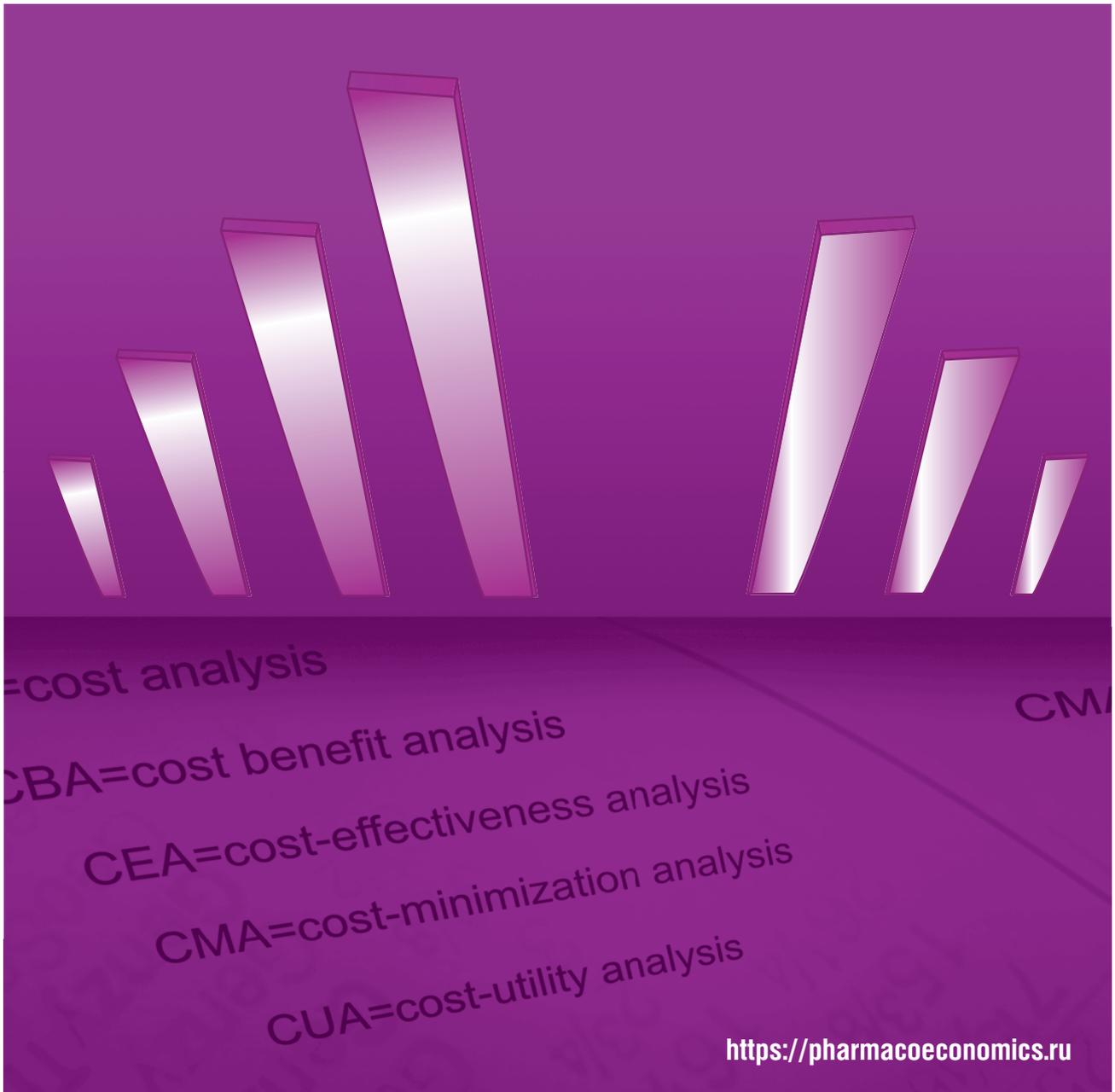


Фармакоэкономика

Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <https://www.pharmacoeconomics.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию об авторских правах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

FARMAKO EKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

2023 Vol. 16 No. 2

№2

Том 16

2023



<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2023.165>

ISSN 2070-4909 (print)
ISSN 2070-4933 (online)

Совершенствование модели оплаты медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите С в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024–2025 годов

Омельяновский В.В.^{1,2,3,4}, Железнякова И.А.^{1,2}, Зуев А.В.^{1,2}, Плахотник О.С.¹, Волкова О.А.¹, Давыдова Л.М.¹, Трифонова Г.В.¹, Семакова Е.В.¹, Прохорович Е.А.¹, Волкова А.С.¹

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» (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 научное 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. В 2021 г. опубликованы новые клинические рекомендации по лечению хронического вирусного гепатита С (ХВГС) у взрослых, в которых отсутствуют интерфероновые схемы лекарственной терапии. Актуальная терапия ХВГС базируется на современных противовирусных препаратах прямого действия (ПППД). В этой связи модель клинико-статистических групп (КСГ) с применением в качестве этиотропной терапии интерферонсодержащих препаратов, действующая до настоящего времени, утратила актуальность и не может использоваться для оплаты случаев оказания медицинской помощи при ХВГС в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024–2025 годов (ПГГ).

Цель: совершенствование модели КСГ заболеваний для оплаты медицинской помощи при ХВГС в условиях дневного стационара на основе действующих клинических рекомендаций.

Материал и методы. Изучены нормативные правовые документы по теме исследования, предложения и экспертные мнения специалистов, а также отзывы общественных организаций, включая пациентские, в части оплаты медицинской помощи при ХВГС, направленные в рамках общественного обсуждения проекта ПГГ. Для проведения расчетов использовались: актуальная версия клинических рекомендаций «Хронический вирусный гепатит С», обезличенные персонифицированные сведения базы реестров счетов на оплату за оказание медицинской помощи за 2020–2021 гг., государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Результаты. Разработана модель КСГ заболеваний для оплаты медицинской помощи при проведении лекарственной терапии ХВГС, в т.ч. для пациентов детского возраста. При расчете модели актуализирована стоимость препаратов, пациенто-дня и принципы учета длительности госпитализации.

Заключение. Разработанная модель КСГ для оплаты медицинской помощи при ХВГС в условиях дневного стационара с применением схем лекарственной терапии ПППД, предлагаемых клиническими рекомендациями, в т.ч. для детей с ХВГС, способствует повышению эффективности системы оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках реализации ПГГ, и доступности медицинской помощи для данного контингента больных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Хронический вирусный гепатит С, ХВГС, схемы лекарственной терапии, противовирусные препараты прямого действия, ПППД, клинико-статистическая группа заболеваний, КСГ, оплата медицинской помощи.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ

Поступила: 26.01.2023. В доработанном виде: 18.05.2023. Принята к печати: 02.06.2023. Опубликовано: 30.06.2023.

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

Омельяновский В.В., Железнякова И.А., Зуев А.В., Плахотник О.С., Волкова О.А., Давыдова Л.М., Трифонова Г.В., Семакова Е.В., Прохорович Е.А., Волкова А.С. Совершенствование модели оплаты медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите С в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024–2025 годов. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2023; 16 (2): 196–208. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2023.165>.

Improving the model of payment for medical care for chronic viral hepatitis C in the framework of the implementation of the Program of State Guarantees of Free Provision of Medical Care to Citizens for 2023 and for the planned period of 2024–2025

Omelyanovskiy V.V.^{1,2,3,4}, Zheleznyakova I.A.^{1,2}, Zuev A.V.^{1,2}, Plakhotnik O.S.¹, Volkova O.A.¹, Davydova L.M.¹, Trifonova G.V.¹, Semakova E.V.¹, Prokhorovich E.A.¹, Volkova A.S.¹

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 Barrikadnaya Str., Moscow 123242, Russia)

³ Financial Research Institute (3/2 Nastasyinskiy Aly, 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. In 2021, new clinical guidelines for the treatment of chronic hepatitis C virus (HCV) in adults were published that did not contain interferon drug therapy regimens. Current therapy of chronic HCV is based on modern drugs of direct-acting antivirals (DAA). In this regard, the model of diagnosis-related groups (DRG) with the use of interferon-containing drugs as etiotropic therapy, which has been in effect until now, has lost its relevance and cannot be used to pay for cases of medical care for chronic HCV within the framework of the Program of State Guarantees of Free Medical Care to Citizens for 2023 and for the planning period of 2024–2025 (PSG).

