

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Национальный научно-исследовательский институт общественного
здоровья имени Н.А. Семашко»**

На правах рукописи

Ледовских Юлия Анатольевна

**Совершенствование механизмов планирования и финансирования
медицинской помощи при онкологических заболеваниях**

Специальность 3.2.3. – Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Омельяновский Виталий Владимирович

Москва
2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ПОДХОДЫ К ФИНАНСИРОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ...	16
1.1.Подходы к разработке клинических рекомендаций в зарубежных странах.....	16
1.2.Нормативное регулирование разработки клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи в Российской Федерации	20
1.3.Подходы к финансированию медицинской помощи при онкологических заболеваниях в зарубежных странах	29
1.4.Нормативное регулирование финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях в Российской Федерации	35
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	46
ГЛАВА 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ОБЪЕМАХ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ...	67
3.1.Оценка влияния на показатели выживаемости и смертности внедрения в практику клинических рекомендаций.....	67
3.2.Анализ подходов к разработке стандартов медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг..	74
3.3.Разработка и апробация методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций	95
3.4.Оценка потребности в объемах финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций	124
ГЛАВА 4. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ КЛИНИКО- СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	146
4.1.Разработка методических подходов к формированию клиничко-статистических групп заболеваний на основе клинических рекомендаций	146
4.2.Апробация методических подходов к формирования клиничко-статистических групп заболеваний, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, на основе клинических рекомендаций	152
ГЛАВА 5. ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЕМОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ	163

ГЛАВА 6. ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ-РАДИОТЕРАПЕВТОВ К ИЗМЕНЕНИЯМ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЗРОСЛЫХ В РАМКАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	191
ГЛАВА 7. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	208
7.1. Прогнозирование объемов медицинской помощи для планирования потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг.	208
7.2. Предложения по планированию финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи	221
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	232
ВЫВОДЫ	246
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	250
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	252
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	253
Приложение А	288
Приложение Б.....	308
Приложение В.....	310
Приложение Г	311
Приложение Д.....	323
Приложение Е.....	332

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Актуальной задачей, стоящей перед системами здравоохранения разных стран, является совершенствование планирования и финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях. В последнее время заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) увеличивается во всем мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) общий годовой экономический ущерб от ЗНО в 2010 г. составил примерно 1,16 трлн долл. США [20]. В последние годы во всем мире отмечается увеличение затрат на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях, что обусловлено в том числе и появлением инновационных и дорогостоящих методов лечения [141, 153].

В Российской Федерации отмечается ежегодный рост выявленных случаев онкологических заболеваний, и, как следствие, растет их экономическое бремя. Онкологические заболевания являются второй после сердечно-сосудистых заболеваний причиной смерти в Российской Федерации [37]. Одним из приоритетов национальной системы здравоохранения является реализация федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

В системе здравоохранения Российской Федерации клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи являются основополагающими документами, регламентирующими организацию оказания медицинской помощи. При этом в последние годы роль клинических рекомендаций возросла. Это обусловлено изменениями в статье 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в которой законодательно закреплено требование оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также разработки на их основе стандартов медицинской помощи, являющихся экономическим инструментом системы здравоохранения.

Внедрение в клиническую практику клинических рекомендаций, содержащих информацию о научно обоснованных методах медицинских

вмешательств, должно повысить качество оказываемой медицинской помощи, в том числе и при онкологических заболеваниях [121, 140, 151, 165, 175, 166].

Клинические рекомендации, разрабатываемые профессиональными некоммерческими медицинскими организациями, активно используются практикующими врачами в клинической практике. В то же время методы медицинских вмешательств, применяемые при диагностике и лечении заболеваний, активно развиваются и совершенствуются, пересматриваются подходы к лечению ряда заболеваний ввиду появления новых медицинских технологий. Их появление и внедрение в практику особенно актуально для онкологических заболеваний [42].

Ряд методов медицинских вмешательств, применяемых при диагностике и лечении онкологических заболеваний, в частности хирургические вмешательства, лучевая и химиолучевая терапии, противоопухолевая лекарственная терапия, включены в клинические рекомендации и относятся к высокотехнологичным и ресурсоемким методам. При этом внедрение новых методов медицинских вмешательств должно поддерживаться оценкой изменения объемов финансирования медицинской помощи и актуализацией методов ее оплаты. Кроме того, при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в настоящее время должны учитываться не только стандарты медицинской помощи, но и клинические рекомендации, что позволит реализовать задачу по формированию тарифов на основе клинических рекомендаций.

Очевидно, что происходящие под влиянием внедрения клинических рекомендаций изменения в клинической практике оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях, применение ресурсоемких и, в то же время, научно обоснованных и эффективных методов медицинских вмешательств, обеспечение их доступности требуют разработки методических подходов, позволяющих планировать объемы и стоимость медицинской помощи, актуализировать методы ее оплаты в рамках программы государственных гарантий

бесплатного оказания медицинской помощи гражданам. Повышение доступности новых медицинских технологий при оказании медицинской помощи при онкологических заболеваниях может способствовать увеличению продолжительности жизни пациентов.

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью разработки методических подходов, дающих возможность структурировать информацию о медицинских вмешательствах, описанных в клинических рекомендациях, для формирования стандартов медицинской помощи, и необходимостью выстраивания взаимосвязи между планированием потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи, совершенствованием методов ее оплаты и клиническими рекомендациями.

Степень научной разработанности темы

Планирование и финансирование медицинской помощи в Российской Федерации осуществляется в основном путем формирования программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ), как документа, гарантирующего получение пациентами медицинской помощи в государственной системе здравоохранения. Существует ряд отечественных исследований, в которых рассматриваются вопросы планирования объемов медицинской помощи и ее финансирования по ПГГ. Данные исследования посвящены структуре и формированию ПГГ, сбалансированности и оптимизации подходов к ее планированию, оценке объемов финансирования медицинской помощи и экономической эффективности ПГГ. В статьях обсуждаются важность реализации подходов к формированию ПГГ, позволяющих гарантировать получение гражданами бесплатной медицинской помощи [7, 80, 96, 113], а также наличие проблемы декларативности гарантий и отсутствие понимания у населения, что именно им гарантировано по ПГГ [81, 106]. Ряд авторов предлагает проведение конкретизации ПГГ с использованием стандартов медицинской помощи, в которых должны указываться только гарантируемые государством медицинские услуги и лекарственные препараты, рекомендованные в клинических рекомендациях, и

введение системы софинансирования пациентами оплаты медицинской помощи [70, 107, 108]. При этом в отдельных работах отмечается необходимость при планировании ресурсов на оказание медицинской помощи учитывать структуру и уровень заболеваемости в субъектах Российской Федерации для обеспечения населения требуемым объемом медицинской помощи [98, 110], необходимость определения потребности населения в различных видах медицинской помощи [93]. Кроме того, изменения в ПГГ, а именно выделение нормативов по профилю «онкология», начиная с 2019 года, расцениваются исследователями по-разному. Одни авторы считают, что это приводит к дисбалансу финансирования медицинской помощи на уровне субъекта Российской Федерации и перераспределению финансовых средств в пользу профиля «онкология» в ущерб других профилей [111]. Другие авторы, наоборот, полагают, что реализация подходов к финансовому обеспечению оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях по ПГГ эффективны и способствуют снижению смертности [104]. В то же время в существующих исследованиях не рассматривается проблема и методические подходы к выстраиванию взаимосвязи при планировании объемов медицинской помощи и ее финансирования по ПГГ с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи.

