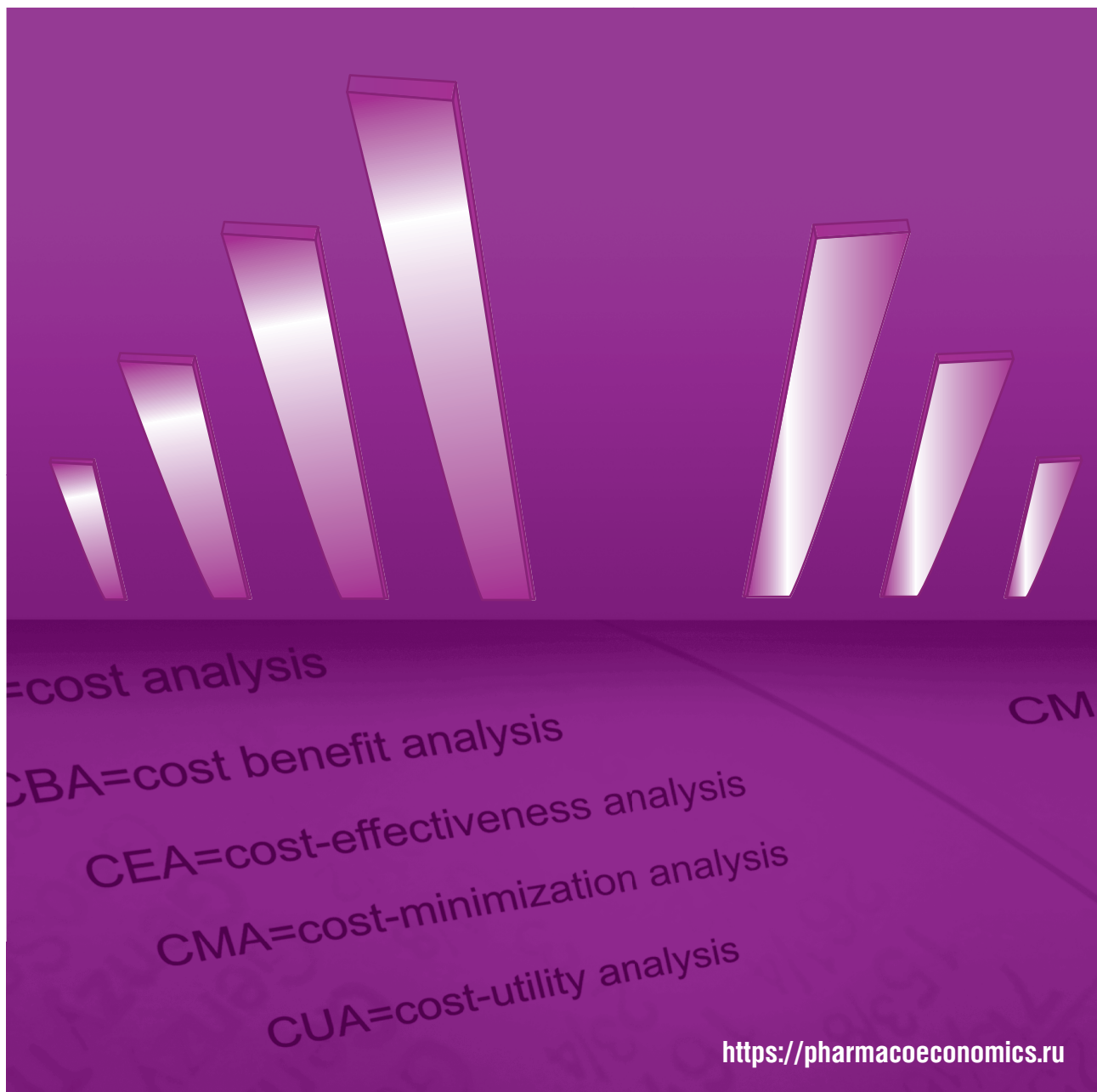


Фармакоэкономика

Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

2024 Vol. 17 No. 2

№2

Том 17

2024



<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2024.241>

ISSN 2070-4909 (print)

ISSN 2070-4933 (online)

Методология формирования модели клинико-статистических групп заболеваний для случаев оказания медицинской помощи с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом

И.А. Железнякова^{1,2}, О.А. Волкова¹, Е.И. Румянцева¹,
И.А. Михайлов^{1,2}, Д.В. Федяев^{1,2,3}, А.В. Зуев^{1,2},
О.С. Плахотник¹, Г.В. Трифонова¹, Т.С. Вахрушева¹,
Е.С. Самсонова¹, В.В. Омеляновский^{1,2,3,4}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Хохловский пер., д. 10/5, Москва 109028, Россия)

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Баррикадная, д. 2, стр. 1, Москва 123995, Россия)

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации (Настасьинский пер., д. 3, стр. 2, Москва 127006, Россия)

⁴ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко» (ул. Воронцово поле, д. 12, стр. 1, Москва 105064, Россия)

Для контактов: Волкова Оксана Александровна, e-mail: VolkovaOA@rosmedex.ru

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Широкий спектр эндохирургических методов лечения в различных профилях медицинской помощи (МП) и необходимость единообразия расчетов потребовали выработки единого подхода к формированию клинико-статистических групп (КСГ) для случаев оказания хирургической МП с применением лапароскопического доступа.

Цель: разработка методологии формирования модели КСГ для случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, в разрезе следующих профилей МП: «колопроктология», «урология», «хирургия (абдоминальная)», «акушерство и гинекология», «детская урология-андрология», «детская хирургия».

Материал и методы. Методология формирования КСГ для оплаты случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, предусматривала несколько этапов: анализ научно-методических документов, анализ нормативных правовых актов по теме исследования, стандартизированный экспертный опрос федеральных и региональных медицинских центров (проведенный в августе 2023 г.), формирование КСГ в разрезе каждого профиля и расчет коэффициентов затратоемкости.

Результаты. За счет существенного увеличения коэффициента затратоемкости в девяти вновь сформированных КСГ для оплаты случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, финансовое обеспечение данного направления хирургической МП увеличилось практически в 2 раза. Сформированные группы КСГ с соответствующими коэффициентами затратоемкости включены в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов.

Заключение. Методология формирования КСГ для оплаты случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, с единой методикой расчета затрат медицинских организаций обеспечили комплексный подход к процессу формирования КСГ для случаев оказания хирургической МП и унификацию расчетов для разных профилей МП.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Клинико-статистические группы заболеваний, КСГ, оплата хирургической медицинской помощи, эндоскопическая хирургия, лапароскопический доступ, расходные материалы, амортизация, стоимость.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ

Поступила: 11.03.2024. В доработанном виде: 14.05.2024. Принята к печати: 12.06.2024. Опубликовано: 30.06.2024.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия конфликта интересов в отношении данной публикации.

Вклад авторов

Авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Железнякова И.А., Волкова О.А., Румянцева Е.И., Михайлов И.А., Федяев Д.В., Зуев А.В., Плахотник О.С., Трифонова Г.В., Вахрушева Т.С., Самсонова Е.С., Омеляновский В.В. Методология формирования модели клинко-статистических групп заболеваний для случаев оказания медицинской помощи с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2024; 17 (2): 137–151. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2024.241>.

Methodology of forming a model of diagnosis-related groups for cases of medical care using surgery performed by laparoscopic access

I.A. Zheleznyakova^{1,2}, O.A. Volkova¹, E.I. Rumiantseva¹, I.A. Mikhailov^{1,2,3}, D.V. Fedyayev^{1,2,3}, A.V. Zuev^{1,2}, O.S. Plakhotnik¹, G.V. Trifonova¹, T.S. Vakhrusheva¹, E.S. Samsonova¹, V.V. Omelyanovskiy^{1,2,3,4}

¹ Center for Healthcare Quality Assessment and Control (10/5 Khokhlovskiy Passage, Moscow 109028, Russia)

² Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (2/1 bldg 1 Barikadnaya Str., Moscow 123242, Russia)

³ Financial Research Institute (3/2 Nastasyinskiy Passage, Moscow 127006, Russia)

⁴ Semashko National Research Institute of Public Health (12 bldg 1 Vorontsovo Pole Str., Moscow 105064, Russia)

Corresponding author: Oksana A. Volkova, e-mail: VolkovaOA@rosmedex.ru

SUMMARY

Background. A wide range of endosurgical treatment methods in various medical care profiles and the need for uniformity of calculations required developing a unified approach to the formation of diagnosis-related groups (DRGs) for cases of surgical medical care provided by laparoscopic access.

Objective: to develop a methodology for the formation of a DRG model for cases of medical care using surgery performed by laparoscopic access in the context of the following medical care profiles: “coloproctology”, “urology”, “surgery (abdominal)”, “obstetrics and gynecology”, “pediatric urology-andrology”, “pediatric surgery”.