Objective: to improve the DRG model to pay for medical care for chronic HCV in a day hospital based on current clinical recommendations.

Material and methods. Regulatory legal documents on the subject of the study, proposals and expert opinions of specialists, as well as feedback from public organizations, including patients, regarding the payment of medical care for chronic HCV, sent as part of a public discussion of the draft PSG, were studied. For the calculations were used: the current version of the clinical recommendations "Chronic viral hepatitis C"; impersonal personalized information of the database of registers of bills for payment for medical care for 2020–2021; the state register of manufacturers' maximum selling prices for medicines included in the list of vital and essential drugs.

Results. A DRG model was developed to pay for medical care during drug therapy of chronic HCV, including for children. When calculating the model, the cost of medicines, patient days and the principles of accounting for the duration of hospitalization were updated.

Conclusion. The developed DRG model to pay for medical care for chronic HCV in a day hospital with the use of drug therapy regimens with DAA recommended by clinical guidelines, including for children with HCV, contributes to improving the effectiveness of the system of payment for medical care provided as part of the implementation of the PSG and accessibility of medical care for this contingent of patients.

KEYWORDS

Chronic hepatitis C virus, HVC, drug therapy regimens, direct-acting antivirals, DAA, diagnosis-related groups, DRG, payment for medical care.

ARTICLE INFORMATION

Received: 26.01.2023. Revision received: 18.05.2023. Accepted: 02.06.2023. Published: 30.06.2023.

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

Omelyanovskiy V.V., Zheleznyakova I.A., Zuev A.V., Plakhotnik O.S., Volkova O.A., Davydova L.M., Trifonova G.V., Semakova E.V., Prokhorovich E.A., Volkova A.S. Improving the model of payment for medical care for chronic viral hepatitis C in the framework of the implementation of the Program of State Guarantees of Free Provision of Medical Care to Citizens for 2023 and for the planned period of 2024–2025. *FARMAKOЭКОНОМИКА. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOЭКОНОМИКА. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2023; 16 (2): 196–208 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2023.165>.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ На сегодняшний день лишь в немногих странах имеются государственные программы здравоохранения, предусматривающие комплексное оказание медицинских услуг при заболевании различными формами вирусных гепатитов
- ▶ Развитие системы оказания медицинской помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) в Российской Федерации (РФ) направлено на применение лучших мировых практик и использование современных лекарственных препаратов
- ▶ Совершенствование механизмов оплаты медицинской помощи при ХВГС обозначено Правительством РФ как одно из наиболее актуальных направлений

Что нового дает статья?

- ▶ Представлены этапы разработки модели клинико-статистических групп (КСГ) для оплаты медицинской помощи при ХВГС в условиях дневного стационара на основе предлагаемых клиническими рекомендациями современных подходов к лекарственной терапии ХВГС, обозначивших переход от интерфероновых схем к современным безинтерфероновым схемам
- ▶ С точки зрения финансовой устойчивости медицинских организаций эффективным решением при разработке модели КСГ для оплаты медицинской помощи при ХВГС стал выбор подхода, предусматривающего несколько случаев оплаты в рамках одного случая госпитализации

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Совершенствование системы оплаты в части выделения отдельных схем и их дифференциация по стоимости формирует ценовые стимулы для повышения доступности современных методов лечения ХВГС

Highlights

What is already known about the subject?

- ▶ To date, few countries have public health programs that provide comprehensive medical services for various forms of viral hepatitis
- ▶ The development of the system of medical care for patients with chronic hepatitis C virus (HCV) in the Russian Federation (RF) is aimed at applying the world's best practices and using modern medications
- ▶ Improvement of mechanisms of payment for medical care for chronic HCV is designated by the Government of the RF as one of the most urgent directions

What are the new findings?

- ▶ We present the stages of development of diagnosis-related groups (DRG) model for payment for medical care in chronic HCV in the conditions of a day-time inpatient facilities on the basis of modern approaches to chronic HCV drug therapy proposed by clinical guidelines, marking the transition from interferon-based to modern interferon-free regimens
- ▶ From the point of view of financial sustainability of medical organizations, an effective solution in developing a DRG model for payment for medical care in chronic HCV was the choice of an approach that provides multiple cases of payment within a single case of hospitalization

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

- ▶ Improvement of the payment system in terms of allocation of individual schemes and their differentiation in cost forms price incentives to increase the availability of modern methods of treatment of chronic HCV

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

В настоящее время вирусные гепатиты являются распространенной вирусной инфекцией во всем мире и одной из серьезных угроз здоровью населения. По оценкам миссии, изучающей мировую заболеваемость вирусными гепатитами, около 2 млрд человек инфицированы и более 350 млн, или около 4% всего населения, живут с хронической инфекцией, вызванной различными формами вирусных гепатитов [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на начало 2016 г., на долю заболеваний вирусными гепатитами приходится примерно 1,4 млн случаев смерти в год в результате острой инфекции, а также цирроза и рака печени, связанных с заболеванием. От общего числа случаев смерти около 48% приходится на вирусный гепатит С. Это стало основанием для включения вирусных гепатитов в основные приоритеты общественного здравоохранения, и в 2016 г. ВОЗ приняла первую Глобальную стратегию здравоохранения по элиминации к 2030 году всех вирусных гепатитов, и прежде всего вирусных гепатитов В и С [2, 3].

За более чем 30 лет, прошедших с момента открытия вируса гепатита С, представления о его патогенезе и исходах заболевания значительно расширились, понимание процессов жизненного цикла вируса и разработка новых противовирусных препаратов дали надежду на улучшение ситуации [2, 4]. Комбинация пегилированного интерферона и рибавирина, ставшая «золотым стандартом» терапии вирусного гепатита С в начале 2000-х гг., продемонстрировала значительный успех в лечении заболевания. Однако индивидуальная чувствительность к препаратам интерферона и серьезные побочные эффекты вынуждали многих пациентов прерывать лечение [5, 6].

Появление в середине 2010-х гг. противовирусных препаратов прямого действия (ПППД) для лекарственной терапии вирусного гепатита С, обладающих меньшим количеством побочных эффектов,

приблизило достижение элиминации инфекции, продвигаемой ВОЗ [2, 6]. Исследования, проведенные в разных странах мира, свидетельствовали о том, что своевременная терапия ПППД способствует достижению устойчивого вирусологического ответа у пациентов с хроническими формами вирусного гепатита С и существенно снижает риск развития тяжелых осложнений. Таким образом, появление ПППД стало революционным переворотом в противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С (ХВГС) [7].

В Российской Федерации (РФ) первая комбинация ПППД для терапии ХВГС была зарегистрирована в апреле 2015 г., а в 2016 и 2020 гг. были зарегистрированы первые российские препараты – нарлапревир и даклатасвир. За последние несколько лет перечень ПППД, разрешенных к медицинскому применению в РФ, значительно расширился, в т.ч. за счет ПППД второго и последующих поколений [8].

В 2021 г. опубликованы новые клинические рекомендации (КР) по лечению ХВГС у взрослых [9]. Обновленная версия КР не содержит интерфероновых схем лекарственной терапии. Рекомендуемая терапия ХВГС базируется на современных подходах к лечению заболевания различными комбинациями ПППД. Изменения, обозначившие смену парадигмы в подходах к лечению ХВГС, потребовали обновления существующих подходов к оплате медицинской помощи (МП) при данном заболевании и обусловили актуальность исследования.

Цель – совершенствование модели клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) для оплаты МП при ХВГС в условиях дневного стационара на основе действующих КР.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ / MATERIAL AND METHODS

Источники данных / Data sources

Изучены наиболее релевантные публикации, входящие в наукометрические базы данных eLibrary, PubMed/MEDLINE, ScienceDirect,

Scopus, банк документов ВОЗ. Ограничений по дате публикации не предпринималось. Стратегия поиска включала следующие ключевые слова и фразы: «гепатит», «хронический вирусный гепатит С», «ХВГС», «противовирусные препараты прямого действия», «лекарственная терапия ХВГС», «хронические вирусные гепатиты у детей» и др.

Одновременно изучены нормативные правовые акты и методические документы по теме исследования в справочных правовых системах «Консультант Плюс» и «Гарант». Рассмотрены предложения и экспертные мнения специалистов, а также отзывы общественных организаций, в т.ч. пациентских, в части оплаты МП при ХВГС, направленные в рамках общественного обсуждения проекта Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024–2025 годов (ПГГ).

