-социальных и поведенческих факторов [45].

➔ Непрерывный аудит жизненного цикла и переоценка технологий (Lifecycle Approach/Health Technology Reassessment — HTR): использование RWD/RWE превращает оценку в непрерывный процесс. Это помогает своевременно выявлять и выводить из эксплуатации неэффективные организационные схемы [34].

4. Институциональная архитектура и регуляторные модели стран СНГ

Анализ текущей ситуации с внедрением ОТУЗ на пространстве СНГ демонстрирует выраженную вариативность регуляторных моделей, полностью аналогичную ландшафту классической ОТЗ:

➔ Модель комплексной правовой институционализации (Республика Казахстан): оценка технологий управления формально интегрирована в национальные программы цифровизации и развития инфраструктуры на базе имеющихся норм Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Однако ключевым вызовом остается отсутствие практических инструментов мониторинга эффективности организационных изменений [40,46].

● Модель методологического замещения (Российская Федерация, Республика Беларусь): при отсутствии термина «оценка технологий управления здравоохранением» в первичном праве, сформирован сильный научно-аналитический базис. Активно разрабатываются стандарты ИИ-платформ, цифровых профилей пациентов и ценностно-ориентированных моделей оплаты [41,42]. Тем не менее, практическое применение этих наработок юридически ограничено преимущественно рамками лекарственного обеспечения, что требует расширения сферы применения экспертизы на иные организационные технологии.

● Формулярно-целевая модель (Кыргызская Республика, Республика Таджикистан, Республика Туркменистан, Республика Узбекистан): в странах механизмы ОТУЗ формируются фрагментарно в рамках международных проектов, что делает наиболее рациональным вектор трансграничного признания управленческих экспертиз профильных центров СНГ с локальной адаптацией стоимостных маркеров [24,43].

Таким образом, главный институциональный барьер на пути масштабирования ОТУЗ в СНГ заключается в отсутствии нормативно-правовых и

экономических механизмов финансирования организационных инноваций. В отличие от классической ОТЗ, где результат оценки напрямую связан с включением препарата или медизделия в льготные перечни за счет государства, в системах ОМС и ГОБМП стран Содружества отсутствуют механизмы тарификации и возмещения затрат за сервисные и управленческие технологии (от платформ ИИ и систем маршрутизации до новых моделей кадрового менеджмента). Представляется необходимым создание специальных сервисных и организационных тарифов, которые позволят возмещать затраты за внедрение эффективных процессов, а не только за закупку лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Обсуждение

Проведенная аналитическая работа показала, что экстенсивное увеличение финансирования здравоохранения больше не позволяет обеспечить достижение целевых ориентиров ВОУЗ. В современной архитектуре доказательного менеджмента институты ОТЗ и ОТУЗ образуют единую, стратегически значимую матрицу защиты государственных инвестиций. Данный подход трансформирует функцию государственного регулирования: от пассивного сдерживания бюджетных расходов оно переходит к активному конструированию и оптимизации всей системы здравоохранения. Новые подходы смещают фокус с выбора «купить или отказать» на поиск оптимального управленческого баланса: как эффективно интегрировать инновацию, минимизировать риски бюджета через гибкие контракты и извлечь максимальную ценность для государства, бизнеса и общества.

Синергия ОТЗ и ОТУЗ в рамках управления полным жизненным циклом технологий формирует комплексную ценность для всех участников процесса:

➔ Для инвесторов и разработчиков: внедрение механизмов ранних научных консультаций, динамической аккредитации ИИ и цифровых систем, а также признание данных реальной клинической практики открывают прозрачные и ускоренные пути интеграции инновационных технологий (включая орфанные и высокотехнологичные продукты) в практическое здравоохранение.

➔ Для государства и регуляторов: переход к многокритериальному анализу решений и гибким ценовым порогам готовности платить позволяет оцифровать внебюджетные социально-экономические эффекты (например, возврат ухаживающих лиц на рынок труда) и внедрять эффективные соглашения о разделении рисков.

➔ Для пациентов и клиницистов: официальное вовлечение научно-экспертного и врачебного сообществ, пациентских организаций, гарантирует справедливый, равный доступ к эффективной медицинской помощи.