Material and methods. The methodology for the formation of DRGs to pay for cases of medical care using surgery with laparoscopic access included the implementation of several stages: analysis of scientific and methodological documents, analysis of regulatory legal documents on the research topic, standardized expert survey of federal and regional medical centers (carried out in August 2023), formation of DRGs in the context of each profile, and calculation of cost-intensity coefficients.

Results. Due to significant increase in the cost-intensity coefficient in nine newly formed DRGs to pay for cases of medical care provided by surgery with laparoscopic access, financial support of this type of surgical medical care almost doubled. The formed DRGs with appropriate cost-intensity coefficients were included in the Program on State Guarantees to Deliver Free Medical Care to the Citizens for 2024 and for the planning period of 2025 and 2026.

Conclusion. The methodology of forming DRGs to pay for cases of medical care using surgery performed by laparoscopic access with a unified methodology for calculating costs for medical care provided an integrated approach to the process of forming DRGs for cases of surgical medical care, and unification of calculations for different medical care profiles.

KEYWORDS

Diagnosis-related group, DRG, payment for surgical medical care, endoscopic surgery, laparoscopic access, consumables, depreciation, cost.

ARTICLE INFORMATION

Received: 11.03.2024. **Revision received:** 14.05.2024. **Accepted:** 12.06.2024. **Published:** 30.06.2024.

Conflict of interests

The authors declare they have nothing to disclose regarding the conflict of interests with respect to this manuscript.

Authors' contribution

The authors contributed equally to this article.

For citation

Zheleznyakova I.A., Volkova O.A., Rumiantseva E.I., Mikhailov I.A., Fedyayev D.V., Zuev A.V., Plakhotnik O.S., Trifonova G.V., Vakhrusheva T.S., Samsonova E.S., Omelyanovskiy V.V. Methodology of forming a model of diagnosis-related groups for cases of medical care using surgery performed by laparoscopic access. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2024; 17 (2): 137–151 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2024.241>.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Лапароскопические технологии продемонстрировали высокую эффективность при выполнении несложных операций и очень быстро стали применяться для проведения все более сложных оперативных вмешательств, успешно заменяя традиционные методы хирургического лечения многих заболеваний
- ▶ В модели клинико-статистических групп (КСГ) до 2024 г. оперативные вмешательства, выполняемые лапароскопическим доступом, были включены в общий перечень КСГ для оплаты хирургического лечения

Что нового дает статья?

- ▶ Впервые в модели КСГ выделены группы для оплаты оказания медицинской помощи (МП) с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом
- ▶ Представлена методика расчета стоимости медицинской услуги и случая оказания МП, которая отличается универсальностью и может быть использована для пересмотра или разработки новых групп КСГ для оплаты хирургической МП вне зависимости от профиля

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Разработка девяти новых групп КСГ для методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, и существенное увеличение тарифа на оплату МП с применением указанных методов обеспечат объективное возмещение затрат медицинских организаций на данное направление и повысят доступность технологии для населения

Highlights

What is already known about the subject?

- ▶ Laparoscopic technologies demonstrated high efficiency in uncomplicated surgery and very quickly began to be used for more and more complex surgical interventions, successfully replacing conventional methods of surgical treatment for many diseases
- ▶ In the diagnosis-related group (DRG) model for 2024, surgical procedures performed by laparoscopic access were included in the overall list of DRGs for surgery payment

What are the new findings?

- ▶ For the first time, in the DRG model the groups for payment for medical care provided by surgical treatment techniques performed by laparoscopic access were identified
- ▶ The methodology for calculating the cost of medical service and a case of medical care delivery was presented, which was universal and could be used for revision or development of new DRGs for payment for surgical medical care regardless of the profile

How might it impact the clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ The development of nine new DRGs for surgical treatment methods performed by laparoscopic access and a significant increase in the tariff for payment for medical care provided by these methods will ensure objective reimbursement of medical organizations' costs in this area and increase the availability of technology for the population

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

В настоящее время малоинвазивная хирургия является одним из наиболее востребованных методов хирургического лечения в системе здравоохранения Российской Федерации (РФ). Минимально инвазивную альтернативу открытой хирургии обеспечивают различные эндоскопические методы, список показаний к применению которых постоянно расширяется [1]. Одной из разновидностей малоинвазивной хирургии с использованием видео-эндоскопической ассистенции является лапароскопическая, или эндоскопическая хирургия, широко применяемая в медицинских организациях (МО) страны уже несколько десятилетий. В отдельных МО более 50% операций выполняется лапароскопическим доступом, и ожидается, что свыше 70% оперативных вмешательств могут быть проведены с использованием данного подхода [2].

Неоспоримые преимущества эндоскопической хирургии по сравнению с традиционными открытыми хирургическими вмешательствами с клинической точки зрения ассоциируются с улучшением результатов за счет снижения частоты послеоперационных осложнений (инфекции, кровопотеря, послеоперационные грыжи, спайки и послеоперационная боль) и раннего восстановления больных. Несмотря на сходство долгосрочных результатов открытых и эндоскопических вмешательств для пациента, последние связаны с потенциальными преимуществами в раннем послеоперационном и восстановительном периодах [3]. Экономические плюсы эндоскопической хирургии также определяются ранней активизацией пациентов и обусловленным этим снижением расходов на обезболивающие мероприятия, перевязки, лекарственную терапию и пребывание в условиях стационара [1, 3, 4]. Однако экономия средств на госпитализацию не всегда компенсирует более высокие первоначальные затраты.

Дискуссии о стоимости эндохирurgicalических методов лечения, клинико-экономической оценке их эффективности не теряют

актуальности до настоящего времени и проводятся экспертами большинства систем здравоохранения [5]. Анализируя технологию с точки зрения пациента, МО, страховщиков или общества, специалисты сходятся в одном: совокупные экономические преимущества малоинвазивной хирургии заключаются в исходах раннего послеоперационного периода, связанных с пациентом, а существенные недостатки – в более высоких материальных затратах МО [6–9]. Инструментальная и аппаратная зависимость эндоскопической хирургии, увеличенная продолжительность операций и специфика анестезиологического сопровождения обуславливают более высокие первичные затраты на эндохирurgicalические виды лечения по сравнению с открытыми методами и не могут не оказывать влияния на рост расходов МО.

Для российских МО помимо прочего дополнительным негативным фактором стали экономические санкции и все менее доступная от года к году стоимость зарубежной медицинской техники [10, 11]. Исходя из понимания сложившейся ситуации, в целях снижения негативных воздействий и сохранения доступности малоинвазивной хирургии принято решение о пересмотре стоимости методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, и выделении отдельных клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) для оплаты случаев оказания медицинской помощи (МП) с применением вышеуказанных методов лечения. Широкий спектр эндохирurgicalических методов в различных профилях МП и необходимость единообразия расчетов потребовали выработки единого подхода к формированию КСГ для случаев оказания хирургической МП с применением лапароскопического доступа.

Цель – разработка методологии формирования модели КСГ для случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, в разрезе следующих профилей МП: «колопроктология», «урология», «хи-

рургия (абдоминальная)», «акушерство и гинекология», «детская урология-андрология», «детская хирургия».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ / MATERIAL AND METHODS

Этапы исследования / Study stages

Методология формирования КСГ для оплаты случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, предусматривала несколько этапов.

На первом этапе ввиду широкого использования лапароскопического доступа в разных профилях МП и необходимости учета в расчетах как общих аспектов данного технологического подхода, так и профильной специфики методов лечения, а также соответствующих случаев госпитализации выполнен анализ научно-методических документов.

На втором этапе проанализированы нормативные документы, регламентирующие разностороннюю текущую деятельность МО.

На третьем этапе проведен стандартизированный экспертный опрос представителей главных внештатных специалистов (ГВС) Минздрава России, а также профильных врачей – специалистов и сотрудников финансово-экономических отделов федеральных и региональных медицинских центров (август 2023 г.). Анкетирование по каждому методу хирургического лечения, выполняемому лапароскопическим доступом, осуществляли с участием не менее десяти МО, критерием отбора которых являлась частота случаев оказания МП с использованием конкретного метода лечения в 2022 г. Применявшиеся в качестве анкет универсальные расчетные формы для тарифообразующего компонента и случая оказания МП не вызвали трудностей с заполнением у представителей МО, обеспечив тем самым получение структурированной и легко обрабатываемой информации по каждому направлению расходов МО. В случае выявления сведений, вызывающих сомнения, информацию уточняли посредством проведения прямых консультаций. Согласование окончательных результатов исследования проводили в сотрудничестве с ГВС по каждому профилю МП.