Этапы исследования / Study stages

На сегодняшний день в РФ для лечения ХВГС применяется около 10 различных ПППД, а также ряд комбинированных ПППД с фиксированной дозировкой. При этом не все ПППД, разрешенные к медицинскому применению в РФ, включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), в т.ч. и препараты, входящие в отдельные схемы лекарственной терапии ХВГС, рекомендованные КР. В этой связи исследование было разделено на пять этапов:

- 1) анализ схем лекарственной терапии ХВГС на предмет включения входящих в них лекарственных препаратов в перечень ЖНВЛП;
- 2) выбор оптимального подхода к оплате МП при ХВГС;
- 3) кластерный анализ и формирование КСГ для оплаты МП при ХВГС;
- 4) разработка модели оплаты МП при лечении ХВГС у детей от 3 до 12 лет;
- 5) интеграция модели оплаты МП детям с ХВГС в возрасте от 3 до 12 лет в модель оплаты МП взрослым с ХВГС.

Анализ данных / Data analysis

Расчеты, необходимые в процессе исследования, проводились на основании утвержденных в установленном порядке и размещенных в рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России¹ «Хронический вирусный гепатит С» [9] обезличенных персонализированных сведений базы реестров счетов на оплату за оказание МП за 2020–2021 гг., государственного реестра предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП.

Исследование проводилось с использованием комплекса современных общенаучных методов: ретроспективного, структурно-функционального, математической статистики и пр. Обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Excel 2016 (Microsoft, США) и программного пакета статистического анализа Statistica 2.0 (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ / RESULTS

Этап 1: анализ схем терапии на предмет включения препаратов в перечень ЖНВЛП / Stage 1: analysis of therapy regimens for the inclusion of drugs in the list of vital and essential drugs

На первом этапе исследования 44 схемы лекарственной терапии ХВГС для взрослых, рекомендованные КР, проанализированы на предмет включения входящих в них лекарственных препаратов в перечень ЖНВЛП. По результатам анализа исключены 8 схем

лекарственной терапии ХВГС с препаратами, не включенными в перечень ЖНВЛП.

Расчет стоимости оставшихся 36 рекомендованных схем лекарственной терапии с препаратами из перечня ЖНВЛП осуществлялся исходя из курсовой длительности терапии, режима дозирования в единицах измерения действующего вещества и зарегистрированных предельных отпускных цен производителей на препараты, включенные в ЖНВЛП, с учетом оборота и налога на добавленную стоимость.

Этап 2: выбор оптимального подхода к оплате медицинской помощи / Stage 2: choosing the optimal approach to paying for medical care

На втором этапе исследования, учитывая длительность лекарственной терапии ХВГС, составляющую от 56 до 168 дней (8–24 нед), и необходимость совершенствования оплаты МП при данном заболевании, рассмотрены возможные подходы к оплате МП при ХВГС, реализация которых осуществима в краткосрочном периоде:

- оплата полного курса лекарственной терапии ХВГС (стоимость госпитализации исходя из рекомендованной курсовой длительности терапии);
- оплата МП с установленной (фиксированной) длительностью госпитализации, предполагающей поэтапную оплату 1 случая оказания МП при ХВГС.

Так, способ оплаты стоимости госпитализации исходя из рекомендованной курсовой длительности лекарственной терапии ХВГС обеспечивает прозрачность и простоту расчетов, минимизирует возможности медицинской организации придерживаться выбора схем терапии исходя из принципа маржинальности, повышает возможности учета и конкретизирует структуру заболеваемости ХВГС в регионе, усиливает управленческую роль Комиссии по разработке территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ) как структуры, максимально заинтересованной в повышении эффективности использования средств обязательного медицинского страхования (ОМС).

Однако при всех преимуществах данного способа оплаты он имеет свои недостатки: отсутствие практики его реализации, закрепленной на федеральном уровне, невысокая приверженность субъектов РФ к его использованию, длительный период ожидания оплаты МП, способствующий дефициту текущего финансирования медицинских организаций со значительным увеличением транзакционных издержек, что особенно актуально для монопрофильных и маломощных медицинских организаций.

Преимуществами способа оплаты МП с фиксированной длительностью госпитализации, предполагающей несколько повторных случаев оплаты в зависимости от длительности курса лекарственной терапии ХВГС, определяемой клиническими рекомендациями и инструкцией к препарату, являются: универсальность расчета стоимости госпитализации с применением рекомендованных схем лекарственной терапии ХВГС, возможность корректировки терапии в процессе лечения исходя из индивидуального ответа, повышение финансовой устойчивости медицинских организаций в условиях ограниченных ресурсов.

Также недостатком способа оплаты является необходимость качественной подготовки обоснованной информации об объемах оказания МП при ХВГС с учетом количества и длительности госпитализаций при проведении полного курса лекарственной терапии с применением рекомендованных схем в целях объективного распределения плановых объемов МП исходя из вышеуказанной

¹ <https://cr.minzdrav.gov.ru/>.

информации. Что касается фактора выбора медицинскими организациями наиболее маргинальных схем терапии, он может быть минимизирован Комиссией по разработке ТППГ в случае распределения объемов предоставления МП в разрезе рекомендованных схем лекарственной терапии ХВГС.

Вместе с тем выбор любого из возможных подходов должен сопровождаться адекватной аналитической информацией о преобладающих генотипах ХВГС в субъекте РФ, частоте и степени поражения печени в данной популяции больных, распространенности коморбидных состояний и приоритетных схемах лекарственной терапии ПППД, позволяющих обеспечить эффективное лечение с учетом территориальных особенностей заболеваемости. Оптимизация преемственности на всех этапах предоставления МП данному контингенту пациентов (первичном (амбулаторном), включающем диагностику и наблюдение, и стационарном, на котором происходит лечение заболевания) может стать решающим фактором для повышения объективности распределения плановых объемов МП и эффективного использования ресурсов здравоохранения.

Принимая во внимание все возможные преимущества и недостатки рассмотренных способов оплаты МП при ХВГС, а также осуществимость их реализации на текущий момент времени, наиболее оптимальным вариантом представляется подход с фиксированной длительностью госпитализации и несколькими повторными оплатами в рамках 1 случая оказания МП при ХВГС. Для оплаты случаев оказания МП при ХВГС в условиях дневного стационара с применением рекомендованных схем лекарственной терапии установлена единая длительность госпитализации, составившая 28 дней (4 нед) и кратная полной курсовой длительности лечения для всех схем.

Приведение длительности 1 случая госпитализации к 28 дням для всех рекомендованных схем позволило выделить 15 «уникальных» схем лекарственной терапии ХВГС (табл. 1).

Расчет стоимости 1 случая госпитализации с применением каждой из рекомендованных схем лекарственной терапии ХВГС осуществлялся на основе стандартизированных модулей МП, разработанных главными внештатными специалистами Минздрава России, врачами – экспертами по соответствующим нозологиям

Таблица 1 (начало). «Уникальные» схемы лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С

Table 1 (beginning). “Unique” drug therapy regimens for chronic hepatitis C virus