Мировой опыт однозначно доказывает: успешные системы комплексной оценки больше не функционируют в рамках изолированных пилотных проектов. Текущее состояние экспертной среды в СНГ — это пространство паритетного партнерства, где практический регуляторный опыт одних государств гармонично дополняется фундаментальным научно-аналитическим базисом других. Главный стратегический вектор для Содружества заключается в переходе от роли «пассивного импортера чужих доказательств» к созданию суверенной, самообучающейся экосистемы, объединяющей медицинскую статистику, клинические регистры, независимую экспертизу и финансовые возможности бюджетов в единый прозрачный цикл. Для дальнейшего развития рынков СНГ стратегически верным решением является отказ от построения изолированных методологий в пользу вхождения в наднациональные экспертные объединения, внедрения гибких законодательных механизмов в публичном праве и прямого использования совместных экспертных отчетов с их последующей адаптацией под национальные ценовые параметры и бюджетные ограничения.

Проведение Года охраны здоровья в СНГ в 2026 году открывает новые возможности для разработки согласованных Рекомендаций, формирующих понятный для ВОЗ, национальных экспертов, индустрии и пациентов правовой контур. В соответствии с международными стандартами Рекомендации призваны закрепить четкие нормативные правила публичного права, разграниченные по двум ключевым направлениям:

➔ В контуре ОТЗ (оценка продуктов): стандартизация процедур совместных клинических оценок, легитимизация правил проведения сетевых метаанализов и непрямых сравнений, а также внедрение прозрачных алгоритмов динамической валидации суррогатных точек для ускоренного

вывода на рынок инновационных технологий (включая орфанные и высокотехнологичные продукты). Для индустрии закрепляются юридические гарантии конфиденциальности коммерческих данных на этапе досье и правила раннего научного консультирования, минимизирующие инвестиционные риски разработчиков.

➔ В контуре ОТУЗ (оценка процессов и систем): регламентация правил оцифровки организационного воздействия и методологии многокритериального анализа решений. Для ИТ-индустрии и провайдеров инфраструктурных решений вводятся прозрачные критерии оценки цифровых платформ, алгоритмов искусственного интеллекта и моделей стационара на дому, основанные на жестком управлении рисками, транспарентности алгоритмов и минимизации нагрузки на медицинский персонал. Важнейшей задачей данного контура является ликвидация главного институционального барьера — внедрение в национальные системы Обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) и Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) правовых механизмов тарификации сервисных и организационных инноваций («сервисных тарифов»), позволяющих финансировать доказавшие эффективность управленческие процессы, а не только лекарственные препараты и медицинские изделия.

Выводы

Фундаментальным условием операционной жизнеспособности Рекомендаций государств – участников СНГ станет нормативное закрепление гармонизированного с ВОЗ понимания термина «оценка технологий здравоохранения» и базового понятия «медицинская технология». Опираясь на международный консенсус, Содружеству необходимо юридически зафиксировать, что «медицинская технология» — это не только лекарственный препарат или оборудование, а любой инструмент, применяемый для профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи, включая цифровые алгоритмы и организационные системы управления. Унификация этого понятийного аппарата ликвидирует текущие терминологические разрывы и сформирует общее правовое поле.

Технологическим базисом для практической реализации этого поля призвана стать суверенная цифровая инфраструктура обмена и аналитики деперсонализированных данных реальной клинической практики. В условиях строгих правовых ограничений на трансграничную передачу персональной информации внедрение защищенных протоколов деперсонализации и стандартов интероперабельности позволяет верифицировать подлинность медицинской статистики, национальных регистров и экономических параметров. Это решает критическую для СНГ проблему трансграничного переноса результатов исследований, обеспечивает высокий уровень доверия к экспертным заключениям со стороны всех государств-участников и создает надежную основу для привлечения долгосрочных инвестиций в совместные научно-технологические разработки.

Принятие Рекомендаций позволит закрепить принципы независимости экспертных заключений, транспарентности процедур и защиты разработчиков от необоснованных задержек при принятии регуляторных решений. Практическое внедрение принципов инклюзивности на основе международной концепции обоснованной подотчетности (Accountability for Reasonableness, A4R) обеспечит официальное и равноправное участие научно-экспертного и врачебного сообществ, пациентских организаций в формировании национальных пакетов гарантированной медицинской помощи. Только через согласованный терминологический аппарат, законодательную базу и передовую цифровую инфраструктуру данных комплекс ОТЗ и ОТУЗ трансформируется из теоретического концепта в эффективный механизм безопасного, инвестиционно привлекательного и экономически целесообразного трансграничного транзита инноваций.