Заключительный этап исследования включал формирование КСГ в разрезе каждого профиля и расчет коэффициентов затратоемкости исходя из средневзвешенного значения стоимости каждой группы и размера базовой ставки для условий круглосуточного стационара.

Источники данных / Data sources

Расчеты выполняли на основании:

- сведений расшифровщика КСГ для оплаты МП, оказанной в стационарных условиях, размещенного на официальном сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования¹;
- деперсонифицированных сведений базы реестров счетов на оплату за оказание МП за 2022 г. (база реестров счетов);
- государственного реестра предельных отпускных цен производителей на лекарственные средства, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП);
- данных о закупках МО, находящихся в открытом доступе на официальном сайте Единой информационной системы в сфере закупок².

Данные о государственных закупках анализировали за период с 1 августа 2021 г. по 1 августа 2023 г.

Методы анализа / Methods of analysis

Исследование проводили с использованием комплекса современных методов: информационный поиск, логическое обобщение, экспертный опрос, статистическая обработка данных, экономический анализ. Обработку полученных результатов выполняли с помощью программы Excel (Microsoft, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ / RESULTS

Технологические аспекты хирургических методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом / Technological aspects of surgical treatment methods performed by laparoscopic access

Методы хирургического лечения, выполняемые лапароскопическим доступом, являются одной из разновидностей эндоскопической хирургии, включающей помимо указанного доступа торакоскопический, гистероскопический, цистоскопический и артроскопический доступы. По результатам анализа методических материалов и научных статей выявлено, что базовая техника эндохирургических вмешательств незначительно отличается в зависимости от типа операции и оперируемого органа, а комплект оборудования и инструменты, используемые при выполнении различных эндохирургических манипуляций, практически идентичны по своему назначению, внешнему виду и техническим характеристикам [12–23].

Вне зависимости от цели эндохирургической операции (удаление органа или его части, создание анастомозов и многое другое), техника базируется на трех оперативных действиях: разъединение тканей, остановка кровотечения (гемостаз) и соединение тканей [14–16, 24]. В этой связи все применяемые в рамках эндохирургического метода лечения инструменты могут быть разделены на три группы:

- эндоскопическая оптическая система (оптический прибор, предназначенный для передачи изображения из полости человеческого тела с использованием различных вариантов оптики);
- инструменты доступа, обеспечивающие проникновение в пространство и полости для последующего введения манипуляционных инструментов и выполнения основных этапов эндохирургического лечения;
- инструменты для манипуляций, функционал которых позволяет выполнять те или иные действия в процессе хирургического лечения (экспозиция, ретракция, рассечение тканей, гемостаз, сшивание и соединение тканей, извлечение и санация).

При применении узкого перечня профильных эндохирургических методов лечения (урологических, акушерско-гинекологических, колопроктологических и др.) используются инструменты специального назначения, перечни которых приводятся в соответствующих руководствах по оперативной хирургии [15, 16].

Все эндохирургические инструменты делятся на инструменты многократного и одноразового использования. При формировании КСГ предпочтение отдавали инструментам многократного использования, однако возможность применения одноразового инструмента не исключали и учитывали в долевым выражении в расчетах. Принимая во внимание возможные риски при эндохирургическом лечении и возможность перехода к традиционной или открытой хирургии, в расчетах учитывали стоимость общехирургического инструмента [15–17, 23].

Стандартный набор оборудования для эндоскопической хирургии, вне зависимости от профиля МП, включает: видеокамеру,

¹ <https://www.ffoms.gov.ru/documents/the-orders-oms/>.

² <https://zakupki.gov.ru>.

видеомонитор, источник света, инсуффлятор, систему аспирации и ирригации, электрохирургический аппарат (аппараты) [12–24].

Особенностью анестезиологического обеспечения методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, является применение для обезболивания общей анестезии (общего наркоза), важный элемент которой – способ поддержания газообмена (с искусственной вентиляцией легких или без нее). Отсутствие общепринятой классификации и специфика выполнения данного вида анестезии, зависящая от многих факторов (вид и объем эндохирургического лечения, характер основной и сопутствующей патологии и др.), создают возможности для использования в практической деятельности различных методик, отличающихся не только набором лекарственных препаратов и их дозировками, но и техникой выполнения³ [25, 26]. Так, растущие требования к адекватности анестезиологического обеспечения, его безопасности и снижению медикаментозной нагрузки при сохранении качества обезболивания стимулируют применение комбинированных методик для общей анестезии. Многокомпонентные обезболивающие и тщательно подобранные дозировки лекарственных препаратов позволяют обеспечить качественный, безопасный и при этом максимально эффективный наркоз. Ингаляционный интубационный мононаркоз для обеспечения эндохирургических операций в настоящее время не используется.

Принимая во внимание вышеизложенное и руководствуясь утвержденной в установленном порядке номенклатурой медицинских услуг для расчета стоимости анестезиологического обеспечения при применении эндохирургических методов лечения, использовали коды номенклатуры В01.003.004.010 «Комбинированный эндотрахеальный наркоз» и В01.003.004.012 «Комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона)».

Отдельные положения нормативного правового регулирования / Selected provisions of legal regulation

При формировании КСГ учитывали следующие нормативно-правовые аспекты.

Порядок оплаты МП за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) регламентирован Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н⁴ (далее – Правила). Согласно п. 184 Правил расчет тарифов осуществляется на единицу объема МП, на медицинскую услугу, за вызов скорой МП, за законченный случай лечения заболевания, на основе подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к ней застрахованных лиц (обслуживаемых МО), а также подушевого норматива финансирования МП по всем видам и условиям оказания МП. Кроме того, тариф за законченный случай лечения заболевания может

рассчитываться на однородные группы случаев оказания МП, или КСГ. Структура тарифа, определяющая состав расходов МО, компенсируемых за счет средств ОМС, установлена Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ⁵ (п. 7, ст. 35).

В соответствии с налоговым законодательством (ст. 318 Налогового кодекса РФ) расходы МО на оказание МП подразделяются на прямые и косвенные. Это затраты, непосредственно связанные с оказанием МП (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности МО в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания МП (медицинской услуги) (п. 192 Правил).

К прямым расходам МО отнесены затраты на оплату труда персонала МО, материальные затраты на лекарственные средства, перевязочный материал, инструменты и оборудование, необходимые в процессе оказания МП, расходы на продукты питания, мягкий инвентарь и амортизационные отчисления. Косвенные или накладные расходы МО включают в себя затраты на оплату труда административно-управленческого, хозяйственного, прочего персонала и затраты общехозяйственного назначения и пр., т.е. затраты, не связанные с оказанием МП, но влияющие на конечные результаты (п. 195 Правил). Трудовым законодательством (ст. 350 Трудового кодекса РФ) медицинским работникам установлена сокращенная продолжительность рабочего времени (не более 39 ч в неделю)⁶.

Согласно ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ⁷ МП организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания МП, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (Минздравом России), на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов МП, утверждаемых Минздравом России. В рамках исполнения указанных положений Минздравом России утверждены стандарты оснащения операционной (операционного блока) по соответствующим профилям МП⁸.

Закупки для МО в РФ осуществляются в соответствии с Федеральным законом от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ⁹, согласно которому бюджетные организации используют конкурентные способы определения поставщиков, такие как конкурс, аукцион, запрос котировок, запрос предложений, или осуществляют закупки у единственного поставщика при наличии оснований.

Формирование модели осуществляли в соответствии с профилем оказания МП и утвержденной приказом Минздрава России от 13 октября 2017 г. № 804н¹⁰ номенклатурой медицинских услуг, представленной систематизированным перечнем кодов и наименований медицинских услуг в здравоохранении и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов) случаев оказания МП, включенных в группу.

³ Мироненко А.В. Общие алгоритмы и особенности ингаляционной индукции и поддержания анестезии при лапароскопических операциях. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2011.

⁴ Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

⁵ Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

⁶ Федеральный закон от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ «Трудовой кодекс Российской Федерации».

⁷ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁸ Приказ Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»; приказ Минздравсоцразвития России от 2 апреля 2010 г. № 206н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля»; приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология»; приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»; приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

⁹ Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

¹⁰ Приказ Минздрава России от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Расчет стоимости случаев оказания МП / Calculation of costs for cases of medical care provision

Из существующего в 2023 г. перечня КСГ для оплаты случаев оказания хирургической МП в условиях стационара осуществлена выборка данных всех медицинских услуг, соответствующих методам оперативного лечения с лапароскопическим доступом по профилям МП «акушерство и гинекология», «детская урология-андрология», «детская хирургия», «колопроктология», «урология», «хирургия (абдоминальная)». В общей сложности отобрано 125 медицинских услуг, сгруппированных в новый перечень в разрезе профилей МП. Для уточнения полноты выборки перечень медицинских услуг по каждому профилю МП направляли на согласование ГВС.

ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России усовершенствованы универсальные расчетные формы:

- Технологическая карта для расчета тарифообразующего компонента законченного случая лечения (форма для расчета тарифообразующего компонента) для внесения сведений о затратах МО, непосредственно связанных с оказанием медицинской услуги (зарплата, расходные материалы, лекарственные препараты, амортизация и ремонт медицинского оборудования) и не связанных с ней (оплата труда административно-управленческого и хозяйственного персонала, расходы общехозяйственного назначения и пр.);

- Технологическая карта для расчета стоимости случая специализированной медицинской помощи (форма для расчета случая оказания МП), аккумулирующая все затраты МО на оказание случая МП по заболеванию.

В целях получения информации, необходимой для исследования, согласованные перечни медицинских услуг и универсальные расчетные формы для заполнения направляли профильным экспертам в МО Минздрава России и субъектов РФ, а также ГВС.

Расчет стоимости методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, и соответствующих случаев оказания МП / Calculation of costs for treatment methods with laparoscopic access and the corresponding cases of medical care

Окончательный расчет стоимости медицинской услуги по каждому методу оперативного лечения вместе с анестезией осуществляли на основании универсальной формы для расчета та-

рифообразующего компонента и экспертных сведений о структуре затрат на выполнение медицинской услуги. Расчет затрат выполняли поэтапно в соответствии со структурой расходов.

Затраты на оплату труда

Затраты МО на оплату труда по каждой должности медицинских работников, непосредственно занятых в операции, определяли как произведение стоимости 1 мин работы специалиста и числа минут, затраченных на выполнение операции. Параметры заработной платы, применяемые в расчетах, соответствовали среднероссийским параметрам прогнозного значения среднемесячной заработной платы за счет средств ОМС на плановый период 2024 г. по соответствующей должности. Учитывая вариабельность сведений экспертов о времени выполнения того или иного оперативного вмешательства (времени работы хирургов), для каждого метода лечения, подлежащего пересмотру, вычисляли средние значения времени работы хирургов (средневзвешенное значение, медиана и мода), которые впоследствии использовали для расчетов (рис. 1).

Так, по данным МО, время работы хирургов при оказании медицинской услуги А16.20.035.001 «Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) с использованием видеоэндоскопических технологий» составляет от 80 до 150 мин. Расчетная длительность работы хирургов – 120 мин, наиболее частое значение в соответствующем дискретном ряду. Для оценки затрат на оплату труда врача-анестезиолога, медицинской сестры – анестезиста и операционной медицинской сестры время работы хирургов увеличивали на 30 мин.

Затраты на расходные материалы

Затраты МО на расходные материалы, используемые в процессе оказания медицинских услуг (оперативное вмешательство и анестезиологическое обеспечение), рассчитывали по каждой позиции потребляемых медицинских изделий. Затраты на каждую позицию, принимаемую в расчет, определяли как произведение среднего значения стоимости единицы измерения расходного материала (штука, грамм, пара и т.д.), количества потребляемых единиц и частоты использования той или иной позиции в рамках оказания медицинской услуги. При оценке затрат на многократно используемые медицинские изделия дополнительно учитывали интенсивность их эксплуатации (исходя из среднего, по мнению экспертов, количества операций и циклов стерилизации, которое выдерживает то или иное медицинское изделие).

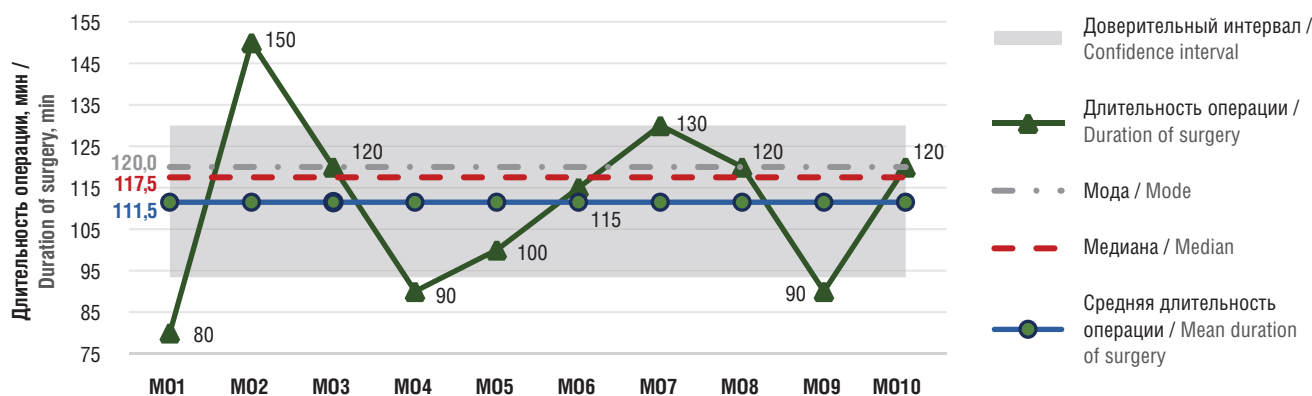


Рисунок 1. Длительность выполнения хирургического метода лечения (операции) «Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) с использованием видеоэндоскопических технологий» в разрезе медицинских организаций (МО), участвовавших в исследовании

Figure 1. Duration of surgical treatment (procedure) "Myomectomy (enucleation of myomatous nodes) using video-assisted endoscopic technologies" by medical organizations (MO) participating in the study

Трудности в расчетах в большей степени были связаны с обширностью списка расходных материалов, отсутствием единого классификатора для расходных материалов и необходимостью применения единых параметров стоимости к идентичным позициям. Для унификации сведения МО о затратах на расходные материалы консолидировали в отдельный «перечень расходных материалов», структуру разделов которого формировали соответственно функциональному назначению медицинских изделий. После исключения дублей для всех позиций перечня определяли стоимость единицы измерения расходного материала, рассчитываемую исходя из средних значений фактических закупочных цен на сайте единой информационной системы в сфере закупок.

Затраты на лекарственные препараты

Затраты МО на лекарственные препараты, применяемые на этапе операции и анестезиологического обеспечения, а также в послеоперационном периоде, протекающем в условиях стационара, анализировали на предмет включения потребляемых препаратов в перечень ЖНВЛП. Общие затраты на лекарственное обеспечение медицинской услуги (случая МП) определяли как суммарное значение стоимости всех лекарственных препаратов, потребляемых при ее оказании.

Стоимость затрат на отдельно взятый препарат рассчитывали исходя из режима дозирования в единицах измерения действующего вещества, длительности лекарственной терапии, частоты назначения и зарегистрированной предельной отпускной цены производителя с учетом оборота и налога на добавленную стоимость.

При возможности применения в рамках одной медицинской услуги (случая оказания МП) полных, групповых или нозологических аналогов лекарственных препаратов частоту их применения рассчитывали в доленом исчислении. Суммарное значение частоты применения не могло превышать 1 (100%).

Затраты на амортизацию

Затраты МО на амортизацию рассчитывали как сумму амортизационных отчислений на все используемое оборудование операционной (задействованное и не задействованное в процессе оказания услуги). Перечень объектов оборудования составляли на основании экспертных данных и требований к перечню оборудования операционной, утвержденных профильным порядком при его наличии¹¹.

Амортизационные отчисления по каждому объекту оборудования рассчитывали линейным методом начисления амортизации. Сроки полезного использования по каждому объекту оборудования определяли на основании сроков, указанных производителем, а при отсутствии таковых – на основании Классификации основных средств, включаемых в амортизационные группы¹² и дополнительных консультаций с экспертами. Количество дней работы оборудования в календарном году устанавливали согласно нормам рабочего времени на соответствующий год. Затраты на амортизацию оценивали в рамках одной услуги, для чего учитывали частоту использования оборудования (на основании экспертных данных) и время работы оборудования в минутах.

Затраты на техническое обслуживание, ремонт и приобретение запасных частей

Затраты МО на техническое обслуживание, ремонт и приобретение запасных частей рассчитывали на основании экспертных данных.

Итоговая стоимость

Итоговую стоимость медицинской услуги определяли путем суммирования расходов по каждому виду указанных выше затрат, расходов МО на оплату труда общеучрежденческого персонала (не принимающего непосредственного участия в оказании медицинской услуги), рассчитанных как доля оплаты труда основного персонала (непосредственно оказывающего услугу), и накладных расходов, исчисляемых от общего фонда оплаты труда.

Оценку итоговой стоимости случая госпитализации осуществляли на основе универсальной расчетной формы для случая оказания специализированной МП. Учитывая универсальность структуры затрат на выполнение медицинских услуг, итоговую стоимость случая госпитализации определяли суммированием прямых и косвенных расходов по всем медицинским услугам, предоставляемым в рамках случая оказания МП (оперативное вмешательство и его анестезиологическое обеспечение, лабораторные и инструментальные исследования, обеспечение лекарственными препаратами, количество дней пребывания в условиях стационара, включающих ежедневный прием (осмотр и консультацию) врача-специалиста, наблюдение и уход среднего и младшего медицинского персонала и питание).