Цель исследования: научно обосновать механизмы планирования и финансового обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи

Задачи исследования:

1. Провести систематический обзор и метаанализ исследований для выявления взаимосвязей между лечением в соответствии с клиническими рекомендациями и показателями выживаемости и смертности пациентов с онкологическими заболеваниями.

2. Провести анализ подходов к разработке стандартов медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг.
3. Разработать методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и оценить потребность в объемах финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях по сформированным стандартам медицинской помощи.
4. Разработать методические подходы к формированию клинико-статистических групп заболеваний, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии.
5. Оценить региональные особенности изменения объемов оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в зависимости от условий оказания медицинской помощи с 2017 по 2023 гг.
6. Провести социологическое исследование для оценки использования клинических рекомендаций врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами, их отношения к изменению модели клинико-статистических групп и мнений о доступности противоопухолевой терапии для взрослых пациентов с онкологическими заболеваниями.
7. Провести прогнозирование объемов медицинской помощи для планирования потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг.
8. Научно обосновать предложения по планированию финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.

Научная новизна исследования

Проведен систематический обзор и метаанализ исследований, выявивший взаимосвязь между лечением онкологических заболеваний в соответствии с

клиническими рекомендациями и снижением показателей смертности и повышением показателей пятилетней выживаемости.

Разработаны методические подходы, позволяющие выстраивать взаимосвязь между клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи.

Введено понятие стандартизированный модуль медицинской помощи и предложено его использование в качестве функционального элемента стандарта медицинской помощи и математических моделей, являющихся экономической моделью онкологического заболевания.

Получены новые данные о потребности в объемах финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи с учетом показателей заболеваемости онкологическими заболеваниями.

Разработаны методические подходы к формированию клинко-статистических групп заболеваний на основе стандартизированных модулей с применением кластерного анализа.

Расширены представления об использовании клинических рекомендаций врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами, их отношение к изменениям системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по клинко-статистическим группам и мнение о доступности противоопухолевой терапии взрослым с онкологическими заболеваниями.

Проведена группировка субъектов Российской Федерации в зависимости от уровня заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований и изучены региональные особенности изменения объемов оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в период с 2017 по 2023 гг. в субъектах Российской Федерации.

Проведено прогнозирование объемов медицинской помощи при онкологических заболеваниях на среднесрочный период по условиям ее оказания как для Российской Федерации в целом, так и для отдельных субъектов, учитывающее структуру и уровень заболеваемости ЗНО.

Получены новые данные о изменениях прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи по условиям ее оказания на среднесрочный период при проведении противоопухолевого лечения по клиническим рекомендациям.

Сформулированы предложения по формированию программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи и клинико-статистических групп, с учетом региональных особенностей.

Теоретическая и практическая значимость работы

Предложены и внедрены методические подходы к формированию программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи и клинико-статистических групп, способствующих повышению доступности методов диагностики и лечения, рекомендованных в клинических рекомендациях.

Обосновано выделение дополнительного финансового обеспечения оказания медицинской помощи по клиническим рекомендациям для реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Получены новые теоретические знания, позволяющие планировать и финансировать медицинскую помощь при онкологических заболеваниях для реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Выполнено прогнозирование объемов медицинской помощи на среднесрочный период для 2025 – 2030 гг. и оценена прогнозная потребность в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям как в целом по России, так и по субъектам Российской Федерации исходя из уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями.

Внедрение результатов в практику

Основные результаты исследования внедрены и использованы Министерством здравоохранения Российской Федерации при разработке стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и проведении их медико-экономической оценки в рамках реализации приказа Минздрава России от 22.02.2022 № 103н «Об утверждении порядка разработки стандартов медицинской помощи» (акт внедрения от 04.06.2024 №17-4/3993); Федеральным фондом обязательного медицинского страхования при подготовке методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования при формировании модели клинико-статистических групп заболеваний, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии (акт внедрения № 00-10-26-1-04/10209 от 21.06.2024); ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России при реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», в том числе при планировании объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг. (акт внедрения от 10.06.2024); ТФОМС Свердловской области при региональной адаптации федеральной модели оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования по клинико-статистическим группам заболеваний (акт внедрения от 11.06.2024); Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры при планировании финансирования оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций (акт внедрения № 07-Исх-10716 от 17.06.2024); при реализации программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (акт внедрения от 07.06.2024).

Методология и методы исследования

Объектом исследования являлось планирование и финансирование медицинской помощи при онкологических заболеваниях по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Предметом исследования являлась оценка возможности планирования и финансирования медицинской помощи взрослым при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.

При проведении данного исследования были использованы следующие методы научного анализа: аналитический метод, в том числе контент-анализ, систематический обзор, системный анализ, метаанализ, социологический (анкетирование), метод экспертных оценок, организационный эксперимент, экономический анализ, финансовое моделирование, математический метод, статистический метод, в том числе анализ временных рядов, линейный регрессионный анализ, определение объема репрезентативной выборки от генеральной совокупности, вычисление доверительных интервалов.

Положения, выносимые на защиту

1. По данным систематического обзора и метаанализа лечение пациентов в соответствии с клиническими рекомендациями увеличивает показатели выживаемости и снижает показатели смертности пациентов с онкологическими заболеваниями, при этом стандарты медицинской помощи, утвержденные в период с 2012 по 2018 гг., не соответствовали клиническим рекомендациям и моделям клинико-статистических групп, что обуславливает необходимость совершенствования механизмов планирования и финансирования оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций.

2. Разработанные методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций позволят проводить

оценку потребности в ресурсном обеспечении и обосновывать выделение дополнительного финансирования на оказание медицинской помощи.

3. Разработанные методические подходы к формированию клинико-статистических групп заболеваний повлияют на повышение объективности и транспарентности формирования модели клинико-статистических групп заболеваний и адекватность возмещения затрат.

4. Региональные особенности, в том числе структуру и уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями, необходимо учитывать при выделении субвенции в системе ОМС для совершенствования финансового обеспечения оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации по профилю «онкология».

5. Пересмотр этапов разработки и утверждения клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи, проведение клинико-экономического анализа по разработанному алгоритму позволит совершенствовать планирование и финансирование медицинской помощи при онкологических заболеваниях.

Степень достоверности результатов

Степень достоверности результатов диссертационного исследования определяется методами сбора и анализа данных, адекватно поставленными задачами, репрезентативностью выборки, использованием в работе рекомендованных методов исследования в здравоохранении и социологической оценки, а также выбором и применением адекватных методов статистической обработки данных.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием непараметрических методов исследования при помощи программного статистического пакета «Microsoft Excel 2016», «Statistica 13» и «RevMan v.5.3».

Личный вклад автора

Автором разработана методология исследования, проведен анализ литературы и нормативных правовых актов по теме исследования; организован и осуществлен сбор первичной информации; проведены математические расчеты и статистическая обработка данных; предложены и апробированы методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, проведены расчеты финансовой потребности на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях, разработаны и апробированы методические подходы к формированию клинико-статистических групп заболеваний (КСГ), применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии; проанализированы изменения объемов оказания медицинской помощи в системе ОМС при проведении противоопухолевой лекарственной терапии с 2017 по 2023 гг., осуществлено прогнозирование объемов медицинской помощи на среднесрочный период для 2025 – 2030 гг., обобщены результаты исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации, Автором подготовлены и опубликованы основные результаты работы в научных публикациях, лично доложены результаты исследования на научно-практических конференциях.