Стратегический вектор формирования общего научно-доказательного пространства в рамках Года охраны здоровья в СНГ позволит совершить переход от фрагментарного сотрудничества к суверенной системе ценностно-ориентированного управления. Это обеспечит надежную защиту государственных бюджетов, гарантирует высокую эффективность расходов и откроет новые горизонты для долгосрочных инвестиций в здоровье населения стран Содружества.

https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-2-jhd078

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Нет.

Вклад авторов. Все авторы внесли равный вклад в данную работу. Все авторы прочитали, согласились с окончательной версией рукописи и подписали форму передачи авторских прав.

Использование ИИ. При оформлении данной рукописи инструменты ИИ не были применены.

Литература

1. World Bank. Tracking universal health coverage (UHC): 2025 global monitoring report. Website. [Cited 12 Feb 2026]. Available from URL: https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/2025-global-monitoring-report-gmr

2. Drummond, M. F., Tarricone, R., & Torbica, A. (2021). HTA and its role in sustainability of healthcare systems. Health Economics, Policy and Law, 16(2), 115–128. https://doi.org/10.1017/S1744133120000078

3. World Health Organization. Health technology assessment: global overview and guidance. Website. [Cited 14 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/health-topics/health-technology-assessment#tab=tab_1

4. European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). Assessing the value of management technologies and digital solutions in healthcare. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Website. [Cited 10 Feb 2026]. Available from URL: https://eurohealthobservatory.who.int/

5. World Health Organization. (2021). Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: World Health Organization. Website. [Cited 12 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf

6. World Health Assembly. Resolution WHA76.4: Strengthening health technology assessment and institutional mechanisms for decision-making. Website. [Cited 10 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/

7. UHC2030. Digital transformation of health systems for universal health coverage: UHC2030's strategic narrative to guide advocacy and action. Website. [Cited 13 Feb 2026]. Available from URL: https://www.uhc2030.org/

8. European Observatory on Health Systems and Policies. Tajikistan: health system summary 2025. Website. [Cited 15 Feb 2026]. Available from URL: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/tajikistan-health-system-summary-2025

9. Health Information and Quality Authority (HIQA). Health Technology Assessment Directorate: knowledge sharing and impact report 2024. Website. [Cited 15 Feb 2026]. Available from URL: https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/corporate-publication/2024-health-technology-assessment-directorate

10. CIS Executive Committee. On the concept of cooperation of the CIS member states in the field of public health preservation (Approved by the Council of Heads of Government of the CIS on June 5, 2025). Website. [Cited 15 Feb 2026]. Available from URL: https://cis.minsk.by/

11. Savashinsky, S., Vladimirova, E., Shamal, E., & Tikhomirova, A. (2026). Harmonization of preclinical and clinical studies within the framework of the global WHO "One Health" concept through the implementation of agreed standards for biosafety and medical technologies. Journal of Health Development, 61(3), jhd070. https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-3-jhd070

12. Savashinsky, S., Vladimirova, E., Shamal, E., & Tikhomirova, A. (2026). Real clinical practice as the foundation of scientific, digital and economic sovereignty of the CIS member states in the era of global transformation. Journal of Health Development, 61(2), jhd061. https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-2-jhd061

13. Diveeva, N., Savashinsky, S., Vladimirova, E., & Shamal, E. (2026). Transformation of national evidence bases of the CIS member states: The formation of common international approaches to the scientific and technological space in the Year of Health. Journal of Health Development, 61(1), jhd052. https://doi.org/10.32921/2663-1776-2026-61-1-jhd052

14. Council of Heads of Government of the CIS. Action plan for the preparation and holding of the Year of Health Protection in the Commonwealth of Independent States in 2026 (Adopted on September 29, 2025). Website. [Cited 10Feb 2026]. Available from URL: https://cis.minsk.by/

15. Chalkidou, K., Li, R., Mirelman, A. J., Jin, H., Wang, H., Teerawattananon, Y., Glassman, A., & Culyer, A. J. (2020). Health technology assessment for universal health coverage: A framework for high- and middle-income countries. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 36(3), 245–251. https://doi.org/10.1017/S0266462320000216

16. European Parliament and Council. Regulation (EU) 2021/2282 of 15 December 2021 on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU. Website. [Cited 12 Feb 2026]. Available from URL: http://data.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj

17. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Medicare Drug Price Negotiation Program: final guidance for initial price applicability year 2026. Website. [Cited 12 Feb 2026]. Available from URL: https://www.cms.gov/inflation-reduction-act-and-medicare/medicare-drug-price-negotiation

18. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). Innovative Licensing and Access Pathway (ILAP): year 3 impact report. Website. [Cited 12 Feb 2026]. Available from URL: https://www.gov.uk/government/publications/innovative-licensing-and-access-pathway-ilap

19. National Healthcare Security Administration (NHSA). National Reimbursement Drug List (NRDL) selection criteria and pharmaceutical market dynamics in China. Website. [Cited 15 Feb 2026]. Available from URL: http://www.nhsa.gov.cn/

20. Pan American Health Organization (PAHO). RedETSA: ten years of strengthening health technology assessment in the Americas. Website. [Cited 15 Feb 2026]. Available from URL: https://www.paho.org/en/redetsa

21. World Health Organization. The selection and use of essential medicines: executive summary of the report of the 25th WHO Expert Committee. Website. [Cited 15 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/publications/i/item/B09544

22. World Health Organization. The world health report 1998: life in the 21st century - a vision for all. Website. [Cited 15 Feb 2026]. Available from URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA51/ea3.pdf

23. Pan American Health Organization (PAHO). Resolution CD52.R13: Health technology assessment and incorporation into health systems. Website. [Cited 15 Feb 2026]. Available from URL: https://www.paho.org/en/documents

24. World Health Organization. Fourteenth General Programme of Work, 2025–2028 (GPW 14): promote, provide and protect health. Website. [Cited 10 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/about/what-we-do/general-programme-of-work

25. World Health Organization. Institutionalizing health technology assessment mechanisms: a how-to guide. Website. [Cited 20 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/publications

26. World Health Organization. WHO-CHOICE: choosing interventions that are cost-effective: methodological framework and regional databases. Website. [Cited 20 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing-and-economics/who-choice

27. World Health Organization. Health technology assessment of medical devices: WHO medical device technical series. Website. [Cited 20 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/publications

28. World Health Organization Regional Office for Europe. The European Programme of Work 2020–2025: "United Action for Better Health in Europe" (Extended to 2026). Website. [Cited 20 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/europe/publications

29. Eurasian Economic Commission. On common approaches to the regulation of circulation of medicines and medical devices within the Eurasian Economic Union. Website. [Cited 24 Feb 2026]. Available from URL: http://www.eurasiancommission.org/

30. World Health Organization. Biennial Cooperative Agreements (BCA) framework: country implementation guidelines for the 2026–2027 cycle. Website. [Cited 20 Feb 2026]. Available from URL: https://www.who.int/romania/our-work/biennial-collaborative-agreement-bca

31. O'Rourke, B., Oortwijn, W., Schuller, T., & International Joint Task Group. (2020). The new global definition of health technology assessment: A shared touchstone. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 36(3), 187–190. https://doi.org/10.1017/S0266462320000215

32. International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). Ethical, legal and social aspects in HTA frameworks: a 2025 update. Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://www.inahta.org/

33. Swiss Health Technology Assessment Forum. The integration gap: bridging academic HTA and public law decision-making. Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://www.bag.admin.ch/

34. International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). Health Technology Reassessment (HTR) and disinvestment guidance: a lifecycle approach. Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://www.inahta.org/

35. Cave, A., Kurz, X., Arlett, P., Real, M., Fernandes, P., & Xoxi, E. (2022). Real-world data (RWD) and real-world evidence (RWE) to support health technology assessment and regulatory decision-making. Frontiers in Pharmacology, 13, 843855. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.843855

36. European Observatory on Health Systems and Policies. Environmental sustainability and green criteria in health technology assessment frameworks. Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://eurohealthobservatory.who.int/

37. Food and Drug Administration (FDA). Artificial Intelligence and Machine Learning (AI/ML) for drug development: dynamic validation frameworks. Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://www.fda.gov/science-research/science-and-research-special-topics/artificial-intelligence-and-machine-learning-aiml

38. Office of Health Economics (OHE). Macroeconomic shocks, inflation, and value thresholds in healthcare decision-making. Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://www.ohe.org/publications/

39. Health Economics Methods Advisory (HEMA). Innovative Managed Entry Agreements (MEA) for Advanced Therapy Medicinal Products (ATMPs). Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://www.hema-network.com/