№ / No.	МНН / INN	Наименование и описание схемы / Therapy regimen description
1	[велпатасвир + софосбувир] / [velpatasvir + sofosbuvir]	[велпатасвир + софосбувир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 400 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки / [velpatasvir + sofosbuvir] film-coated tablets 100 mg + 400 mg, 1 tablet once a day
2	[велпатасвир + софосбувир] + рибавирин / [velpatasvir + sofosbuvir] + ribavirin	[велпатасвир + софосбувир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 400 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки + рибавирин 800–1200 мг в два приема / [velpatasvir + sofosbuvir] film-coated tablets 100 mg + 400 mg, 1 tablet once a day + ribavirin 800–1200 mg in two doses
3	[глекапревир + пибрентасвир] / [glecaprevir + pibrentasvir]	[глекапревир + пибрентасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 300 мг + 120 мг (3 таблетки по 100 мг + 40 мг) 1 раз в сутки / [glecaprevir + pibrentasvir] film-coated tablets 300 mg + 120 mg (3 tablets of 100 mg + 40 mg) once a day
4	[глекапревир + пибрентасвир] + софосбувир / [glecaprevir + pibrentasvir] + sofosbuvir	[глекапревир + пибрентасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 300 мг + 120 мг (3 таблетки по 100 мг + 40 мг) 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки / [glecaprevir + pibrentasvir] film-coated tablets 300 mg + 120 mg (3 tablets of 100 mg + 40 mg) once a day + sofosbuvir 400 mg once a day
5	[глекапревир + пибрентасвир] + софосбувир + рибавирин / [glecaprevir + pibrentasvir] + sofosbuvir + ribavirin	[глекапревир + пибрентасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 300 мг + 120 мг (3 таблетки по 100 мг + 40 мг) 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки + рибавирин 800–1200 мг в два приема / [glecaprevir + pibrentasvir] film-coated tablets 300 mg + 120 mg (3 tablets of 100 mg + 40 mg) once a day + sofosbuvir 400 mg once a day + ribavirin 800–1200 mg in two doses
6	[гразопревир + элбасвир] / [grazoprevir + elbasvir]	[гразопревир + элбасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 50 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки / [grazoprevir + elbasvir] film-coated tablets 100 mg + 50 mg, 1 tablet once daily
7	[гразопревир + элбасвир] + рибавирин / [grazoprevir + elbasvir] + ribavirin	[гразопревир + элбасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 50 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки + рибавирин 800–1200 мг в два приема / [grazoprevir + elbasvir] film-coated tablets 100 mg + 50 mg, 1 tablet once a day + ribavirin 800–1200 mg in two doses
8	[гразопревир + элбасвир] + софосбувир / [grazoprevir + elbasvir] + sofosbuvir	[гразопревир + элбасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 50 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки / [grazoprevir + elbasvir] film-coated tablets 100 mg + 50 mg, 1 tablet once a day + sofosbuvir 400 mg once a day
9	[гразопревир + элбасвир] + софосбувир + рибавирин / [grazoprevir + elbasvir] + sofosbuvir + ribavirin	[гразопревир + элбасвир] таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг + 50 мг, 1 таблетка 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки + рибавирин 800–1200 мг в два приема / [grazoprevir + elbasvir] film-coated tablets 100 mg + 50 mg, 1 tablet once a day + sofosbuvir 400 mg once a day + ribavirin 800–1200 mg in two doses

Таблица 1 (окончание). «Уникальные» схемы лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С

Table 1 (end). "Unique" drug therapy regimens for chronic hepatitis C virus

№ / No.	МНН / INN	Наименование и описание схемы / Therapy regimen description
10	[дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир] / [dasabuvir; ombitasvir + paritaprevir + ritonavir]	[дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир] таблеток набор, содержащий: дасабувир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой 250 мг (2 таблетки в наборе), 1 таблетка 2 раза в сутки; омбитасвир + паритапревир + ритонавир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой 12,5 мг + 75 мг + 50 мг (2 таблетки в наборе), 2 таблетки 1 раз в сутки / [dasabuvir; ombitasvir + paritaprevir + ritonavir] tablet set containing: dasabuvir – film-coated tablets 250 mg (2 tablets in the set), 1 tablet 2 times a day; ombitasvir + paritaprevir + ritonavir – film-coated tablets 12.5 mg + 75 mg + 50 mg (2 tablets in the set), 2 tablets once a day
11	[дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир] + рибавирин / [dasabuvir; ombitasvir + paritaprevir + ritonavir] + ribavirin	[дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир] таблеток набор, содержащий: дасабувир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой 250 мг (2 таблетки в наборе), 1 таблетка 2 раза в сутки; омбитасвир + паритапревир + ритонавир – таблетки, покрытые пленочной оболочкой 12,5 мг + 75 мг + 50 мг (2 таблетки в наборе), 2 таблетки 1 раз в сутки + рибавирин 800–1200 мг в два приема / [dasabuvir; ombitasvir + paritaprevir + ritonavir] tablet set containing: dasabuvir – film-coated tablets 250 mg (2 tablets in a set), 1 tablet 2 times a day; ombitasvir + paritaprevir + ritonavir – film-coated tablets 12.5 mg + 75 mg + 50 mg (2 tablets in a set), 2 tablets 1 time a day + ribavirin 800–1200 mg in two doses
12	даклатасвир + нарлапревир + ритонавир / daclatasvir + narlaprevir + ritonavir	даклатасвир 60 мг 1 раз в сутки + нарлапревир 200 мг 1 раз в сутки + ритонавир 100 мг 1 раз в сутки / daclatasvir 60 mg once a day + narlaprevir 200 mg once a day + ritonavir 100 mg once a day
13	даклатасвир + софосбувир / daclatasvir + sofosbuvir	даклатасвир 60 мг 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки / daclatasvir 60 mg once a day + sofosbuvir 400 mg once a day
14	даклатасвир + софосбувир + рибавирин / daclatasvir + sofosbuvir + ribavirin	даклатасвир 60 мг 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки + рибавирин 800–1200 мг в два приема / daclatasvir 60 mg once a day + sofosbuvir 400 mg once a day + ribavirin 800–1200 mg in two doses
15	нарлапревир + ритонавир + софосбувир / narlaprevir + ritonavir + sofosbuvir	нарлапревир 200 мг 1 раз в сутки + ритонавир 100 мг 1 раз в сутки + софосбувир 400 мг 1 раз в сутки / narlaprevir 200 mg once a day + ritonavir 100 mg once a day + sofosbuvir 400 mg once a day

Примечание. МНН – международное непатентованное наименование.

Note. INN – international nonproprietary name.

и экспертами ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (далее – Модули), с учетом среднероссийских параметров прогнозного значения среднемесячной заработной платы за счет средств ОМС, стоимости медицинских услуг, оказываемых в рамках 1 госпитализации, и длительности 1 госпитализации, составляющей 28 дней.

По окончании расчетов значения стоимости случаев госпитализации с применением каждой из схем лекарственной терапии ранжированы в порядке возрастания стоимости. Каждой схеме ППД присвоен дополнительный классификационный критерий – thc от 1 до 15, поскольку отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии ХВГС осуществляется по сочетанию кода диагноза по Международной классификации болезней 10-го пересмотра и иного классификационного критерия, отражающего применение той или иной схемы лекарственных препаратов.

Этап 3: кластерный анализ и формирование КСГ / Stage 3: cluster analysis and DRG formation

На третьем этапе исследования в целях отнесения случаев госпитализации с применением каждой уникальной схемы лекарственной терапии к определенной КСГ заболеваний использовали элементы математической статистики, в частности иерархический кластерный анализ, позволяющий упорядочить объекты в сравнительно соразмерные группы. Введено два альтернативных объекта критерия меры качества:

- стоимость 1 госпитализации с применением рекомендованных схем;
- частота применения той или иной схемы, определенная экспертным путем.

Основываясь на критериях оценки качества кластеризации, с точки зрения визуального восприятия принято решение о количестве кластеров, проведены их интерпретация и профилирование. При интерпретации результатов кластеризации сделан вывод, что мера сходства объектов (расстояние) по первому критерию превышает аналогичные показатели по второму. То есть незначительное изменение стоимости вызывает существенное изменение расстояния, в то время как значительное изменение частоты не оказывает на него практически никакого влияния.

Таким образом, формирование КСГ для оплаты медицинской помощи при ХВГС базировалось на результатах кластерного анализа по критерию стоимости, в разрезе которого сформировано четыре КСГ с соразмерной стоимостью госпитализации (рис. 1).