Апробация работы

Материалы исследования доложены и обсуждены на: XXI Российском онкологическом конгрессе (Москва, 2017); XIX Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества (Москва, 2018); X Съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии памяти академика Н. Н. Трапезникова (Сочи, 2018); ISPOR Europe 2018 (Барселона, 2018); Научно-практической конференции «Подходы к организации, планированию, оплате и контролю качества медицинской помощи в онкологии в системе ОМС в 2019 году» (Москва, 2019); X Съезде онкологов России (Нижний Новгород, 2019); IV Всероссийском совещании кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья (Москва, 2019); ISPOR Europe 2019 (Копенгаген, 2019); XXIII Российском

онкологическом конгрессе (Москва, 2019); XI Съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии (Казань, 2020); VIII Международной научно-практической конференции «ОТЗ: Фокус на лекарственное обеспечение» (Москва, 2021); V Юбилейном международном форуме онкологии и радиотерапии (Москва, 2022); Втором всероссийском междисциплинарном конгрессе по непрерывному профессиональному образованию работников здравоохранения (Москва, 2023).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 20 работ: из них 14 работ в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук (в т.ч. 6 – в изданиях, индексируемых Scopus); 1 монография; 1 свидетельство о регистрации программы для ЭВМ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует пунктам 13, 17 и 18 паспорта специальности 3.2.3. – «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

Объем и структура диссертационной работы

Работа изложена на 332 страницах машинописного текста, состоит из введения, семи глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (247 источника, в том числе 88 иностранных, 38 нормативных правовых актов), 6 приложений, иллюстрирована 55 таблицами и 34 рисунками.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ПОДХОДЫ К ФИНАНСИРОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1.1. Подходы к разработке клинических рекомендаций в зарубежных странах

В зарубежных странах одним из этапов развития систем организации оказания медицинской помощи было создание клинических рекомендаций (Clinical practice guidelines), что обусловлено развитием доказательной медицины, накоплением научных знаний и необходимостью доведения до практикующих врачей информации о научно обоснованных, эффективных и безопасных медицинских вмешательствах, и внедрение их в клиническую практику. Многие авторы в исследованиях подчеркивают важность использования клинических рекомендаций в качестве инструмента повышения качества медицинской помощи, а также инструмента помощи врачу в принятии решений о выборе медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи [121, 140, 151, 165, 175, 166].

В работах, посвященных клиническим рекомендациям, авторы особое внимание уделяют вопросам, связанным с методологией и процедурой разработки клинических рекомендаций, так как решение данных вопросов напрямую влияет на качество клинических рекомендаций. Следует отметить, что в мире существует несколько подходов к урегулированию процедуры разработки клинических рекомендаций. Ковалева М.Ю. выделяет 4 подхода. Первый подход предполагает, что в странах существует центральная организация, отвечающая за разработку клинических рекомендаций; такая организация – National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – есть, например, в Великобритании. Второй подход базируется на том, что клинические рекомендации разрабатываются разными организациями – ассоциациями медицинских специалистов; но существует один центральный государственный регулирующий орган. Подобная практика применяется, к примеру, в США, Германии, Австралии. Третий подход

заключается в следующем: клинические рекомендации разрабатываются ассоциациями медицинских специалистов, и координация на государственном уровне отсутствует; это наблюдается в таких странах, как Россия (до 2019 г.), Индия, Корея. Четвертый подход подразумевает использование клинических рекомендаций, разработанных в других странах или предложенных Всемирной организацией здравоохранения, что свойственно странам с низким уровнем жизни [43, 44].

Для национальных систем здравоохранения важно урегулировать процедуру разработки клинических рекомендаций, поскольку она влияет на их качество. Исследование Bachmann L. выявило, что в Швейцарии, где отсутствует центральный регулирующий орган по разработке клинических рекомендаций, представление в клинических рекомендациях сведений о методологии их разработки, их авторах, наличии конфликта интересов неоднородно, а значит, требуется стандартизация процедуры разработки клинических рекомендаций, что должно улучшить их качество [125]. Схожие недостатки клинических рекомендаций отмечались в Китайской Народной Республике [158], Чешской Республике [161], Турции [206] и Индии [163]. В данных странах клинические рекомендации изначально разрабатывались без централизованного регулирования, что привело к появлению документов низкого качества и потребовало внести изменения в процедуру формирования клинических рекомендаций на государственном уровне. Регламентация процесса разработки клинических рекомендаций на государственном уровне для улучшения их качества является важной задачей, стоящей перед системой здравоохранения. Оптимальными путями решения может быть создание в стране центральной организации, отвечающей за разработку клинических рекомендаций на государственном уровне, или сохранение права разработки клинических рекомендаций за ассоциациями медицинских специалистов и создание центрального государственного органа, регулирующего процедуру их разработки.

Однако наличие качественных клинических рекомендаций не решает стоящего перед системой здравоохранения вопроса о внедрении клинических рекомендаций в практику. Miller F.H. более 20 лет назад на примере медицинской помощи при онкологических заболеваниях обозначил важный этап внедрения клинических рекомендаций в практику, которое обусловлено принятием клинических рекомендаций врачами. Применение врачами клинических рекомендаций в практике сформирует в профессиональном сообществе представление о «новом стандарте оказания медицинской помощи», который в последующем станет эталоном и с которым будут сравнивать всю оказываемую медицинскую помощь [173]. При этом в ряде исследований подчеркивается, что и сегодня актуальна проблема внедрения клинических рекомендаций в клиническую практику [125, 126, 140, 144, 145, 171, 178, 190]. Это, в свою очередь, ставит вопрос об обязательности использования клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи. Очевидно, что по мере появления клинических рекомендаций данные документы все чаще стали применяться в судебной практике [152], и их использование вызвало дискуссии о правовом статусе клинических рекомендаций и обязательности их выполнения. Ряд исследователей, анализируя зарубежную судебную практику применения клинических рекомендаций в судебных процессах, связанных, как правило, с врачебными ошибками, подчеркивают весомость клинических рекомендаций как документа, описывающего «стандарт оказания медицинской помощи». При этом авторы исследований указывают на ограничения, имеющиеся в применении клинических рекомендаций в судебной практике, которые обусловлены тем, что в них не учитываются особенности конкретного пациента, поэтому клинические рекомендации не могут быть рассмотрены в качестве единственного документа, влияющего на принятие судебного решения [136, 139, 141, 143, 148, 174, 176, 192]. В других исследованиях, посвященных нормативному правовому статусу клинических рекомендаций в зарубежных странах, подчеркивается, что клинические рекомендации на законодательном уровне не являются строго

обязательными, и врачи при оказании медицинской помощи имеют право обоснованно отклоняться от них [71, 112, 165].

Следует подчеркнуть, что клинические рекомендации во всем мире разрабатываются на основе научных данных, однако при их подготовке не проводится экономическая оценка. Исключением является опыт Нидерландов, Англии и Уэльса по применению инструментов оценки технологий здравоохранения для определения экономических последствий включения в клинические рекомендации перечня новых дорогостоящих медицинских вмешательств. Между тем в ряде публикаций в последние годы обсуждаются вопросы о необходимости включения результатов экономических оценок в клинические рекомендации, подчеркивается важность взаимодействия клиницистов и экономистов [162], а также необходимость проведения исследований, направленных на оценку экономических последствий внедрения клинических рекомендаций в систему здравоохранения [134, 155, 164, 170].

При этом надо отметить, что в зарубежных странах отсутствуют стандарты медицинской помощи в том формате, в котором они приняты в системе здравоохранения Российской Федерации.

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время клинические рекомендации в зарубежных странах являются основополагающими документами, влияющими на клиническую практику. Во многих странах в последние годы большое внимание уделяется требованиям к разработке клинических рекомендаций и урегулированию порядка их разработки на государственном уровне, что должно позволить улучшить их качество. Следует обратить внимание на то, что клинические рекомендации не являются строго обязательными документами, и врачи имеют право отклоняться от них при оказании медицинской помощи конкретному пациенту. Кроме того, актуальным для системы здравоохранения является решение задач, связанных с проведением оценки экономической эффективности внедрения клинических рекомендаций в клиническую практику.