40. Kodeks Respubliki Kazahstan. O zdorov'e naroda i sisteme zdravoohranenija (On public health and the healthcare system) [in Russian]: ot 7 ijulja 2020 goda № 360-VI ZRK. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360

41. Rossijskaja Federacija. Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii (On the fundamentals of health protection of citizens in the Russian Federation) [in Russian]: federal'nyj zakon ot 21 nojabrja 2011 g. № 323-FZ. Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

42. Respublika Belarus'. O zdravoohranenii (On healthcare) [in Russian]: zakon ot 18 ijunja 1993 g. № 2435-XII. Rezhim dostupa: https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435

43. European Observatory on Health Systems and Policies. Health system summaries: Central Asia region (Kyrgyzstan, Tajikistan, Uzbekistan). Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://eurohealthobservatory.who.int/health-systems-monitor

44. Baltussen, R., Marsh, K., Thokala, P., Diaby, V., Castro, H., Cleemput, I., Garau, M., Iskrov, G., Olyaeemanesh, A., Mirelman, A., Mobinizadeh, M., Morton, A., Tringali, M., van Til, J., Valentim, J., Wagner, M., Youngkong, S., Zah, V., Toll, A., Jansen, M., Bijlmakers, L., Oortwijn, W., & Broekhuizen, H. (2022). Multi-criteria decision analysis (MCDA) for health technology assessment and management choices: An international consensus. Value in Health, 25(4), 412–421. https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1360

45. INTEGRATE-HTA Consortium. (2023). Methodological guidance on the assessment of complex organizational interventions in healthcare. Website. [Cited 25 Feb 2026]. Available from URL: https://www.inahta.org/

ТМД мемлекеттеріндегі денсаулық сақтау технологияларын бағалау және денсаулық сақтауды басқару механизмдерінің синергиясы: Әдіснама, институционалдық даму және инвестициялық тұрақтылық

Савашинский С.И. [1*], Владимирова Е.Ю. [2], Шамаль Е.В. [3], Тихомирова А.В. [4]

[1] Клиникалық нұсқаулықтар және ұлттық денсаулық сақтауды дамыту бойынша Еуразиялық ынтымақтастық директоры; ТМД Парламентаралық Ассамблеясының Денсаулық сақтау жөніндегі сарапшылар кеңесінің мүшесі, Мәскеу, Ресей. E-mail: ceo@echd.pro

[2] ТМД Парламентаралық Ассамблеясының Әлеуметтік саясат және адам құқықтары жөніндегі тұрақты комиссиясының хатшысы; ТМД Парламентаралық Ассамблеясының Денсаулық сақтау жөніндегі сарапшылар кеңесінің атқарушы хатшысы, Санкт-Петербург, Ресей. E-mail: vey@jacis.ru

[3] ТМД Атқарушы комитетінің саяси, гуманитарлық және әлеуметтік салалардағы ынтымақтастық департаментінің кеңесшісі, ТМД Денсаулық сақтау саласындағы ынтымақтастық кеңесінің хатшысы, ТМД Парламентаралық Ассамблеясының Денсаулық сақтау жөніндегі сарапшылар кеңесінің мүшесі, Минск, Беларусь. E-mail: shamal@eccis.org

[4] Биоэтика және дәлелді медицина қағидаттарын әзірлеу жөніндегі жұмыс тобының сарапшысы, ТМД Парламентаралық Ассамблеясының Денсаулық сақтау жөніндегі сарапшылар кеңесі, Мәскеу, Ресей. E-mail: annavladi1974@gmail.com

Түйіндеме

Геосаяси тұрақсыздық пен мемлекеттік бюджетке түсетін салмақтың артуын ескерсек, денсаулық сақтауды қаржыландыруды экстенсивті түрде ұлғайту жалпыға бірдей денсаулық сақтау қызметтерімен қамтуға қол жеткізуді қамтамасыз ете алмайды.

Мақалада дәлелді менеджменттің екі комплементарлы құралы — классикалық денсаулық сақтау технологияларын бағалау мен денсаулық сақтауды басқару технологияларын бағалаудың (ДСБТБ) синергиясы

қажеттілігі негізделеді. Халықаралық трендтерге (Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, Еуроодақ, БРИКС+) және ТМД елдерінде қалыптасқан реттеуші үлгілерге (толық құқықтық легализациядан бастап әдіснамалық алмастыру мен формулярлық-мақсаттық тәсілдерге дейін) салыстырмалы талдау жүргізілді.