Исходя из длительности лекарственной терапии ХВГС (28 дней в рамках 1 госпитализации) и с учетом экспертных данных о частоте применения рекомендованных схем для каждой сформированной группы рассчитывали средневзвешенное значение стоимости 1 случая госпитализации (средний тариф группы КСГ). Посредством деления полученного значения на базовую ставку, определяемую исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи ПГГ, рассчитаны

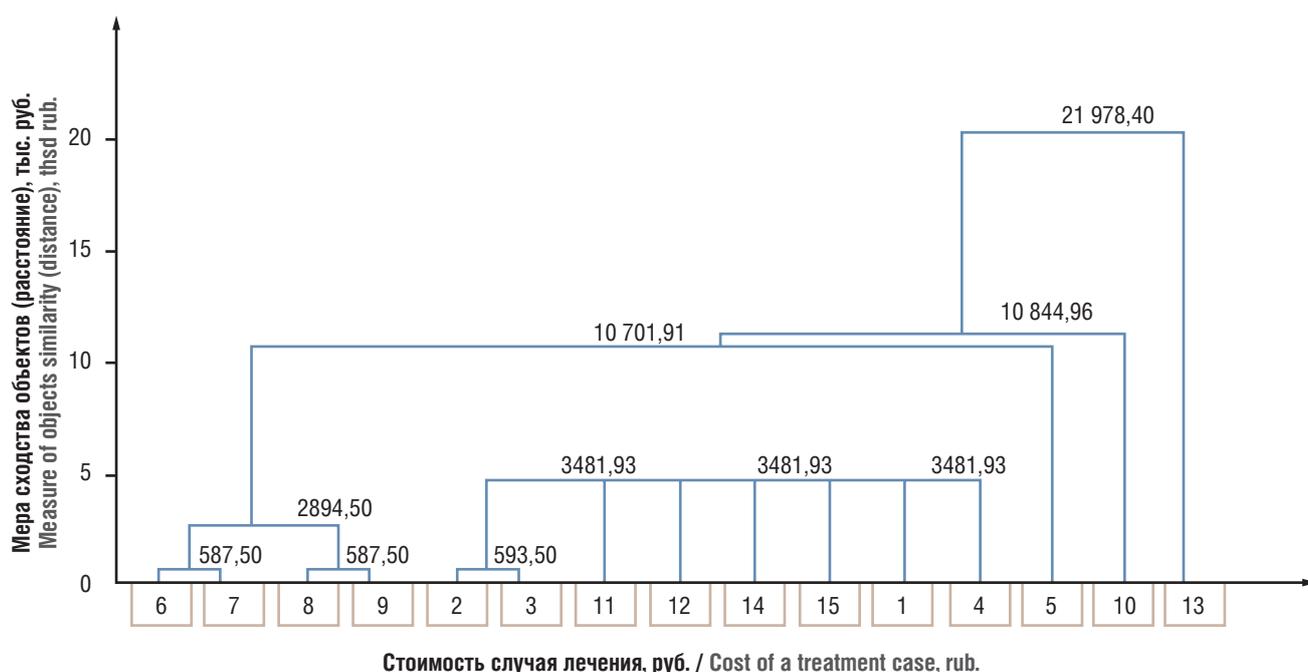


Рисунок 1. Дендрограмма иерархической классификации объектов кластеризации
Figure 1. Dendrogram of clustering objects hierarchical classification

коэффициенты относительной затратоемкости (КЗ) для каждой сформированной КСГ.

Этап 4: разработка модели для детей от 3 до 12 лет / Stage 4: developing a model for children aged 3 to 12 years

Исходя из решения Комиссии Минздрава России по формированию перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи [10], о включении в перечень ЖНВЛП на 2023 г. специальной детской формы ПППД [глекапревир; пибрентасвир] с фиксированной дозировкой, являющегося единственным ПППД для лечения детей с ХВГС от 3 лет, на четвертом этапе исследования разработана модель оплаты МП при лечении ХВГС у детей от 3 до 12 лет. Ранее лекарственная терапия ХВГС современными ПППД была доступна пациентам детского возраста не ранее 12 лет или с массой тела не менее 30 кг.

Учитывая зависимость терапии ХВГС фиксированной комбинацией [глекапревир; пибрентасвир] от массы тела ребенка (от 12 до 20 кг, от 20 до 30 кг, от 30 до 45 кг), на основании данного параметра и зарегистрированной предельной отпускной цены препарата с учетом налога на добавленную стоимость рассчитаны три схемы лекарственной терапии ХВГС для детей от 3 до 12 лет (табл. 2).

В отсутствие утвержденных в установленном порядке КР по лечению ХВГС у детей с применением ПППД расчет стоимости 1 госпитализации детей от 3 до 12 лет с использованием схемы лекарственной терапии [глекапревир; пибрентасвир] осуществляли по аналогии с расчетом стоимости 1 случая госпитализации у взрослых с ХВГС в части стоимости лекарственных препаратов и пациенто-дня. Длительность госпитализации пациентов детского возраста с ХВГС и, соответственно, длительность терапии, используемая в расчетах, как и длительность госпитализации взрослых с ХВГС, составила 28 дней.

Исходя из существенных различий в ресурсоемкости и уникальности схем лекарственной терапии детей с ХВГС, обусловленных массой тела ребенка, соответствующей средней разовой дозой препарата и, как следствие, стоимостью 1 госпитализации, объ-

единение моделей оплаты медицинской помощи детям с ХВГС в одну модель КСГ признано нецелесообразным.

Этап 5: интеграция модели для детей в возрасте 3–12 лет в модель для взрослых с ХВГС / Stage 5: integration of the model for children aged 3 to 12 years into the model for adults with chronic HCV

На пятом этапе исследования в целях повышения эффективности системы оплаты МП детям с ХВГС схемы лекарственной терапии пациентов детского возраста интегрированы в КСГ для оплаты МП взрослым с ХВГС. Частоту использования схем терапии ХВГС у детей от 3 до 12 лет определяли исходя из количества госпитализаций детей с ХВГС за прошлые годы. На основании количественных значений рассчитана доля случаев госпитализации детей с ХВГС в общем количестве госпитализаций по причине данного заболевания, которая в равных частях разделена между схемами лекарственной терапии ХВГС для детей.

Стоимость случаев госпитализации при ХВГС с применением рекомендованных схем, включая схемы для детей с ХВГС, повторно ранжирована, и каждой из схем присвоен дополнительный квалификационный критерий – ths от 1 до 18. Для отнесения случаев оказания МП при ХВГС с применением каждой схемы к определенной КСГ по результатам повторной кластеризации сформировано четыре КСГ, для которых рассчитаны средневзвешенная стоимость и коэффициенты затратоемкости (табл. 3).

Таким образом, актуализированная с учетом действующих КР модель КСГ дифференцирована по стоимости лекарственной терапии ХВГС, что в сравнении с предыдущей моделью привело к увеличению количества уровней КСГ с 2 до 4 и позволило снизить максимальное значение коэффициента затратоемкости на 3,43 единицы (22,2 и 18,77 соответственно).

ОБСУЖДЕНИЕ / DISCUSSION

Во исполнение Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 [11] в части внедрения КР и протоколов лечения и их использо-

Таблица 2. Схемы лекарственной терапии комбинацией противовирусных препаратов прямого действия [глекапревир; пибрентасвир] для лечения хронического вирусного гепатита С у детей от 3 до 12 лет**Table 2.** Drug therapy regimens with a combination of direct-acting antiviral drugs [glecaprevir; pibrentasvir] for the treatment of chronic hepatitis C virus in children aged from 3 to 12 years

Параметр / Parameter	Схема терапии / Therapy regimen		
	1	2	3
Масса тела, кг / Body mass, kg	12–20	20–30	30–45
Путь введения / Route of administration	Пероральный / Oral	Пероральный / Oral	Пероральный / Oral
Тип лекарственной формы по агрегатному состоянию на момент потребления / Type of dosage form by aggregate state at the time of consumption	Твердая / Solid	Твердая / Solid	Твердая / Solid
Тип лекарственной формы по виду высвобождения / Type of dosage form by type of release	Гранулы / Granules	Гранулы / Granules	Гранулы / Granules
Единица измерения / Unit of measurement	Саше / Sachet	Саше / Sachet	Саше / Sachet
Дозировка, мг / Dosage, mg	50 + 20	50 + 20	50 + 20
Средняя суточная доза / Average daily dose	3	4	5
Стоимость единицы действующего вещества, руб. / Cost per unit of active ingredient, rub.	1 281,93	1 281,93	1 281,93
Средний срок введения для каждого препарата в госпитализации, сут / Average time of administration for each drug in the hospitalization, days	28	28	28
Итоговая стоимость препаратов, включенных в схему, руб. / Total cost of drugs included in the regimen, rub.	107 682,10	143 576,14	179 470,17

вания в целях формирования тарифов на оплату МП в Федеральный закон № 323-ФЗ [12] внесены изменения, устанавливающие требования к организации и оказанию МП во всех медицинских организациях страны в соответствии с порядками оказания МП, обязательными для исполнения на всей территории РФ, с учетом стандартов МП, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, и на основе КР. Таким образом, статус КР был поднят на принципиально новый уровень [13].