1.2. Нормативное регулирование разработки клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи в Российской Федерации

Развитие системы здравоохранения Российской Федерации и, в частности, организации оказания медицинской помощи в целом проходит схожий с зарубежными странами путь и обусловлено разработкой и внедрением клинических рекомендаций и протоколов ведения больных в практику. В то же время в Российской Федерации развитие стандартизации здравоохранения связано не только с клиническими рекомендациями, но и со стандартами медицинской помощи, не имеющими аналогов в зарубежных странах.

В Российской Федерации, начиная с 1992 г., принято выделять четыре этапа стандартизации здравоохранения. Первый этап, длившийся с 1992 по 2021 гг., обусловлен развитием процесса стандартизации медицинской помощи, разработкой единых государственных стандартов качества и протоколов ведения больных. Второй этап, охватывавший период с 2002 по 2006 гг., начался с принятия Федерального закона «О техническом регулировании» и продолжился разработкой национальных стандартов, технических регламентов и стандартов организаций. Начало третьего этапа, который длился с 2007 по 2011 гг., связано с разграничением полномочий по стандартизации в здравоохранении между уровнями власти (федеральным и региональным). На этом этапе были разработаны федеральные стандарты медицинской помощи, порядки оказания медицинской помощи и региональные медико-экономические стандарты. Последний, четвертый этап, начавшийся в 2012 г. и продолжающийся в настоящее время, обусловлен вступлением в силу Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и разработкой стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций [71].

На сегодняшний день основными элементами системы стандартизации оказания медицинской помощи в Российской Федерации принято считать клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи. При этом в

первоначальной редакции закона основная роль в стандартизации оказания медицинской помощи отводилась стандартам медицинской помощи, но в последующих редакциях закона усилилась роль клинических рекомендаций.

С 2012 г. на законодательном уровне было закреплено положение о разработке и утверждении клинических рекомендаций медицинскими профессиональными некоммерческими организациями (МПНО). С 2012 по 2015 гг. было создано более 1200 клинических рекомендаций, которые размещались в Федеральной электронной медицинской библиотеке (ФЭМБ) [44]. Следует отметить, что в указанный период порядок разработки клинических рекомендаций не был определен, отсутствовали документы, регулирующие процедуру разработки клинических рекомендаций и содержащие требования к их структуре. М.Ю. Ковалева и Н.И. Журавлева [25, 43] в результате анализа клинических рекомендаций, размещенных в ФЭМБ, приходят к выводу, что качество клинических рекомендаций было низким, в том числе из-за следующих недостатков:

- отсутствия единой формы клинических рекомендаций;
- использования разработчиками разных шкал оценки уровней достоверности данных и убедительности рекомендаций;
- наличия нескольких клинических рекомендаций по одному заболеванию;
- изложения в отдельных клинических рекомендациях информации только об отдельных этапах оказания медицинской помощи или о применении отдельных методов лечения.

Кроме того, в клинических рекомендациях, разработанных разными МПНО по одному заболеванию, информация о рекомендуемых методах лечения могла различаться или даже быть противоречивой [14, 41].

Все вышеуказанные недостатки клинических рекомендаций, размещенных в ФЭМБ, приводили к ограничению их использования в системе здравоохранения как документов, являющихся базой для оказания медицинской помощи.

Важность для системы здравоохранения качественных клинических рекомендаций, основанных на принципах доказательной медицины, подчеркивалась, как было отмечено ранее, во многих исследованиях, поскольку именно клинические рекомендации могут влиять на улучшение клинической практики, повышение качества медицинской помощи и экономической эффективности системы здравоохранения вследствие применения эффективных и безопасных вмешательств [25, 74, 75, 86, 146, 175].

Накопленный опыт создания клинических рекомендаций потребовал пересмотра порядка их разработки и усиления их роли в системе здравоохранения. В связи с этим в 2016 г. были предложены поправки в Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ [43, 44]. Но закрепление клинических рекомендаций как документов, на основе которых должна организовываться медицинская помощь в Российской Федерации, на законодательном уровне произошло только в 2019 г., что было обусловлено вступлением в силу внесенных поправок.

В законе сохранились положения о разработке и утверждении клинических рекомендаций, как и прежде, МПНО, но были введены положения о порядке разработки и требованиях к клиническим рекомендациям.

Процедура разработки стала четко регламентированной, появились требования к клиническим рекомендациям [235], процесс согласования клинических рекомендаций стал многоэтапным [236]. Минздрав России получил полномочия регламентировать порядок разработки клинических рекомендаций, определять перечень заболеваний, для которых обязательно должны быть утверждены клинические рекомендации [233]. В порядке разработки появился этап экспертизы клинических рекомендаций с точки зрения соответствия требованиям, установленным Минздравом. Эту экспертизу проводит подведомственное учреждение Минздрава России. Необходимо отметить, что экспертиза как предусматривает оценку соответствия структуры клинических рекомендаций требованиям, так и устанавливает для медицинских вмешательств степень корректности информации об уровне достоверности данных и об убедительности

рекомендаций. Также в порядке разработки клинических рекомендаций прописан этап их рассмотрения научно-практическим советом (органом, созданным при Минздраве России и состоящим из ведущих клинических специалистов), который рассматривает клинические рекомендации и принимает решение об их одобрении или отклонении [234]. Кроме того, в порядке разработки клинических рекомендаций прописан обязательный этап общественного обсуждения.

С 2019 г. на законодательном уровне было определено, что для одного заболевания может быть разработаны только одна клиническая рекомендация, а также установлены сроки пересмотра клинических рекомендаций не реже одного раза в три года. Клинические рекомендации, прошедшие все процедуры, предусмотренные порядком их разработки, стали размещаться на едином ресурсе в сети Интернет – в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России [247].

Детальная регламентация процесса разработки клинических рекомендаций с 2019 г., определение требований к их структуре и научной обоснованности содержащийся в клинических рекомендациях информации направлены на улучшение их качества путем включения в рекомендации данных только о научно обоснованных медицинских вмешательствах [16].

Изменения, внесенные в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ [247], также затронули ряд статей этого закона: о доступности и качестве медицинской помощи (статья 10), об обязанности медицинских организаций (статья 79), о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (статья 80). Перечисленные статьи были дополнены положениями о клинических рекомендациях, что повысило роль клинических рекомендаций в системе здравоохранения Российской Федерации.

Для реализации задачи, поставленной в Указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 [244], по внедрению клинических рекомендаций в систему здравоохранения законодательно был определен переход к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, которые должны

использоваться при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ). Поэтапный переход должен осуществляться с 2022 г. и завершиться в 2024 г. Правила поэтапного перехода определены Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 № 1968 [229]. Следует отметить, что в конце 2023 г. срок поэтапного перехода был продлен до 2025 г.

Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций обусловлен необходимостью дать возможность МПНО разработать и актуализировать клинические рекомендации согласно требованиям, предъявляемым к ним [86]. Исключением явился профиль «онкология»: оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях уже с 2019 г. в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» должно основываться на клинических рекомендациях [210].