Ұйымдастырушылық әсерге, цифрландыруға, кадрлық стратегиялар мен сервистік инновацияларға бағытталған ДСБТБ-дың ерекшелігі ашып көрсетілді. ДСБТБ-ды енгізудің негізгі институционалдық кедергісі анықталды. Ол — міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру және кепілдік берілген тегін медициналық көмек көлемі жүйелерінде ұйымдастырушылық және қызметтік процестерді тарифтеудің заңнамалық механизмдерінің жоқтығы. 2026 жылы ТМД-да Денсаулық сақтау жылын өткізу ТМД-ға мүше мемлекеттер үшін денсаулық сақтау технологияларын бағалау және ДСБТБ бойынша ұсынымдар әзірлеуге алғышарттар жасайтыны дәлелденді. Оларды бірыңғай терминологиялық аппарат, нақты клиникалық тәжірибені токенизацияланған деректерінің егемен цифрлық инфрақұрылымы және инклюзивтілік (A4R) қағидаттары негізінде енгізу үзінділік өзара іс-қимылдан ғылыми-дәлелді кеңістікті кеңейтуге және өңірдегі құндылыққа бағдарланған денсаулық сақтауды басқарудың егеменді үлгісіне көшуге мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: денсаулық сақтау технологияларын бағалау, денсаулық сақтауды басқару технологияларын бағалау, Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, терапиялық құндылық, дәлелді менеджмент, құндылыққа бағдарланған денсаулық сақтау, нақты клиникалық тәжірибе деректері.

Synergy of Health Technology Assessment and Healthcare Management Mechanisms in the CIS States: Methodology, Institutional Development, and Investment Sustainability

Sergey Savashinsky [1*], Evgenia Vladimirova [2], Elena Shamal [3], Anna Tikhomirova [4]

[1] Director of the Eurasian Cooperation on Clinical Guidelines and National Health Development; Member of the Expert Council on Healthcare, CIS Interparliamentary Assembly, Moscow, Russia. E-mail: ceo@echd.pro

[2] Secretary of the Standing Commission on Social Policy and Human Rights, CIS Interparliamentary Assembly; Executive Secretary of the Expert Council on Healthcare, CIS Interparliamentary Assembly, St. Petersburg, Russia. Email: vey@jacis.ru

[3] Advisor to the Department for Cooperation in Political, Humanitarian, and Social Spheres of the CIS Executive Committee, Secretary of the Council for Cooperation in Healthcare of the CIS, Member of the Expert Council on Healthcare at the CIS Interparliamentary Assembly, Minsk, Belarus. Email: shamal@eccis.org

[4] Expert of the Working Group on the Development of Principles of Bioethics and Evidence-Based Medicine, Expert Council on Healthcare under the CIS Interparliamentary Assembly, Moscow, Russia. E-mail: annavladi1974@gmail.com

Abstract

Against the backdrop of geopolitical instability and rising pressures on state budgets, an extensive increase in healthcare financing cannot ensure the achievement of Universal Health Coverage.

This article substantiates the need for a synergy between two complementary tools of evidence-based management: classical Health Technology Assessment (HTA) and Health Management Technology Assessment (HMTA). A comparative analysis was conducted on international trends (World Health Organization, European Union, BRICS+) and established regulatory models in the CIS countries, ranging from full legal recognition to methodological substitution and formulary-targeted approaches.

The specific nature of HMTA, focusing on organizational impact, digitalization, human resource strategies, and service innovations, is disclosed. The study identifies a key institutional barrier to HMTA implementation: the lack of legislative mechanisms for tariffing organizational and service processes within statutory health insurance and guaranteed benefit packages. It is substantiated that holding the Year of Healthcare in the CIS in 2026 creates the prerequisites for developing Recommendations on HTA and HMTA for the CIS member states. Their implementation, based on a unified terminological framework, a sovereign digital infrastructure of tokenized real-world data (RWD), and accountability for reasonableness (A4R) principles, will enable a transition from fragmented interaction to an expanded evidence-based space and a sovereign model of value-based healthcare management in the region.

Keywords: health technology assessment, health management technology assessment, Commonwealth of Independent States, World Health Organization, therapeutic value, evidence-based management, value-based healthcare, real-world data.