Формирование модели КСГ для оплаты МП с применением хирургических методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, в разрезе профилей МП / Formation of DRG model to pay for medical care using surgery with laparoscopic access in the context of medical care profiles

Отнесение эндохирurgicalических методов лечения и соответствующих случаев оказания МП к тому или иному уровню сложности, а также последующее формирование КСГ осуществляли в сотрудничестве с профильными экспертами, окончательное решение принималось ГВС по соответствующему профилю. В случае значимых различий стоимости случаев оказания МП в разрезе одного профиля предварительно применяли кластерный анализ.

По результатам согласования структуры КСГ в разрезе каждого профиля, учитывая стоимость случая оказания МП, предусматривающего тот или иной эндохирurgicalический метод лечения и частоту его выполнения для каждой КСГ, рассчитывали средневзвешенное значение стоимости случая госпитализации. В результате деления полученного значения на базовую ставку, определяемую исходя из норматива финансовых затрат на единицу объема МП Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП, для вновь сформированных КСГ рассчитывали коэффициенты относительной затратоемкости. В результате для оплаты случаев оказания МП с применением эндохирurgicalических методов лечения в условиях круглосуточного стационара сформировано девять новых групп КСГ: «акушерство и гинекология» – 3 группы, «детская урология-андрология» – 1 группа,

¹¹ Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»; приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»; Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»; приказ Минздрава России от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

¹² ОК 013-2014 (СНС 2008) «Общероссийский классификатор основных фондов» (принят и введен в действие приказом Росстандарта от 12 декабря 2014 г. № 2018-ст); постановление Правительства РФ от 1 января 2002 г. № 1 «О Классификации основных средств, включаемых в амортизационные группы».

«детская хирургия» – 2 группы, «колопроктология» – 1 группа, «урология» – 1 группа, «хирургия (абдоминальная)» – 2 группы (табл. 1–5).

За счет существенного увеличения коэффициента затратоемкости в девяти вновь сформированных КСГ для оплаты случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, актуализация которого

стала возможной в результате детального пересмотра всех расходов МО на выполнение медицинской услуги (метода хирургического лечения) и соответствующего случая госпитализации в целом, финансовое обеспечение данного направления хирургической МП увеличилось практически в два раза. Увеличение тарифа на оплату хирургической МП с лапароскопическим доступом в разрезе всех вышеуказанных профилей в перспективе должно обеспечить

Таблица 1. Клинико-статистические группы для оплаты медицинской помощи с применением хирургических методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, по профилю медицинской помощи «акушерство и гинекология»

Table 1. Diagnosis-related groups for payment for medical care provided by surgical methods of treatment performed by laparoscopic access, according to the profile of medical care "obstetrics and gynecology"

Модель 2023 г. / Model for 2023		Код медицинской услуги / Medical service code	Модель 2024 г. / Model for 2024		
КЗ / CIC	КСГ / DRG		КЗ / CIC	КСГ / DRG	Наименование КСГ / DRG description
0,58	st02.011	A16.20.041.001	3,56	st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5) / Female genital surgery (level 5)
		A16.20.001.001			
		A16.20.002.001			
		A16.20.003.001			
		A16.20.003.004			
		A16.20.004.001			
		A16.20.017.001			
		A16.20.061.001			
		A16.20.061.002			
		A16.20.061.003			
		A16.20.092.001			
2,2	st02.013	A16.20.026.001	4,46	st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6) / Female genital surgery (level 6)
1,17	st02.012	A16.20.003.006			
		A16.20.094.001			
2,2	st02.013	A16.20.010.001			
		A16.20.010.003			
		A16.20.011.001			
		A16.20.011.003			
		A16.20.012.002			
		A16.20.014.003			
		A16.20.034.002			
		A16.20.035.001			
		A16.20.039.001			
		A16.20.063.001			
		A16.20.082			
		A16.20.094.002			
2,2	st02.013	A16.20.003.003	4,97	st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7) / Female genital surgery (level 7)
		A16.20.011.004			
		A16.20.011.005			
		A16.20.011.007			
		A16.20.013.001			
		A16.20.019.001			
		A16.20.028.001			
		A16.20.063.003			
		A16.20.063.019			
		A16.20.081.001			
		A16.30.036.001			

Примечание. КЗ – коэффициент затратоемкости; КСГ – клинико-статистическая группа.

Note. CIC – cost-intensity coefficient; DRG – diagnosis-related group.

Таблица 2. Клинико-статистические группы для оплаты медицинской помощи с применением хирургических методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, по профилю медицинской помощи «детская урология-андрология»

Table 2. Diagnosis-related groups for payment for medical care provided by surgical methods of treatment performed by laparoscopic access, according to the profile of medical care "pediatric urology-andrology"

Модель 2023 г. / Model for 2023		Код медицинской услуги / Medical service code	Модель 2024 г. / Model for 2024		
КЗ / CIC	КСГ / DRG		КЗ / CIC	КСГ / DRG	Наименование КСГ / DRG description
1,78	st09.007	A16.28.045.001	4,4	st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7) / Kidney and urinary system surgery, pediatric (level 7)
		A16.28.045.002			
2,23	st09.008	A16.28.074.001			
2,36	st09.009	A16.28.015.001			
		A16.28.028.001			
		A16.28.055.001			
		A16.28.071.001			

Примечание. КЗ – коэффициент затратоемкости; КСГ – клинико-статистическая группа.

Note. CIC – cost-intensity coefficient; DRG – diagnosis-related group.

Таблица 3. Клинико-статистические группы для оплаты медицинской помощи с применением хирургических методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, по профилю медицинской помощи «детская хирургия»

Table 3. Diagnosis-related groups for payment for medical care provided by surgical methods of treatment performed by laparoscopic access, according to the profile of medical care "pediatric surgery"

Модель 2023 г. / Model for 2023		Код медицинской услуги / Medical service code	Модель 2024 г. / Model for 2024		
КЗ / CIC	КСГ / DRG		КЗ / CIC	КСГ / DRG	Наименование КСГ / DRG description
0,97	st10.004	A16.18.009.001	2,29	st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети / Other abdominal surgeries, pediatric
1,05	st10.006	A16.30.004.010			
1,25	st10.007	A16.30.001.001			
		A16.30.005.003	7,23	st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4) / Intestinal and perianal surgery (level 4)
2,49	st14.003	A16.18.015.002			
		A16.18.016.001			
		A16.18.017.001			
		A16.18.017.003			
		A16.18.026			
		A16.18.030.002			
		A16.18.030.004			
		A16.18.030.005			
		A16.18.030.006			
		A16.18.030.008			
		A16.18.030.009			
		A16.18.030.011			
		A16.18.030.012			
		A16.18.030.014			
		A16.18.030.015			
		A16.18.030.017			
		A16.18.030.018			
		A16.19.019.001			
		A16.19.019.004			
		A16.19.019.005			
		A16.19.020.002			
		A16.19.021.003			
		A16.19.021.012			
		A16.19.023.001			

Примечание. КЗ – коэффициент затратоемкости; КСГ – клинико-статистическая группа.

Note. CIC – cost-intensity coefficient; DRG – diagnosis-related group.

Таблица 4. Клинико-статистические группы для оплаты медицинской помощи с применением хирургических методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, по профилю медицинской помощи «урология»
Table 4. Diagnosis-related groups for payment for medical care provided by surgical methods of treatment performed by laparoscopic access, according to the profile of medical care "urology"

Модель 2023 г. / Model for 2023		Код медицинской услуги / Medical service code	Модель 2024 г. / Model for 2024		
КЗ / CIC	КСГ / DRG		КЗ / CIC	КСГ / DRG	Наименование КСГ / DRG description
1,62	st30.012	A16.28.045.001	4,7	st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7) / Kidney and urinary system surgery, adult (level 7)
		A16.28.045.002			
		A16.28.094.001			
1,95	st30.013	A16.28.006.001			
		A16.28.074.001			
2,14	st30.014	A16.28.015.001			
		A16.28.028.001			
		A16.28.029.001			
		A16.28.055.001			
		A16.28.071.001			
4,13	st30.015	A16.28.084.003			

Примечание. КЗ – коэффициент затратоемкости; КСГ – клинико-статистическая группа.
Note. CIC – cost-intensity coefficient; DRG – diagnosis-related group.