Изменения федерального законодательства, касающиеся клинических рекомендаций, вызвали вопросы, связанные с нормативным правовым статусом и обязательностью выполнения клинических рекомендаций, – при условии, что они не являются нормативными правовыми актами (НПА) и утверждаются только МПНО [88]. Ряд исследователей, рассматривая положения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ о клинических рекомендациях, приходит к выводу об обязательном статусе клинических рекомендаций в российской правовой системе [64, 84]. Помимо этого, некоторые авторы отмечают обязательность исполнения клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи при онкологических заболеваниях в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) уже с 2019 г. [42, 86], что обусловлено, среди прочих факторов, использованием клинических рекомендаций при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи [239, 241, 242]. Клинические рекомендации с 2019 г. являются основой для разработки стандартов медицинской помощи. При этом Минздрав России в своем письме

указывает на отсутствие в законодательстве нормы, устанавливающей обязанность соблюдения клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи [219].

Как было отмечено ранее, в зарубежных странах не существует аналогичных стандартам медицинской помощи документов, утверждаемых на государственном уровне. В Российской Федерации вступление в силу Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ закрепило за стандартами медицинской помощи статус документов, регулирующих оказание медицинской помощи. Начиная с 2012 г. стандарты медицинской помощи стали проходить регистрацию в Минюсте России и, следовательно, стали НПА. Изменение в системе здравоохранения статуса стандартов медицинской помощи вызвало вопросы у медицинского сообщества и привело к дискуссиям об обязательности применения стандартов, возможности реализации на их основе контроля качества медицинской помощи в системе ОМС. В отдельных работах авторы приводят аргументы в пользу обязательности исполнения стандартов медицинской помощи при оказании медицинской помощи, в том числе и после внесения в конце 2013 г. поправок в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ; но в других работах обсуждается возможность отклонения врачами от стандарта при оказании медицинской помощи в определенных клинических ситуациях [71, 82, 83, 89, 115, 116]. В иных исследованиях приводятся доводы в пользу того, что стандарты не являются обязательными документами, регламентирующими оказание медицинской помощи [77, 78]. Острые вопросы в медицинском сообществе вызывало использование стандартов медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС и наложение финансовых санкций на медицинские организации при отклонении от стандарта медицинской помощи. В ряде работ отмечается, что стандарты медицинской помощи включают в себя только объемные показатели и не содержат, в отличие от клинических рекомендаций, описания алгоритмов действий врача, и это ограничивает возможности использования стандартов при проведении экспертизы качества медицинской помощи [9, 10, 11, 57, 62, 71, 77, 78, 95, 116]. Такие авторы, как М. Г. Малаев, Б.К. Романов, В.И. Перхов, указывают на

то, что в стандартах медицинской помощи, утвержденных в период с 2012 по 2015 гг., содержалось большое количество ошибок и опечаток, которые ограничивали использование стандартов при проведении экспертизы [63, 79, 87].

Необходимо подчеркнуть, что до 2018 г. не был урегулирован порядок разработки стандартов медицинской помощи; не было определено, кто их формирует и каким образом составляется перечень заболеваний, для которых требуется утверждение стандартов; не решены проблемы финансового обеспечения оказания медицинской помощи при внедрении стандартов медицинской помощи [1, 71, 79, 94]. Кроме того, возникали противоречивые ситуации: во-первых, имелась несогласованность между клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи, во-вторых, было возможным наличие стандартов и отсутствие клинических рекомендаций или, наоборот, наличие клинических рекомендаций и отсутствие утвержденных стандартов медицинской помощи [8, 9].

Обозначенные проблемы, связанные с разработкой и применением стандартов медицинской помощи, обусловили актуальность изменений законодательства, направленных на снижение роли стандартов медицинской помощи в организации оказания медицинской помощи, и потребовали закрепления в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ положения о том, что стандарты медицинской помощи разрабатываются на основе клинических рекомендаций [38]. С 2019 г. связь между стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями позволила определить перечень заболеваний, для которых должны быть разработаны стандарты медицинской помощи. При этом стандарт медицинской помощи должен утверждаться не позднее, чем через 8 месяцев с момента размещения клинических рекомендаций в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России [240]. В свою очередь, как было обозначено выше, Минздрав России имеет полномочия определять на основании утвержденных критериев перечень обязательных для разработки клинических рекомендаций и, как следствие, перечень стандартов медицинской помощи. В

настоящее время в порядке разработки стандартов медицинской помощи указано, что ответственными за разработку стандартов являются главные внештатные специалисты Минздрава России.

После внесения изменений в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ положения о стандартах медицинской помощи сохранились в статьях закона: о доступности и качестве медицинской помощи (статья 10), об обязанности медицинских организаций (статья 79), о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (статья 80), но при этом были исключены из статей об экспертизе качества медицинской помощи (статья 64), о государственном контроле и качестве безопасности медицинской деятельности (статья 88). При этом в НПА, регулирующих экспертизу качества медицинской помощи в системе ОМС, стандарты медицинской помощи остались в качестве применяемых документов наравне с клиническими рекомендациями [239], в отличие от НПА, регулирующих экспертизу качества медицинской помощи вне системы ОМС [232].

Вместе с тем как ранее, так и после принятия поправок в закон стандарты медицинской помощи сохраняют свою структуру, обозначенную в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ, и отражают объемные показатели медицинской помощи, содержат усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения для медицинских услуг; лекарственных препаратов; компонентов крови; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; лечебного питания. Таким образом, как было подчеркнуто в отдельных статьях, стандарты медицинской помощи позволяют оценивать стоимость оказания медицинской помощи и являются медико-экономическим документом [9, 10, 21, 63, 65, 69, 92, 94, 97]. В то же время ввиду законодательных ограничений в стандарты медицинской помощи взрослым не допускается включение лекарственных препаратов не в соответствии с инструкцией по медицинскому применению, т. е. «вне инструкции» (off-label), что создает ситуацию, которая приводит к

несогласованности стандартов медицинской помощи взрослым и клинических рекомендаций [53].

С 2018 г. порядком разработки стандартов медицинской помощи на этапе согласования проектов стандартов прописана процедура проведения медико-экономической оценки [240], которая должна определить потребность системы здравоохранения в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при применении включенных в стандарт медицинских вмешательств. Но стоит обратить внимание, что на сегодняшний день процедура проведения медико-экономической оценки в приказе не детализирована.

О.Ю. Александрова обозначает важность разработки научно обоснованных методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и созданию механизмов их актуализации [12].

Таким образом, изменения законодательства поэтапно увеличивали роль клинических рекомендаций в системе здравоохранения Российской Федерации. Сегодня клинические рекомендации являются основополагающими документами при организации оказания медицинской помощи. Также следует отметить, что на законодательном уровне отсутствуют нормы, устанавливающие обязательность соблюдения клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи. В настоящее время процедура разработки клинических рекомендаций регламентирована на федеральном уровне, прописана единая методология разработки клинических рекомендаций и определены требования к их структуре. Большинство исследователей положительно относятся к изменению роли клинических рекомендаций при организации оказания медицинской помощи и отмечают, что внедрение клинических рекомендаций в практику позволит повысить качество и доступность медицинской помощи путем применения эффективных и научно обоснованных медицинских вмешательств. Между тем в исследованиях отмечается, что стандарты медицинской помощи, в отличие от клинических рекомендаций, содержат объемные показатели, позволяющие проводить по ним расчеты стоимости оказания медицинской помощи. На

законодательном уровне в системе здравоохранения Российской Федерации стандартам медицинской помощи отводится экономическая функция, устанавливается взаимосвязь между клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи, с 2018 г. регулируется порядок их разработки. При этом механизмы реализации экономической функции стандартов медицинской помощи остаются нечеткими. Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи определены в качестве документов, которые должны учитываться при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ). Однако для возможности использования данных документов в целях формирования ПГГ требуется разработка методических подходов, которые позволят структурировать информацию о методах диагностики и лечения, описанных в клинических рекомендациях, для формирования стандартов медицинской помощи и проведения расчетов финансово-экономического обоснования ПГГ.