При этом роль КР не ограничивается исключительно клиническими задачами. Внедрение КР в практику российского здравоохранения направлено на достижение нескольких важных целей:

- предоставление информационной поддержки врачам в отношении принятия решений по оказанию МП пациентам;
- обеспечение единых подходов и критериев оценки качества МП;
- разработка и утверждение стандартов МП;
- использование для целей формирования тарифов на оплату МП.

В этой связи в основу разработки модели КСГ для оплаты специализированной МП при ХВГС в условиях дневного стационара легли рекомендуемые КР современные подходы к лечению ХВГС, обозначившие переход от интерфероновых схем лекарственной терапии к современным безинтерфероновым схемам.

Сроки разработки модели оплаты МП при ХВГС на основе КР соответствовали срокам, установленным постановлением Правительства РФ № 1968 [14], согласно которым КР, размещенные на официальном сайте Минздрава России до 1 июня 2022 г., с января 2023 г. должны стать основным руководством врачей при оказании МП гражданам.

В отсутствие утвержденного в установленном порядке стандарта оказания МП больным с ХВГС расчеты полной стоимости рекомендуемых схем лекарственной терапии и стоимости 1 случая

госпитализации с применением той или иной схемы осуществлялись на основании сведений Модулей. Модули, разрабатываемые в целях унификации подходов к расчету затрат на оказание МП главными внештатными специалистами Минздрава России, врачами – экспертами по соответствующим нозологиям и экспертами ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, являются структурными элементами стандартов МП и содержат структурированные блоки информации о модели пациента, видах, условиях и форме оказания МП, кратности и частоте диагностических и лабораторных исследований, приема, осмотра и консультаций врачей-специалистов, длительности ежедневного наблюдения и ухода среднего и младшего медицинского персонала, видах и методах медицинского вмешательства, лекарственной терапии, частоте применения и режиме дозирования лекарственных препаратов и др.

Важно отметить соразмерность полученного базового тарифа для всех схем лекарственной терапии ХВГС, в т.ч. для детей от 3 до 12 лет. Стоимость каждой рекомендованной схемы, включенной в соответствующую группу КСГ, в полном объеме покрывается базовым тарифом группы, при том что применение способа оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенный в соответствующую КСГ, предполагает оплату МП по усредненному тарифу и затраты на оказание МП конкретному пациенту могут быть как выше, так и ниже установленного тарифа.

С точки зрения финансовой устойчивости медицинских организаций эффективным решением при разработке модели КСГ для оплаты МП при ХВГС стал выбор подхода, предусматривающего несколько случаев оплаты МП в рамках 1 случая госпитализации. Учитывая кратность курсовой длительности всех рекомендованных схем лекарственной терапии 28 дням, предполагается, что медицинские организации будут подавать счета на оплату МП каждые 28 дней, начиная с 29-го дня от даты госпитализации.

Таблица 3. Клинико-статистические группы для схем лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С

Table 3. Diagnosis-related groups for drug therapy regimens for chronic hepatitis C virus

ДКК/ АQC	Схема терапии / Therapy regimen	Стоимость терапии 28 дней, руб. / Cost of 28 days therapy, rub.	КЗ / CIF	КСГ / DRG	Базовый тариф, руб. / Basic tariff, rub.
thc09	[гразопревивир + элбасвир] / [grazoprevir + elbasvir]	81 505,60	6,00	ds12.012	90 174,60
thc10	[гразопревивир + элбасвир] + рибавирин / [grazoprevir + elbasvir] + ribavirin	84 348,13			
thc13	[дасабувир; омбитасвир + паритапревивир + ритонавир] / [dasabuvir; ombitasvir + paritaprevir + ritonavir]	77 430,32			
thc14	[дасабувир; омбитасвир + паритапревивир + ритонавир] + рибавирин / [dasabuvir; ombitasvir + paritaprevir + ritonavir] + ribavirin	80 272,85			
thc01	[велпатасвир + софосбувир] / [velpatasvir + sofosbuvir]	125 950,00	9,07	ds12.013	136 313,94
thc02	[велпатасвир + софосбувир] + рибавирин / [velpatasvir + sofosbuvir] + ribavirin	128 792,53			
thc04	[глекапревивир + пибрентасвир] / [glecaprevir + pibrentasvir]	107 682,10			
thc15	даклатасвир + нарлапревивир + ритонавир / daclatasvir + narlaprevir + ritonavir	115 248,11			
thc16	даклатасвир* + софосбувир / daclatasvir + sofosbuvir	126 537,47			
thc17	даклатасвир* + софосбувир + рибавирин / daclatasvir + sofosbuvir + ribavirin	129 380,01			
thc03	[глекапревивир + пибрентасвир] / [glecaprevir + pibrentasvir]	188 916,00			
thc05	[глекапревивир + пибрентасвир] / [glecaprevir + pibrentasvir]	143 576,14			
thc06	[глекапревивир + пибрентасвир] / [glecaprevir + pibrentasvir]	179 470,17			
thc11	[гразопревивир + элбасвир] + софосбувир / [grazoprevir + elbasvir] + sofosbuvir	163 455,60			
thc12	[гразопревивир + элбасвир] + софосбувир + рибавирин / [grazoprevir + elbasvir] + sofosbuvir + ribavirin	166 298,14			
thc18	нарлапревивир + ритонавир + софосбувир / nalaprevir + ritonavir + sofosbuvir	152 610,64	18,77	ds12.015	282 096,21
thc07	[глекапревивир + пибрентасвир] + софосбувир / [glecaprevir + pibrentasvir] + sofosbuvir	270 866,01			
thc08	[глекапревивир + пибрентасвир] + софосбувир + рибавирин / [glecaprevir + pibrentasvir] + sofosbuvir + ribavirin	273 708,54			

Примечание. ДКК – дополнительный квалификационный критерий; КЗ – коэффициент затратоемкости; КСГ – клинико-статистическая группа. * Указана усредненная цена с учетом оборота, включающая стоимость препарата в дозировке 30 мг.

Note. AQC – additional qualification criterion; CIF – cost-intensity factor; DRG – diagnose-related group. * The average price is indicated, taking into account the turnover, including the cost of the drug in a dosage of 30 mg.

Аргументом для рассмотрения схем лекарственной терапии ПППД для детей до 12 лет с ХВГС и разработки модели оплаты МП для данной категории пациентов в отсутствие обновленных КР стало появление лекарственного препарата, разрешенного к применению в РФ для детей с ХВГС от 3 до 12 лет, и сопряженная с этим необходимость повышения доступности современных методов лечения ХВГС для детей данной возрастной группы.

Следует отметить, что возможность получения лекарственной терапии ПППД у пациентов детского возраста существовала и ранее, но имела возрастные ограничения. В 2019 г. Минздравом России одобрено применение комбинированного лекарственного препарата с фиксированной дозировкой [глекапревивир; пибрентасвир], принимаемого 1 раз в сутки без рибавирина, для лечения ХВГС у детей в возрасте от 12 до 17 лет. В 2020 г. обновлена

инструкция по применению комбинированного лекарственного препарата с фиксированной дозировкой [велпатасвир; софосбувир] у детей с 12 лет или с массой тела не менее 30 кг. Оба лекарственных препарата включены в ЖНВЛП, а схемы лекарственной терапии детей с ХВГС данными лекарственными препаратами полностью тождественны схемам лекарственной терапии для взрослых пациентов и могут быть оплачены по соответствующей КСГ для взрослых пациентов.

Что касается лекарственной терапии ХВГС у детей в возрастной категории 11 лет и младше, до недавнего времени тактика базировалась на выжидательных позициях. Из-за плохой переносимости, негативного влияния на развитие ребенка и длительного курса лекарственной терапии интерфероном ВОЗ рекомендовала отказаться от его применения у детей. При этом у некоторых детей в возрасте 3 лет уже через 1 год после инфицирования наблюдается прогрессирующее поражение печени. Риск развития цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы у детей, страдающих ХВГС, составляет от 1% до 4%, и по мере взросления ребенка под влиянием различных кофакторов (экология, пищевое поведение, сопутствующие заболевания, алкоголь и пр.) и в отсутствие необходимого лечения усиливается² [15–19].