Таблица 5 (начало). Клинико-статистические группы для оплаты медицинской помощи с применением хирургических методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, по профилю медицинской помощи «абдоминальная хирургия»
Table 5 (beginning). Diagnosis-related groups for payment for medical care provided by surgical methods of treatment performed by laparoscopic access, according to the profile of medical care "abdominal surgery"

Модель 2023 г. / Model for 2023		Код медицинской услуги / Medical service code	Модель 2024 г. / Model for 2024		
КЗ / CIC	КСГ / DRG		КЗ / CIC	КСГ / DRG	Наименование КСГ / DRG description
0,91	st32.012	A16.18.009.001	2,36	st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4) / Other abdominal surgery (level 4)
1,78	st32.015	A16.30.001.001			
		A16.30.002.001			
		A16.30.004.010			
		A16.30.004.013			
		A16.30.004.014			
1,15	st32.001	A16.14.006.001	2,69	st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5) / Other abdominal surgery (level 5)
1,43	st32.002	A16.14.009.002			
2,69	st32.006	A16.14.018.002			
		A16.14.018.005			
		A16.14.030.001			
		A16.14.034.001			
		A16.14.035.001			
		A16.14.037.001			
		A16.14.037.002			
		A16.15.009.004			
1,95	st32.009	A16.16.018.004			
		A16.16.021.001			
		A16.16.034.001			
		A16.16.036.001			
		A16.16.066			
		A16.16.067			

Таблица 5 (окончание). Клинико-статистические группы для оплаты медицинской помощи с применением хирургических методов лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, по профилю медицинской помощи «абдоминальная хирургия»

Table 5 (end). Diagnosis-related groups for payment for medical care provided by surgical methods of treatment performed by laparoscopic access, according to the profile of medical care "abdominal surgery"

Модель 2023 г. / Model for 2023		Код медицинской услуги / Medical service code	Модель 2024 г. / Model for 2024		
КЗ / CIC	КСГ / DRG		КЗ / CIC	КСГ / DRG	Наименование КСГ / DRG description
2,46	st32.010	A16.16.017.002	2,69	st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5) / Other abdominal surgery (level 5)
		A16.16.026.005			
		A16.16.027.001			
		A16.16.033.001			
		A16.16.034.003			
		A16.16.040.001			
		A16.16.046			
		A16.16.046.001			
		A16.16.046.002			
		A16.16.046.003			
		A16.16.049			
1,78	st32.015	A16.30.005.003	2,69	st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5) / Other abdominal surgery (level 5)
1,13	st32.016	A16.30.042.001			
1,19	st32.017	A16.30.071.001			
		A16.30.025.004			
		A03.30.005			
2,13	st32.018	A16.30.010.001			
		A16.30.011.001			
		A16.30.025.005			
		A16.30.039			

Примечание. КЗ – коэффициент затратно-медицинской; КСГ – клинико-статистическая группа.

Note. CIC – cost-intensity coefficient; DRG – diagnosis-related group.

объективное возмещение затрат на данное направление и сохранение достигнутого уровня доступности технологии для населения.

Сформированные группы КСГ с соответствующими коэффициентами затратно-медицинской включены в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов¹³. В рамках региональной адаптации тарифы по данным группам могут быть скорректированы применением коэффициента специфики, коэффициента уровня МО, в которой был пролечен пациент, и коэффициента дифференциации (при наличии).

ОБСУЖДЕНИЕ / DISCUSSION

В статье представлена методология формирования КСГ для оплаты малоинвазивных хирургических вмешательств и рассчитаны коэффициенты затратно-медицинской для каждой из девяти новых КСГ.

Среди отечественных исследований аналогичная работа опубликована О.С. Зеленовой и др. [27], которые описали методику формирования тарифа для случая лечения пациента со злокачественным новообразованием, получающего химиотерапию и нуждающегося в нутритивной поддержке. Авторы подробно представили модель пациента и наполнение тарифа непосредственно для данной модели (обследование, стоимость лекарственных препаратов, консультаций и т.д.). Учитывая, что целью указанного исследования являлось построение алгоритма, а не расчет КСГ,

в расчетах не учитывались аналогичные методы терапии и частота их применения в рамках случая оказания МП [27]. В нашей работе акцент сделан на комплексном подходе, обязательном привлечении экспертов на каждом этапе, методике расчета стоимости медицинской услуги и случая оказания МП, которые можно считать универсальными.

В публикации Ю.А. Ледовских и др. описана методика формирования стандартизированных модулей МП [28]. Наше исследование во многом является ее продолжением: в ней тоже используются не только фактические данные о затратах МО, но и экспертные оценки, а также нормативные правовые документы, регулирующие экономическую составляющую медицинской деятельности.

В работе Д.В. Федяева и др. [29] также рассматривается методология формирования КСГ для оплаты лечения злокачественных новообразований в модели 2019 г. Подробно изложены подходы к принципам формирования КСГ для конкретного профиля МП. В нашем исследовании целью разработки методики была необходимость формирования КСГ для разных профилей МП, что требовало унификации подходов и стандартизации расчетов затрат для всех случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняемых лапароскопическим доступом, вне зависимости от профиля МП.

Следует отметить, что ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России ежегодно проводит работу по актуализации модели КСГ [30–33], что позволяет

¹³ Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2023 г. № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

своевременно и эффективно реагировать на вызовы в системе здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Методология формирования КСГ для оплаты случаев оказания МП с применением методов хирургического лечения, выполняе-

мых лапароскопическим доступом, и единая методика расчета затрат МО обеспечили не только комплексный подход к процессу формирования КСГ для случаев оказания хирургической МП, но и унификацию и стандартизацию расчетов для разных профилей МП. В последующем предложенный подход или его отдельные составляющие могут быть использованы с целью пересмотра или разработки новых КСГ для оплаты хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Shin T.H., Friedrich S., Brat G.A., et al. Effects of laparoscopic vs open abdominal surgery on costs and hospital readmission rate and its effect modification by surgeons' case volume. *Surg Endosc.* 2020; 34 (10): 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00464-019-07222-x>.
2. Луцевич О.Э., Розумный А.П., Михайлов В.Г. Тенденции развития лапароскопии. *Вести научных достижений. Медицина и фармация.* 2019; 1: 6–9.
3. Jaschinski T., Mosch C.G., Eikermann M., et al. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 11 (11): CD001546. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001546.pub4>.
4. Bijen C.B.M., Vermeulen K.M., Mourits M.J.E., de Bock G.H. Costs and effects of abdominal versus laparoscopic hysterectomy: systematic review of controlled trials. *PLoS One.* 2009; 4 (10): e7340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007340>.
5. Ceresoli M., Pisano M., Abu-Zidan F., et al. Minimally invasive surgery in emergency surgery: a WSES survey. *World J Emerg Surg.* 2022; 17 (1): 18. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00419-x>.
6. Ritz J., Stufler M., Buhr H. Minimally invasive surgery and the economics of it. Can minimally invasive surgery be cost efficient from a business point of view? *Chirurg.* 2007; 78 (6): 501–4 (in German). <https://doi.org/10.1007/s00104-007-1345-1>.
7. Gehrman J., Björholt I., Angenete E., et al. Health economic analysis of costs of laparoscopic and open surgery for rectal cancer within a randomized trial (COLOR II). *Surg Endosc.* 2017; 31 (3): 1225–34. <https://doi.org/10.1007/s00464-016-5096-2>.
8. Ravinsky R.A., Rampersaud Y.R. Economics of minimally invasive spine surgery. In: Phillips F.M., Lieberman I.H., Polly D.W. Jr., Wang M.Y. (Eds.) *Minimally invasive spine surgery: surgical techniques and disease management.* 2nd ed. Springer; 2019: 2165 pp. https://doi.org/10.1007/978-3-030-19007-1_3.
9. Schneider M.A., Gero D., Müller M., et al. Inequalities in access to minimally invasive general surgery: a comprehensive nationwide analysis across 20 years. *Surg Endosc.* 2021; 35 (11): 6227–43. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-08123-0>.
10. Кундухова Э.Р., Дзугаева З.И., Ремизов О.В. и др. Основные направления в решении проблем развития эндоскопии. *Современные проблемы науки и образования.* 2017; 2: 132.
11. Богодяж А.Е., Мыглан В.В. О развитии малоинвазивных технологий в России. Экспертный союз. URL: <http://unionexpert.ru/razviti-maloinvazivnyh-tehnologij-v-rossii/> (дата обращения 20.02.2024).
12. Прудков М.И. Операции из малых разрезов с применением эндохирургических инструментов «Мини-Ассистент» и техники оперирования. URL: <https://etalon66.ru/blog/operatsii-iz-malykh-rarezov-s-primeneniem-endokhirurgicheskikh-instrumentov-mini-assistent-i-tekhni/> (дата обращения 20.02.2024).
13. Протасов А.В., Смирнова Э.Д., Каитова З.С., Титаров Д.Л. Практикум по лапароскопической хирургии. Часть 2. Основы оперативной хирургии. М.: Российский университет дружбы народов; 2017: 100 с.
14. Байтингер В.Ф. Эндоскопическая хирургия. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.* 2010; 11 (2): 43–6.
15. Гурцкой Р.А., Хитарьян А.Г., Авилов А.В. Эндоскопическое оборудование и технологии в биотехнических системах. Ростов-на-Дону: Донской государственный технический университет; 2015: 156 с.
16. Прудков И.Д., Ходаков В.В., Прудков М.И. Очерки лапароскопической хирургии. Свердловск: Издательство Уральского университета; 1989: 142 с.
17. Паппас Т.Н., Приор А.Д., Харниш М.С. (ред.) Лапароскопическая хирургия: атлас. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012: 388 с.
18. Крутова В.А., Мелконьянц Т.Г., Кравцова Н.А. и др. Лапароскопические операции в гинекологической практике. Краснодар: Кубанский государственный медицинский университет; 2016: 66 с.
19. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии. М.: Медицина; 2000: 384 с.
20. Пучков К.В., Политова А.К. Лапароскопические операции в гинекологии. М.: Медпрактика-М; 2005: 211 с.
21. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. (ред.) Клиническая оперативная колопроктология. М.: Государственный научный центр проктологии; 1994: 432 с.
22. Чернышов С.В., Кашников В.Н., Рыбаков Е.Г., Ульянов А.А. Аппаратный и ручной шов при закрытии превентивных илеостом. *Колопроктология.* 2008; 2: 40–3.
23. Дыдыкин С.С., Блинова Е.В., Щербук А.Н. Современные хирургические инструменты. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016: 143 с.
24. Антонов А.В., Аль-Шукри С.Х. Эндовидеохирургические операции на почках и верхних отделах мочеточников. М.: УроМедиа; 2013: 208 с.
25. Полушин Ю.С., Шлык И.В., Храпов К.Н. и др. Методические рекомендации «Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств, перевязок и сложных диагностических и лечебных манипуляций». URL: <https://aertonica.ru/docs/anestezilogicheskoe-obespechenie/> (дата обращения 07.02.2024).
26. Овечкин А.М., Сокологорский С.В., Политов М.Е. Анестезия и аналгезия при лапароскопических операциях – есть ли особенности? *Анестезиология и реаниматология.* 2019; 3: 34–42. <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology201903134>.
27. Зеленова О.С., Гамеева Е.В., Абрамов С.И. Методология формирования комплексной клинико-статистической группы по нутритивной поддержке пациентов со злокачественными новообразованиями, находящихся на химиотерапевтическом лечении в круглосуточной стационаре. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.* 2020; 2: 296–323.
28. Ледовских Ю.А., Семакова Е.В., Омеляновский В.В. Методика формирования клинико-статистических групп заболеваний на основе клинических рекомендаций с использованием стандартизированных модулей медицинской помощи. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2019; 3: 8–15. <https://doi.org/10.31556/2219-0678.2019.37.3.008-015>.
29. Федяев Д.В., Омеляновский В.В., Лазарева М.Л. и др. Формирование клинико-статистических групп для оплаты лечения злокачественных новообразований в модели 2019 года. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.* 2019; 12 (3): 169–77. <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2019.12.3.169-177>.
30. Плахотник О.С., Трифонова Г.В., Железнякова И.А. и др. Основ-