1.3. Подходы к финансированию медицинской помощи при онкологических заболеваниях в зарубежных странах

В последние годы во всем мире отмечается увеличение затрат на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях, что обусловлено появлением инновационных и дорогостоящих методов лечения [142, 153].

В целом финансирование медицинской помощи при онкологических заболеваниях на государственном уровне в зарубежных странах зависит от принятой в стране системы финансирования здравоохранения [207]. Принято выделять три основные системы финансирования здравоохранения:

- система бюджетного финансирования (например, в Великобритании и скандинавских странах);
- система ОМС (в Германии, Франции);
- система частного финансирования (в США).

В отдельных исследованиях на примере европейских стран было отмечено, что затраты систем здравоохранения на лечение онкологических заболеваний не

являются равнозначными и имеются существенные различия между странами [143, 159, 182, 198].

Также в последнее время пациенты во многих странах испытывают финансовые трудности при получении лечения от онкологических заболеваний, что обусловлено как большими затратами на онкологическую помощь (прямыми затратами пациента), так и потерей дохода (косвенными затратами пациента). Данную проблему принято обозначать термином «финансовая токсичность» медицинской помощи. Одной из задач, стоящей перед системой здравоохранения, является снижение «финансовой токсичности» для пациентов, которые получают медицинскую помощь при онкологических заболеваниях [128, 167].

Увеличение расходов на лечение онкологических заболеваний в большей степени отмечается в странах с высоким уровнем дохода. В первую очередь это связано с тем, что в этих странах появляются и становятся доступными современные дорогостоящие противоопухолевые лекарственные препараты. Но в отдельных исследованиях было указано, что увеличение затрат на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях в странах Европейского союза не приводит к улучшению результатов лечения [195]. Кроме того, на рост стоимости противоопухолевого лечения также влияют маркетингизация медицинской помощи и создание «искажающих стимулов» для врачей при назначении противоопухолевого лечения. Это делает более актуальным использование инструментов оценки технологий здравоохранения для принятия решений о возмещении затрат на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях в рамках государственной системы финансирования медицинской помощи [122, 208], а также выстраивание переговорного процесса, касающегося снижения цены, с производителями лекарственных препаратов [138].

Особое внимание в статьях уделяется необходимости формирования на государственном уровне национальных программ по борьбе с онкологическими заболеваниями. В настоящее время национальные программы реализуются во многих странах мира, но подходы к их формированию различны и зависят от

приоритетов национальных систем здравоохранения. В ряде исследований отмечается, что при формировании национальных программ по борьбе с онкологическими заболеваниями в программы важно включать не только мероприятия, направленные на профилактику, раннюю диагностику онкологических заболеваний и снижение смертности, но и мероприятия, нацеленные на повышение доступности противоопухолевого лечения, в том числе противоопухолевых лекарственных препаратов, и на выстраивание политики, позволяющей повысить эффективность финансирования медицинской помощи, оказываемой при онкологических заболеваниях [150, 154, 157, 183, 187, 193, 196]. Помимо этого, национальные программы борьбы с онкологическими заболеваниями должны способствовать повышению уровня финансовой защиты пациентов [193].

В вопросах изменения финансирования медицинской помощи в рамках реализации национальной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями показателен опыт Франции. В ходе реализации национальной программы было решено исключить инновационные противоопухолевые препараты из перечня, который предназначен для возмещения затрат медицинских организаций, и начать компенсировать расходы медицинских организаций на лекарственные препараты отдельно, что привело к повышению доступности лекарственных препаратов для пациентов, но потребовало значительного увеличения бюджета [160]. В программе, реализуемой в Корее с 2021 г., предполагается проведение клинического и экономического анализа дорогостоящих противоопухолевых лекарственных препаратов, оценки результативности и качества лечения онкологических заболеваний на государственном уровне для возможности в последующем принимать обоснованные решения, способствующие снижению финансовой нагрузки на систему здравоохранения [149].

В то же время следует отметить, что рост стоимости оказания медицинской помощи в системе здравоохранения обусловлен не только включением дорогостоящих противоопухолевых лекарственных препаратов в государственную

программу возмещения, но и увеличением затрат на другие компоненты противоопухолевого лечения: хирургического лечения и лучевой терапии [182]. К тому же расходы на оказание медицинской помощи варьируются в зависимости от таких факторов, как тип онкологического заболевания и этап оказания медицинской помощи [127, 143]. Вместе с тем, в ряде исследований было доказано, что оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях с соблюдением клинических рекомендаций приводит к снижению стоимости лечения и уменьшает нагрузку на систему государственного финансирования [184, 185, 194, 200, 201].

Еще более важным для систем здравоохранения является вопрос о совершенствовании механизмов возмещения затрат медицинским организациям при оказании медицинской помощи при онкологических заболеваниях, то есть о совершенствовании моделей оплаты медицинской помощи. В большинстве стран мира общепринятым способом оплаты стационарной медицинской помощи является оплата по системе Diagnostic Related Groups (DRG). В российской системе здравоохранения для обозначения этой системы принято использовать термин клинко-статистические группы заболеваний (КСГ). Общий принцип системы DRG, подразумевает – на основании классификационных критериев – отнесение случая оказания медицинской помощи к определенной группе DRG, которая является экономически и клинически однородной, при этом предполагается возмещать затраты по усредненному тарифу. Страны по-разному подходили к внедрению модели DRG: одни внедряли модели, разработанные ранее в чужих странах, другие создавали собственные модели DRG. Следует отметить, что разработка страной своей модели DRG считается более трудозатратным и финансово емким решением для государства, чем использование готовой модели, но при этом позволяет учесть особенности системы здравоохранения страны [172]. Существующие в мире модели DRG имеют свои особенности, в том числе и в части оплаты медицинской помощи, оказываемой при онкологических заболеваниях. Разные страны по-своему решают вопросы компенсации расходов при оказании

медицинской помощи и выстраивают собственную систему дополнительных платежей: если выплаты по модели DRG значительно не покрывают расходов медицинской организации, то возникает проблема появления «профицитных» и «дефицитных» случаев оказания медицинской помощи – случаев лечения, при которых затраты медицинской организации существенно отклоняются от суммы, установленной по среднему тарифу. Во многих государствах из оплаты по системе DRG исключаются элементы, которые затем возмещаются дополнительными платежами. Такими элементами могут быть отдельные виды или методы лечения, группы заболеваний или пациентов, отдельные медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь. Механизмы исключения используются и при формировании модели оплаты медицинской помощи по системе DRG, но подходы в странах мира различаются. Например, в Англии, Франции и Германии изъяты из возмещения по системе DRG отдельные противоопухолевые лекарственные препараты (и в последнее время число таких препаратов увеличивается), а их компенсация производится в виде отдельного платежа. В Эстонии не возмещаются по системе DRG затраты на проведение химиотерапии, а в Англии и Германии – затраты на оказание медицинской помощи пациентам, перенесшим трансплантацию костного мозга. В США в рамках программы Medicare из оплаты по системе DRG исключены отдельные больницы, оказывающие онкологическую помощь; для них предполагается возмещение по принципу «разумных затрат». В Дании пациенты с отдельными типами онкологических заболеваний (например, рак поджелудочной железы или почек), требующих высокоспециализированного лечения, получают медицинскую помощь, возмещение затрат на которую проводится не по системе DRG [130, 181].

Стоит отметить, что если возмещение при хирургическом лечении производится в европейских странах по системе DRG, то принципы возмещения при проведении лучевой терапии в настоящее время сильно различаются: в одних используется бюджетное финансирование, в других – оплата медицинской услуги или фракции лучевой терапии [131, 168, 208].