Между тем, как и в случае взрослых пациентов, лечение пациентов детского возраста, инфицированных ВГС, на ранних стадиях заболевания экономически эффективно и снижает бремя болезни и ее осложнений. Руководствуясь данным постулатом, в 2021 г. применение специальной детской формы комбинации [глекапревир; пибрентасвир] у детей от 3 до 12 лет по ускоренной процедуре было одобрено Европейским агентством лекарственных средств (англ. European Medicines Agency, EMA) и Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов США (англ. U.S. Food and Drug Administration, FDA) [20].

В апреле 2022 г. после успешной апробации специальная детская форма комбинированного лекарственного препарата с фиксированной дозировкой [глекапревир; пибрентасвир] для лечения ХВГС у детей от 3 до 12 лет одобрена Минздравом России для применения на территории РФ. Согласно решению Комиссии по формированию перечней лекарственных препаратов включение в перечень ЖНВЛП комбинированного препарата с фиксированной дозировкой [глекапревир; пибрентасвир] для лечения ХВГС у детей от 3 до 12 лет запланировано на начало 2023 г., однако на момент проведения исследования и последующей подготовки публикации соответствующих изменений в распоряжение Правительства РФ № 2406-р внесено не было [21]. Включение указанной схемы лекарственной терапии в ПГГ на 2023 г. и на плановый период 2024–2025 гг. рекомендовано экспертами ведомства в целях повышения доступности современных методов лечения ХВГС для детей данной возрастной группы в рамках поэтапной элиминации ХВГС на территории РФ [22].

Как было указано ранее, в рамках настоящего исследования разработано три схемы лекарственной терапии ХВГС для пациентов детского возраста. Обоснованием включения данных схем в модель оплаты МП взрослым с ХВГС стали существенные различия в ресурсоемкости схем лекарственной терапии ХВГС, определяемые возрастом и массой тела пациента детского возраста, применение для детей с 12 лет или с массой тела не менее 30 кг схем лекарственной терапии ХВГС, идентичных схемам лекарственной терапии для взрослых пациентов.

Снижение стоимости тарифа на оплату МП при ХВГС, полученное по итогам настоящего исследования за счет разукрупнения актуализированной с учетом действующих КР модели КСГ, и снижение максимального значения коэффициента затратно-экономности с 22,2 единицы в модели КСГ 2022 г. до 18,77 в модели КСГ на 2023 г. должны способствовать не только эффективному использованию средств здравоохранения, но и повышению доступности бесплатной МП для большего числа больных ХВГС.

Отдельно следует отметить изменения в нормативных правовых документах, имеющие непосредственное влияние на оказание и оплату МП при ХВГС, информация о которых стала доступной на момент написания статьи и которые подтверждают своевременность исследования и его объективность. Так, в соответствии с ПГГ на 2023 г. и на плановый период 2024–2025 гг. оказание МП больным с ХВГС на основе КР будет осуществляться за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС. Для оплаты МП при ХВГС в условиях дневного стационара применяются четыре КСГ с КЗ от 6 до 18,77, дифференцированные в зависимости от схемы лекарственной терапии. Одновременно в ПГГ введены критерии качества МП по охвату противовирусной терапией пациентов с вирусным гепатитом С [23].

Субъекты РФ вправе устанавливать в ТПГГ отдельные нормативы объема МП пациентам с ХВГС и нормативы финансовых затрат на единицу объема МП при ее оказании в условиях дневных и круглосуточных стационаров для взрослых и детей с данным заболеванием [23, 24]. Указанные нормативы должны быть установлены при обязательном условии сохранения объема финансовых затрат на лекарственную терапию ХВГС в дневном стационаре не ниже показателей 2022 г., с учетом реальной потребности, обусловленной региональными особенностями, в т.ч. уровнем и структурой заболеваемости ХВГС, половозрастной структурой населения, долей сельского населения, транспортной доступностью медицинских организаций, плотностью населения, а также климатогеографическими особенностями региона. Расчет норматива осуществляется по формуле, приведенной в Письме Минздрава России от 30 января 2023 г. № 31-2/И/2-1287 [24].

Кроме того, приказом Минздрава России от 27 февраля 2023 г. № 70н утверждены критерии оказания МП больным гепатитом С в условиях дневного стационара: ХВГС с исходом в цирроз печени (включая декомпенсированный цирроз печени), с выраженным фиброзом (F3 по шкале METAVIR), с рецидивом заболевания после трансплантации печени, являющиеся критериями, обозначенными в КР для безотлагательного назначения лекарственной терапии [25].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Методика определения размера тарифа на оплату 1 случая оказания МП при ХВГС в условиях дневного стационара с применением схем лекарственной терапии ХВГС и соответствующих коэффициентов затратно-экономности, представленная в исследовании, является экономически обоснованной и сбалансированной. Разработанная на ее основе модель КСГ для оплаты МП при ХВГС в условиях дневного стационара с применением схем лекарственной терапии ПППД, рекомендованных КР, в т.ч. для детей с ХВГС, способствует повышению эффективности системы оплаты МП, оказываемой в рамках реализации ПГГ, и доступности МП для данного контингента больных.

² Матинян И.А. Комплексная оценка эффективности противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2019.

ЛИТЕРАТУРА:

- Trépo C., Chan H.L., Lok A. Hepatitis B virus infection. *Lancet*. 2014; 384 (9959): 2053–63. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60220-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60220-8).
- Kim B.K. How to optimize the care cascade of hepatitis C virus infection. *Gut Liver*. 2022; 16 (6): 809–10. <https://doi.org/10.5009/gnl220452>.
- Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016–2021. На пути к ликвидации вирусного гепатита. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250042/WHO-HIV-2016.06-rus.pdf> (дата обращения 28.12.2022).
- Никонова А.А., Хаитов М.Р. Современные представления о вирусном гепатите С. Разработка новых противовирусных препаратов. *Медицина экстремальных ситуаций*. 2015; 3: 24–37.
- Понежева Ж.Б., Семенова И.В. Безинтерфероновая терапия хронического гепатита С. *Лечащий врач*. 2017; 2: 24–8.
- Лагодич А.С., Жерносек А.К. Противовирусные лекарственные средства для лечения гепатита С. *Вестник фармации*. 2019; 2: 84–98.
- Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Шаройко В.В. Комбинированные препараты прямого противовирусного действия при хроническом гепатите С: новый препарат Викира Пак в терапии хронического гепатита С и ВИЧ-коинфекции. *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2015; 4: 91–101.
- Понежева Ж.Б., Макашова В.В. Лечение больных хроническим гепатитом С первым отечественным препаратом прямого противовирусного действия. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2019; 4: 77–83. <https://doi.org/10.18565/epidem.2019.9.4.77-83>.
- Рубрикатор клинических рекомендаций. Хронический вирусный гепатит С. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/516_2 (дата обращения 28.12.2022).
- Приказ Минздрава России от 9.09.2014 № 498н «Об утверждении положения о комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». URL: <https://base.garant.ru/70755926/> (дата обращения 28.12.2022).
- Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». URL: <https://base.garant.ru/71937200/> (дата обращения 28.12.2022).
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 28.12.2022).
- Андреева И.В., Стецюк О.У., Егорова О.А. Клинические рекомендации: что нужно знать практикующему врачу. *Русский медицинский журнал*. 2020; 5: 21–5.
- Постановление Правительства РФ от 17.11.2021 № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6–9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202111190015> (дата обращения 28.12.2022).
- Goodman Z.D., Makhlof H.R., Liu L., et al. Pathology of chronic hepatitis C in children: liver biopsy findings in the Peds-C Trial. *Hepatology*. 2008; 47 (3): 836–43. <https://doi.org/10.1002/hep.22094>.
- Mohan P., Barton B.A., Narkewicz M.R., et al. Evaluating progression of liver disease from repeat liver biopsies in children with chronic hepatitis C – a retrospective study. *Hepatology*. 2013; 58 (5): 1580–16. <https://doi.org/10.1002/hep.26519>.
- Younossi Z.M., Koenig A.B., Abdelatif D., et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease – meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology*. 2016; 64 (1): 73–84. <https://doi.org/10.1002/hep.2843>.
- Yadav S.R., Goldman D.A., Murray K.F. Hepatitis C: current state of treatment in children. *Pediatr Clin North Am*. 2021; 68 (6): 1321–31. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.07.008>.
- Вольнец Г.В. Современный взгляд на лечение хронического гепатита С у детей и подростков. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2019; 64 (6): 11–9. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-6-11-19>.
- Вместе против гепатита. Появился препарат для лечения гепатита С у подростков с 12 лет. URL: <https://protivgepatita.ru/news/news-in-treatment/908-hvcureforteens> (дата обращения 26.12.2022).
- Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год, перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, а также минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72761778/> (дата обращения 26.12.2022).
- Распоряжение Правительства РФ от 02.11.2022 № 3306-р «Об утверждении плана мероприятий по борьбе с хроническим вирусным гепатитом С на территории РФ до 2030 года». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405504547/> (дата обращения 26.12.2022).
- Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов». URL: <https://base.garant.ru/406065459/> (дата обращения 26.12.2022).
- Письмо Минздрава России от 30.01.2023 № 31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023–2025 годы». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406175295/> (дата обращения 26.12.2022).
- Приказ Минздрава России от 27.02.2023 № 70н «Об утверждении критериев оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования». URL: <https://base.garant.ru/406636167/> (дата обращения 17.05.2023).
- World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed 28.12.2022).
- Nikonova A.A., Khaïtov M.R. Modern ideas about viral hepatitis C.