ные изменения модели оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим группам в Российской Федерации в 2023 году. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2023; 2: 8–22. <https://doi.org/10.17116/medtech2023450218>.

31. Омельяновский В.В., Авксентьева М.В., Железнякова И.А. и др. Основные изменения в модели клинико-статистических групп в 2022 году. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2022; 2: 8–21. <https://doi.org/10.17116/medtech2022440218>.

REFERENCES:

- Shin T.H., Friedrich S., Brat G.A., et al. Effects of laparoscopic vs open abdominal surgery on costs and hospital readmission rate and its effect modification by surgeons' case volume. *Surg Endosc*. 2020; 34 (10): 1–12. <https://doi.org/10.1007/s00464-019-07222-x>.
- Lutsevich O.E., Rozumny A.P., Mikhailov V.G. Laparoscopy development trends. *News of Scientific Achievements. Medicine and Pharmacy*. 2019; 1: 6–9 (in Russ.).
- Jaschinski T., Mosch C.G., Eikermann M., et al. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 11 (11): CD001546. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001546.pub4>.
- Bijen C.B.M., Vermeulen K.M., Mourits M.J.E., de Bock G.H. Costs and effects of abdominal versus laparoscopic hysterectomy: systematic review of controlled trials. *PLoS One*. 2009; 4 (10): e7340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007340>.
- Ceresoli M., Pisano M., Abu-Zidan F., et al. Minimally invasive surgery in emergency surgery: a WSES survey. *World J Emerg Surg*. 2022; 17 (1): 18. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00419-x>.
- Ritz J., Stufler M., Buhr H. Minimally invasive surgery and the economics of it. Can minimally invasive surgery be cost efficient from a business point of view? *Chirurg*. 2007; 78 (6): 501–4 (in German). <https://doi.org/10.1007/s00104-007-1345-1>.
- Gehrman J., Björholt I., Angenete E., et al. Health economic analysis of costs of laparoscopic and open surgery for rectal cancer within a randomized trial (COLOR II). *Surg Endosc*. 2017; 31 (3): 1225–34. <https://doi.org/10.1007/s00464-016-5096-2>.
- Ravinsky R.A., Rampersaud Y.R. Economics of minimally invasive spine surgery. In: Phillips F.M., Lieberman I.H., Polly D.W. Jr., Wang M.Y. (Eds.) *Minimally invasive spine surgery: surgical techniques and disease management*. 2nd ed. Springer; 2019: 2165 pp. https://doi.org/10.1007/978-3-030-19007-1_3.
- Schneider M.A., Gero D., Müller M., et al. Inequalities in access to minimally invasive general surgery: a comprehensive nationwide analysis across 20 years. *Surg Endosc*. 2021; 35 (11): 6227–43. <https://doi.org/10.1007/s00464-020-08123-0>.
- Kundukhova E.R., Dzugaeva Z.I., Remizov O.V., et al. The main directions in solving the problems of development of endoscopy. *Modern Problems of Science and Education. Surgery*. 2017; 2: 132 (in Russ.).
- Bogodyazh A.E., Myglan V.V. On the development of minimally invasive technologies in Russia. Expert Union. Available at: <http://unionexpert.ru/o-razvitii-maloinvazivnyh-tehnologij-v-rossii/> (in Russ.) (accessed 20.02.2024).
- Prudkov M.I. Operations from small incisions using endosurgical instruments "Mini-Assistent" and surgical techniques. Available at: <https://etalon66.ru/blog/operatsii-iz-malykh-razrezov-s-primeneniem-endokhirurgicheskikh-instrumentov-mini-assistent-i-tekhni/> (in Russ.) (accessed 20.02.2024).
- Protasov A.V., Smirnova E.D., Kaitova Z.S., Titarov D.L. Workshop on laparoscopic surgery. Part 2. Fundamentals of operative surgery. Moscow: Peoples' Friendship University of Russia; 2017: 100 pp. (in Russ.).
- Baitinger V.F. Endoscopic surgery. *Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2010; 11 (2): 43–6 (in Russ.).

32. Омельяновский В.В., Авксентьева М.В., Железнякова И.А. и др. Основные изменения в модели клинико-статистических групп в 2021 году. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021; 2: 9–21. <https://doi.org/10.17116/medtech2021430219>.

33. Лазарева М.Л., Железнякова И.А., Авксентьева М.В. и др. Основные изменения в российской модели клинико-статистических групп в 2020 году. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2020; 1: 19–29. <https://doi.org/10.31556/2219-0678.2020.39.1.019-029>.