В отдельных государствах для оплаты медицинской помощи при онкологических заболеваниях разрабатываются и реализуются альтернативные модели оплаты, предполагающие оплату не каждого случая оказания медицинской помощи, а нескольких случаев оказания медицинской помощи за определенный период времени. Данный подход называется или комплексным платежом, или пакетным платежом (episodic payments, bundled payment). Целью внедрения комплексного платежа является сокращение факторов, способствующих наращиванию избыточных объемов медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, вследствие изменения экономических стимулов и улучшения координации между разными поставщиками медицинских услуг [156]. Результатом введения комплексного платежа должно стать снижение расходов системы здравоохранения на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях [137, 180, 191, 199]. Считается, что альтернативные модели оплаты должны способствовать улучшению качества медицинской помощи, так как предполагают корректировку выплат, исходя из результатов оценки качества медицинской помощи, или дополнительные выплаты, если поставщики услуг демонстрируют лучшие показатели [189, 199]. Однако на сегодняшний день в ряде публикаций авторы указывают на необходимость совершенствования альтернативных способов оплаты для удовлетворения потребностей как пациентов, так и поставщиков медицинских услуг и плательщиков. Кроме того, сейчас нет убедительных доказательств эффективности альтернативных моделей оплаты медицинской помощи, оказываемой при онкологических заболеваниях [124, 177, 202].

Таким образом, в разных странах существуют особенности финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях, и в первую очередь они связаны с системой финансирования здравоохранения в целом. Основным способом оплаты медицинской помощи при онкологических заболеваниях являются модели DRG, предусматривающие оплату по усредненному тарифу. При этом из модели оплаты по DRG, как правило, исключаются высокотехнологичные

и дорогостоящие методы лечения, а возмещение затрат на оказание медицинской помощи при их применении фиксируется в абсолютных значениях. Национальные системы здравоохранения, использующие оплату по системе DRG, сталкиваются с необходимостью сохранять баланс между применением усредненного тарифа, способствующего ограничению роста затрат системы здравоохранения, и уменьшением «профицитности» и «дефицитности» тарифов. Соблюдение баланса повышает адекватность возмещения затрат медицинским организациям и снижает возможность отбора медицинскими организациями пациентов и методов лечения, затраты на которые будут ниже тарифа DRG, то есть «профицитными», что также принято обозначать термином «Cream skinning» («снятие сливок»).

1.4. Нормативное регулирование финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях в Российской Федерации

Для системы здравоохранения Российской Федерации вопросы финансирования оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях являются актуальными ввиду развития медицинских технологий и, как следствие, роста затрат на оказание медицинской помощи.

Основными законами Российской Федерации, регулирующими организацию и финансирование медицинской помощи, являются Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [247] и Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [246].

Федеральным законом 21.11.2011 № 323-ФЗ определены источники финансового обеспечения оказания медицинской помощи:

- средства обязательного медицинского страхования;
- бюджетные ассигнования федерального бюджета;
- бюджетные ассигнования бюджетов субъектов Российской Федерации;
- средства организаций и граждан;

- средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования;
- иные, не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

Основным НПА, регулирующим государственное финансирование медицинской помощи, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ, является ППГ, в которой определены:

- перечень заболеваний и состояний, при которых оказание медицинской помощи осуществляется бесплатно;
- категории граждан, которым медицинская помощь оказывается бесплатно;
- базовая программа ОМС;
- средние нормативы объема и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, а также структура формирования тарифов на медицинскую помощь;
- перечни видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) и перечень групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи – перечень клинико-статистических групп заболеваний (КСГ).

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326 определена структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС, которая включает расходы на:

- заработную плату и начисления на оплату труда;
- приобретение расходных материалов, необходимых при оказании медицинской помощи (медицинских изделий, реактивов, мягкого инвентаря, медицинского оборудования, хозяйственного инвентаря и др.);
- лекарственные препараты;

- продукты питания или организацию питания;
- работы и услуги по содержанию имущества, а также услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги и др.

В ПГГ устанавливаются средние нормативы финансирования и объема медицинской помощи, а способы оплаты медицинской помощи различаются в зависимости от условий ее оказания [220-227]. Так, вне медицинской организации единицей планирования объемов медицинской помощи является вызов; в амбулаторных условиях – посещение и обращение; в дневном стационаре – случай лечения; в стационарных условиях – случай госпитализации или койко-день. Необходимо отметить, что оплата койко-дня осуществлялась до 2018 г. для медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» и паллиативной медицинской помощи, с 2019 г. – только для паллиативной медицинской помощи [223]. Кроме того, с 2020 г. были введены новые единицы планирования амбулаторной медицинской помощи: комплексное посещение и исследование [224]. Согласно ПГГ, оплата медицинской помощи вне медицинской организации производится по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой вызова скорой медицинской помощи, в амбулаторных условиях – оплата единицы объема медицинской помощи или по подушевому нормативу финансирования, в условиях дневного стационара – оплата случая лечения (законченный случай лечения), в стационарных условиях – законченного случая госпитализации (законченный случай лечения) [101].

Таким образом, в системе здравоохранения Российской Федерации в рамках планирования ПГГ имеются сложившиеся единицы планирования медицинской помощи и способы ее оплаты. Основной единицей планирования медицинской помощи, оказываемой в круглосуточном стационаре, является случай госпитализации, в дневном стационаре – случай лечения. Оплата медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров, производится за законченный случай лечения.

В соответствии ПГГ, оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях входит в базовую программу ОМС, а именно основным источником ее финансирования являются средства обязательного медицинского страхования. При этом отдельные методы лечения, применяемые при оказании медицинской помощи по профилю «онкология» в рамках ПГГ, относятся к перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включенной в базовую программу ОМС, то есть выделение средств на оказание медицинской помощи с использованием данных методов лечения осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований федерального бюджета или бюджетов субъектов Российской Федерации.

Согласно законодательству, с 2022 г. при формировании ПГГ должны учитываться не только стандарты медицинской помощи, но и клинические рекомендации, что позволит реализовать задачу по формированию тарифов на основе клинических рекомендаций в соответствии с Указом Президента Российской Федерации [244]. При этом медицинская помощь по профилю «онкология» уже с 2019 г. в рамках реализации национального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» должна оказываться на основе клинических рекомендаций, для чего предусмотрено выделение дополнительных финансовых ресурсов на оказание медицинской помощи по профилю «онкология» в рамках ПГГ [39, 40, 72, 103, 104].

С 2019 г. в ПГГ выделяются нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для круглосуточного и дневного стационаров по профилю «онкология» с целью контроля расходования финансовых средств системы ОМС на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях. В ряде исследований поднимаются вопросы о том, что такой подход может иметь ограничения, так как при распределении финансирования между субъектами Российской Федерации учитывается численность застрахованных граждан без учета уровня заболеваемости, а это может приводить к диспропорциям финансирования профиля «онкология» между субъектами Российской Федерации

[45, 90, 110, 119]. В других исследованиях было отмечено, что нормирование объемов медицинской помощи в рамках ПГГ по условиям оказания медицинской помощи может стать причиной ограничения доступности медицинской помощи в дневном стационаре, в том числе по профилю «онкология». Выделение нормативов по определенным профилям в рамках общего норматива, как это сделано для профиля «онкология», усложняет планирование объемов медицинской помощи на уровне субъекта Российской Федерации и может сформировать «дефицит» финансирования ненормируемых профилей [111, 118]. Но необходимо учитывать следующее: в последние годы отмечается рост объемов медицинской помощи в дневном стационаре, что может являться следствием попытки компенсировать дефицит лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях [60]. В этом случае нормирование на федеральном уровне можно рассматривать как рациональный способ сдерживания перераспределения средств между бюджетом субъекта Российской Федерации и бюджетом ОМС. Для системы здравоохранения Российской Федерации решение задачи по разработке методических подходов для оценки затрат на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях сохраняет актуальность [13]. Кроме того, рост заболеваемости ЗНО в Российской Федерации в целом и различия в структуре и уровне заболеваемости ЗНО между субъектами Российской Федерации [19, 114] требует совершенствования механизмов планирования финансирования медицинской помощи, оказываемой при онкологических заболеваниях.