REFERENCES:

- Trépo C., Chan H.L., Lok A. Hepatitis B virus infection. *Lancet*. 2014; 384 (9959): 2053–63. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60220-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60220-8).
- Kim B.K. How to optimize the care cascade of hepatitis C virus infection. *Gut Liver*. 2022; 16 (6): 809–10. <https://doi.org/10.5009/gnl220452>.
- World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed 28.12.2022).
- Nikonova A.A., Khaïtov M.R. Modern ideas about viral hepatitis C.

- Development of new antiviral drugs. *Medicine of Extreme Situations*. 2015; 3: 24–37 (in Russ.).
5. Ponezheva Zh.B., Semenova I.V. Interferon-free therapy of chronic hepatitis C. *Lechaschi vrach / The Attending Physician*. 2017; 2: 24–8 (in Russ.).
6. Lagodich A.S., Zhernosek A.K. Antiviral drugs for the treatment of hepatitis C. *Vestnik farmatsii / Bulletin of Pharmacy*. 2019; 2: 84–98 (in Russ.).
7. Rakhmanova A.G., Voronin E.E., Sharoyko V.V. Direct-acting antiviral combination medications for chronic hepatitis C treatment: the new drug Viekira Pak in treatment of chronic hepatitis C and HIV co-infection. *Infectious Diseases: News, Views, Education*. 2015; 4: 91–101 (in Russ.).
8. Ponezheva Zh.B., Makashova V.V. Treatment with the first Russian direct-acting antiviral drug in patients with chronic hepatitis C. *Epidemiology and Infectious Diseases. Current Items*. 2019; 4: 77–83 (in Russ.). <https://doi.org/10.18565/epidem.2019.9.4.77-83>.
9. Rubricator of clinical guidelines. Chronic viral hepatitis C. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/516_2 (in Russ.) (accessed 28.12.2022).
10. Order of the Ministry of Health of the RF of 09.09.2014 No. 498n “On approval of the regulations on the Commission of the Ministry of Health of the Russian Federation on the formation of lists of medicines for medical use and the minimum range of medicines required for medical care”. Available at: <https://base.garant.ru/70755926/> (in Russ.) (accessed 28.12.2022).
11. Decree of the President of the RF of 07.05.2018 No. 204 “On national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024”. Available at: <https://base.garant.ru/71937200/> (in Russ.) (accessed 28.12.2022).
12. Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ “On the basics of public health protection in the Russian Federation”. Available at: <https://base.garant.ru/12191967/> (in Russ.) (accessed 28.12.2022).
13. Andreeva I.V., Stetsyuk O.U., Egorova O.A. Clinical recommendations: what a practicing doctor needs to know. *Russian Medical Journal*. 2020; 5: 21–5 (in Russ.).
14. Decree of the Government of the RF of 17.11.2021 No. 1968 “On approval of the Rules for the gradual transition of medical organizations to medical care based on clinical recommendations developed and approved in accordance with Parts 3, 4, 6–9 and 11 of Article 37 of the Federal Law ‘On the basics of public health protection in the Russian Federation’”. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202111190015> (in Russ.) (accessed 28.12.2022).
15. Goodman Z.D., Makhlof H.R., Liu L., et al. Pathology of chronic hepatitis C in children: liver biopsy findings in the Peds-C Trial. *Hepatology*. 2008; 47 (3): 836–43. <https://doi.org/10.1002/hep.22094>.
16. Mohan P., Barton B.A., Narkewicz M.R., et al. Evaluating progression of liver disease from repeat liver biopsies in children with chronic hepatitis C – a retrospective study. *Hepatology*. 2013; 58 (5): 1580–16. <https://doi.org/10.1002/hep.26519>.
17. Younossi Z.M., Koenig A.B., Abdelatif D., et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease – meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology*. 2016; 64 (1): 73–84. <https://doi.org/10.1002/hep.2843>.
18. Yadav S.R., Goldman D.A., Murray K.F. Hepatitis C: current state of treatment in children. *Pediatr Clin North Am*. 2021; 68 (6): 1321–31. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.07.008>.
19. Volynets G.V. A modern view on the treatment of chronic hepatitis C in children and adolescents. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Pediatrii / Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2019; 64 (6): 11–9 (in Russ.). <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2019-64-6-11-19>.
20. Together Against Hepatitis. The drug for the treatment of hepatitis C in adolescents aged from 12 years has been approved. Available at: <https://protivgepatita.ru/news/news-in-treatment/908-hvcureforteens> (in Russ.) (accessed 26.12.2022).
21. Decree of the Government of the RF of 12.10.2019 No. 2406-r “On approval of the list of vital and essential medicines for medical use for 2020, the list of medicines for medical use, including medicines for medical use prescribed by decision of medical commissions of medical organizations, the list of medicines intended to provide persons with hemophilia, cystic fibrosis, pituitary nanism, Gaucher’s disease, as well as a minimum range of medications, necessary for the provision of medical care”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72761778/> (in Russ.) (accessed 26.12.2022).
22. Decree of the Government of the RF of 02.11.2022 No. 3306-r “On approval of the action plan to combat chronic hepatitis C virus in the territory of the Russian Federation until 2030”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405504547/> (in Russ.) (accessed 26.12.2022).
23. Resolution of the Government of the RF of 12/29/2022 No. 2497 “On the Program of State Guarantees of Free Medical Care to Citizens for 2023 and for the planning period of 2024 and 2025”. Available at: <https://base.garant.ru/406065459/> (in Russ.) (accessed 26.12.2022).
24. Letter of the Ministry of Health of the RF of 30.01.2023 No. 31-2/1/2-1287 “On the formation and economic justification of territorial programs of state guarantees of free provision of medical care to citizens for 2023–2025”. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406175295/> (in Russ.) (accessed 26.12.2022).
25. Order of the Ministry of Health of the RF of 27.02.2023 No. 70n “On approval of criteria for the provision of medical care to patients with hepatitis C in a day hospital and inpatient conditions in accordance with clinical guidelines, the payment of which is carried out at the expense of compulsory health insurance”. Available at: <https://base.garant.ru/406636167/> (in Russ.) (accessed 17.05.2023).

Сведения об авторах

Омельяновский Виталий Владимирович – д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом 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 имени 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.

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>.

Зувев Александр Владимирович – заместитель руководителя 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>.

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.

Давыдова Лариса Михайловна – главный специалист отдела способов оплаты медицинской помощи ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8668-2740>.

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>.

Семакова Евгения Васильевна – заместитель начальника отдела методического обеспечения стандартизации ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4386-586X>.

Прохорович Евгений Андреевич – главный специалист отдела методического обеспечения стандартизации ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-1288-7098>.

Волкова Анна Сергеевна – ведущий специалист отдела методического обеспечения стандартизации ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-7705-4881>.

About the authors

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 Center for Healthcare Finance, 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.

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>.

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>.

Oxana 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>.

Oxana 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.

Larisa M. Davydova – Chief Expert, Department of Payment Methods for Medical Care, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8668-2740>.

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>.

Evgenia V. Semakova – Deputy Head of Department of Methodological Support of Standardization, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4386-586X>.

Evgeniy A. Prokhorovich – Chief Expert, Department of Methodological Support of Standardization, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-1288-7098>.

Anna S. Volkova – Leading Expert, Department of Methodological Support of Standardization, Center for Healthcare Quality Assessment and Control (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-7705-4881>.