- Gurtskoy R.A., Khitryan A.G., Avilov A.V. Endoscopic equipment and technologies in biotechnical systems. Rostov-on-Don: Don State Technical University; 2015: 156 pp. (in Russ.).
- Prudkov I.D., Khodakov V.V., Prudkov M.I. Essays on laparoscopic surgery. Sverdlovsk: Ural University Press; 1989: 142 pp. (in Russ.).
- Pappas T.N., Schwartz L.B., Eubanks S. Atlas of laparoscopic surgery. 1st ed. Current Medicine; 1996: 312 pp.
- Krutova V.A., Melkonyants T.G., Kravtsova N.A., et al. Laparoscopic surgery in gynecological practice. Krasnodar: Kuban State Medical University; 2016: 66 pp. (in Russ.).
- Kulakov V.I., Adamyan L.V. Endoscopy in gynecology. Moscow: Meditsina; 2000: 384 pp. (in Russ.).
- Puchkov K.V., Politova A.K. Laparoscopic operations in gynecology. Moscow: Medpraktika-M; 2005: 211 pp. (in Russ.).
- Fedorov V.D., Vorobyev G.I., Rivkin V.L. (Eds.) Clinical operative coloproctology. Moscow: State Scientific Center of Proctology; 1994: 432 pp. (in Russ.).
- Chernyshov S.V., Kashnikov V.N., Rybakov E.G., Ulyanov A.A. Hardware and manual suture when closing preventive ileostomes. *Koloproktologia*. 2008; 2: 40–3 (in Russ.).
- Dydykin S.S., Blinova E.V., Shcherbyuk A.N. Modern surgical instruments. Moscow: GEOTAR-Media; 2016: 143 pp. (in Russ.).
- Antonov A.V., Al-Shukri S.Kh. Endovideosurgical operations on the kidneys and upper ureters. Moscow: UroMedia; 2013: 208 pp. (in Russ.).
- Polushin Y.S., Shlyk I.V., Khrapov K.N., et al. Methodological recommendations "Anesthesiological support of surgical interventions, dressings and complex diagnostic and therapeutic manipulations". Available at: https://association-ar.ru/wp-content/uploads/2019/12/Методические-рекомендации-по-анестезии_итоговый-вариант.pdf (in Russ.) (accessed 07.02.2024).
- Ovechkin A.M., Sokologorskiy S.V., Politov M.E. Anesthesia and analgesia in laparoscopic surgery: are there any features? *Russian Journal of Anesthesiology and Reanimatology*. 2019; 3: 34–42 (in Russ.). <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology201903134>.
- Zelenova O.V., Gameeva E.V., Abramov S.I. Methodology for forming a comprehensive clinical and statistical group for nutritional support of patients with malignant neoplasms who are undergoing chemotherapy treatment in a round-the-clock hospital. *Current Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2020; 2: 296–323 (in Russ.).
- Ledovskikh Y.A., Semakova E.V., Omelyanovskiy V.V. Methodology for the development of diagnosis related groups based on clinical guidelines using standardized modules of healthcare. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2019; 3: 8–15 (in Russ.). <https://doi.org/10.31556/2219-0678.2019.37.3.008-015>.
- Fedyayev D.V., Omelyanovskiy V.V., Lazareva M.L., et al. Diagnosis-related groups and payments for the treatment of malignant neoplasms in the model of 2019. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoeconomics*. 2019; 12 (3): 169–77 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909.2019.12.3.169-177>.
- Plakhotnik O.S., Trifonova G.V., Zheleznyakova I.A., et al. Main changes in payment model for diagnosis-related groups in the Russian

Federation in 2023. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2023; 2: 8–22 (in Russ.). <https://doi.org/10.17116/medtech2023450218>.
 31. Omelyanovskiy V.V., Avxentyeva M.V., Zheleznyakova I.A., et al. Main changes in the model of diagnosis-related groups in 2022. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2022; 2: 8–21 (in Russ.). <https://doi.org/10.17116/medtech2022440218>.
 32. Omelyanovskiy V.V., Avxentyeva M.V., Zheleznyakova I.A., et al.

Main changes in the model of diagnosis-related groups in 2021. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2021; 2: 9–21 (in Russ.). <https://doi.org/10.17116/medtech2021430219>.
 33. Lazareva M.L., Zheleznyakova I.A., Avxentyeva M.V., et al. Main changes in the model of diagnosis-related groups in Russia in 2020. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2020; 1: 19–29 (in Russ.). <https://doi.org/10.31556/2219-0678.2020.39.1.019-029>.

Сведения об авторах

Железнякова Инна Александровна – заместитель генерального директора ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2943-6564>; РИНЦ SPIN-код: 2413-9265

Волкова Оксана Александровна – к.м.н., главный специалист отдела способов оплаты медицинской помощи ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1620-9349>; Scopus Author ID: 57391349700; РИНЦ SPIN-код: 9679-5654. E-mail: VolkovaOA@rosmedex.ru.

Румянцева Елизавета Ильинична – к.м.н., специалист отдела способов оплаты медицинской помощи ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4935-4139>; РИНЦ SPIN-код: 3826-1535.

Михайлов Илья Александрович – к.м.н., и.о. заместителя начальника отдела организационно-методического обеспечения поддержки деятельности национальных медицинских исследовательских центров ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8020-369X>; WoS ResearcherID: I-9035-2017; Scopus Author ID: 57203900904; РИНЦ SPIN-код: 5798-0749.

Федяев Денис Валерьевич – начальник управления экономики и финансирования здравоохранения ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, научный сотрудник Центра финансов здравоохранения ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Минфина России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8977-5934>; WoS ResearcherID: W-3848-2019; Scopus Author ID: 57206481925; РИНЦ SPIN-код: 6864-5660.

Зуев Александр Владимирович – заместитель начальника управления экономики и финансирования здравоохранения ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1608-7089>.

Плахотник Оксана Сергеевна – заместитель начальника отдела способов оплаты медицинской помощи ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9549-4610>.

Трифонов Галина Валерьевна – главный специалист отдела способов оплаты медицинской помощи ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4459-3787>.

Вахрушева Татьяна Сергеевна – специалист отдела способов оплаты медицинской помощи ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-2275-6137>.

Самсонова Елена Сергеевна – заместитель начальника отдела организационно-методического обеспечения поддержки деятельности национальных медицинских исследовательских центров ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6085-1320>; WoS ResearcherID: X-3920-2019; РИНЦ SPIN-код: 8372-5195.

Омельяновский Виталий Владимирович – д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, заведующий кафедрой экономики, управления и оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, руководитель Центра финансов здравоохранения ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Минфина России, главный научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко» (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>; WoS ResearcherID: P-6911-2018; Scopus Author ID: 6507287753; РИНЦ SPIN-код: 1776-4270.

About the authors

Inna A. Zheleznyakova – Deputy Director General, Center for Healthcare Quality Assessment and Control; Assistant Professor, Chair of Healthcare Organization and Public Health with a Course in Health Technology Assessment, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2943-6564>; RSCI SPIN-code: 2413-9265

Oksana A. Volkova – MD, PhD, Chief Expert, Department of Payment Methods for Medical Care, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1620-9349>; Scopus Author ID: 57391349700; RSCI SPIN-code: 9679-5654. E-mail: VolkovaOA@rosmedex.ru.

Elizaveta I. Rumiantseva – MD, PhD, Expert, Department of Payment Methods for Medical Care, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4935-4139>; RSCI SPIN-code: 3826-1535.

Ilya A. Mikhailov – MD, PhD, Acting Deputy Head of Department of Organizational and Methodological Support for the Activities of National Medical Research Centers, Center for Healthcare Quality Assessment and Control; Associate Professor, Chair of Healthcare Organization and Public Health with a Course in Health Technology Assessment, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8020-369X>; WoS ResearcherID: I-9035-2017; Scopus Author ID: 57203900904; RSCI SPIN-code: 5798-0749.

Denis V. Fedyaev – Head of Department of Economics and Healthcare Financing, Center for Healthcare Quality Assessment and Control; Assistant Professor, Chair of Healthcare Organization and Public Health with a Course in Health Technology Assessment, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; Researcher, Health Finance Center, Financial Research Institute (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8977-5934>; WoS ResearcherID: W-3848-2019; Scopus Author ID: 57206481925; RSCI SPIN-code: 6864-5660.

Alexander V. Zuev – Deputy Head of Department of Economics and Healthcare Financing, Center for Healthcare Quality Assessment and Control; Assistant Professor, Chair of Healthcare Organization and Public Health with a Course in Health Technology Assessment, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1608-7089>.

Oksana S. Plakhotnik – Deputy Head of Department of Payment Methods for Medical Care, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9549-4610>.

Galina V. Trifonova – Chief Expert, Department of Payment Methods for Medical Care, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4459-3787>.

Tatiana S. Vakhrusheva – Expert, Department of Payment Methods for Medical Care, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-2275-6137>.

Elena S. Samsonova – Deputy Head of Department of Organizational and Methodological Support for the Activities of National Medical Research Centers, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6085-1320>; WoS ResearcherID: X-3920-2019; RSCI SPIN-code: 8372-5195.

Vitaliy V. Omelyanovskiy – Dr. Med. Sc., Professor, Director General, Center for Healthcare Quality Assessment and Control; Chief of Chair of Healthcare Organization and Public Health with a Course in Health Technology Assessment, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education; Head of Health Finance Center, Financial Research Institute; Chief Researcher, Department of Economic Research in Healthcare, Semashko National Research Institute of Public Health (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>; WoS ResearcherID: P-6911-2018; Scopus Author ID: 6507287753; RSCI SPIN-code: 1776-4270.