Отдельное внимание стоит обратить на способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара. Для данных условий оказания медицинской помощи оплата, согласно ПГГ, производится за законченный случай лечения и в настоящий момент в большей части субъектов Российской Федерации осуществляется с применением метода оплаты по КСГ [211-218]. Внедрение КСГ в России началось с 2012 г. и проводилось поэтапно путем включения субъектов Российской Федерации в пилотный проект. К 2017 г. большинство субъектов Российской Федерации перешло на оплату медицинской

помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара с применением КСГ. Российская модель КСГ подразумевает определение для группы КСГ коэффициента затратоемкости, отражающего, во сколько раз стоимость группы КСГ выше или ниже стоимости среднего случая лечения – так называемой базовой ставки [2, 99].

Внедрение КСГ в России было направлено на унификацию методов оплаты и определения тарифов на оплату медицинской помощи, на достижение справедливого финансирования медицинских организаций (большой объем оплаты за более тяжелые и сложные случаи), на повышение эффективности оказания медицинской помощи за счет сокращения длительности госпитализации и улучшения маршрутизации пациентов [2]. В отдельных исследованиях, посвященных внедрению метода оплаты стационарной помощи по КСГ в субъектах Российской Федерации, было отмечено, что оплата по КСГ способствовала сокращению длительности госпитализаций, изменению структуры коечного фонда, интенсификации лечебного процесса, внедрению современных медицинских технологий [66, 105, 117]. Необходимо помнить, что у оплаты по КСГ есть свои недостатки: медицинские организации могут производить отбор пациентов с низкими рисками осложнений, чтобы минимизировать свои расходы, или преждевременно выписывать пациентов. При этом метод оплаты стационарной помощи по КСГ является самым распространенным в мире и не имеет в наши дни лучшего аналога [17]. Кроме того, унификация методов оплаты стационарной помощи путем применения модели КСГ позволила проводить сравнение и объемов оказания медицинской помощи в разных субъектах Российской Федерации, и тарифов на оказание медицинской помощи в них [99, 120].

КСГ, применяющиеся для оплаты медицинской помощи при онкологических заболеваниях, в России впервые появились в модели КСГ 2014 г. и с тех пор активно развиваются. Реализация национального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» еще в большей степени потребовала пересмотра модели КСГ для профиля «онкология» для решения задачи финансового

обеспечения оказания медицинской помощи в системе ОМС на основе клинических рекомендаций [4].

В то же время сохраняется оплата определенных методов лечения, в том числе и для профиля «онкология», на основе перечней видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), включенных в базовую программу ОМС (первый перечень ВМП) и не включенных в базовую программу ОМС (второй перечень ВМП). Оплата медицинской помощи по перечню ВМП, как и оплата по КСГ, подразумевает объединение клинически и экономически схожих методов в группы, но если в рамках КСГ на федеральном уровне устанавливается коэффициент затратоемкости для группы методов и размер тарифа зависит от применяемой в субъекте Российской Федерации базовой ставки и поправочных коэффициентов, то для групп методов в обоих перечнях ВМП на федеральном уровне устанавливается норматив финансовых затрат в абсолютных значениях. В последние годы наблюдается перевод отдельных методов лечения из второго перечня ВМП в первый, и это способствует повышению их доступности [67]. Следует отметить, что в отдельных исследованиях поднимается вопрос о необходимости перевода ВМП в модель КСГ [18, 73].

Следует отметить, что ППГ для методов противоопухолевого лечения (хирургического лечения, противоопухолевой лекарственной терапии, лучевой терапии), применяемых при онкологических заболеваниях, относящихся к кодам МКБ-10 C00-C80, предусмотрены разные методы оплаты медицинской помощи. Так, противоопухолевая лекарственная терапия при оказании медицинской помощи взрослым с солидными опухолями как самостоятельный метод лечения в рамках случая оказания медицинской помощи в соответствии с ППГ оплачивается по КСГ, в то же время в ППГ предусмотрена оплата по первому и второму перечню ВМП комбинированной терапии – сочетания хирургического лечения и химиотерапии в одном случае. Оплата лучевой терапии до 2020 г. проводилась как по КСГ, так и по второму перечню ВМП. С 2020 г. ряд методов лучевой терапии был перенесен из второго перечня ВМП и КСГ в первый перечень ВМП [224].

Таким образом, с 2020 г. лучевая терапия оплачивается в рамках ПГГ тремя возможными методами: по КСГ, по первому перечню ВМП и по второму перечню ВМП – так же, как и методы хирургического лечения по ПГГ.

Сегодня особое внимание уделяется вопросам лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне пациентов с онкологическими заболеваниями. Необходимо выстроить преемственность между условиями оказания медицинской помощи (стационарно, в дневном стационаре, амбулаторно), что должно способствовать эффективному использованию ресурсов системы здравоохранения [5, 6, 22, 58, 59, 100].

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ, лекарственное обеспечение пациентов, в том числе с онкологическими заболеваниями, в рамках ПГГ осуществляется в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

Кроме того, при оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями по ПГГ источники финансирования лекарственного обеспечения могут быть разными в зависимости от условий ее оказания:

- в условиях круглосуточного стационара – средства системы ОМС, за исключением методов лечения, относящихся к перечню ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, финансирование которых осуществляется за счет средств федерального бюджета;
- в условиях дневного стационара – средства системы ОМС;
- амбулаторно – за счет средств федерального бюджета определенные категории граждан, например инвалиды войны, участники Великой Отечественной войны, ветераны боевых действий [245]; за счет средств бюджетов субъекта Российской Федерации определенные группы населения (например, участники Гражданской и Великой Отечественной войн, Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы,

инвалиды вследствие Чернобыльской катастрофы) и определенных категорий заболевания, в которые включены онкологические заболевания [230].

Лекарственное обеспечение пациентов при онкологических заболеваниях является многоканальным. При этом НПА не регламентируют четкого разграничения финансирования лекарственного обеспечения по источникам; один пациент может обеспечиваться лекарственными препаратами, в том числе противоопухолевыми лекарственными препаратами, финансирование которых осуществляется из разных источников. Реализация национального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и увеличение финансирования оказания медицинской помощи в системе ОМС без урегулирования вопросов льготного лекарственного обеспечения, в частности оценки имеющегося дефицита финансирования, подчеркивают необходимость совершенствования системы лекарственного обеспечения. При этом в одних исследованиях обсуждается внедрение в систему ОМС лекарственного обеспечения пациентов с онкологическими заболеваниями, включая формирование тарифов на проведение противоопухолевой терапии в амбулаторных условиях [60, 102], в другом исследовании рассматривается подход, направленный на улучшение модели лекарственного обеспечения [6].

Вопросы совершенствования финансирования оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии неразрывно связаны со структурными изменениями онкологической службы, например, с появлением в ее структуре центров амбулаторной онкологической помощи, в функции которых стало входить проведение противоопухолевой лекарственной терапии наряду с онкологическими диспансерами, и, как следствие, пересмотром принципов маршрутизации пациентов [52]. Это в свою очередь требует проведения оценок потребности в ресурсах, необходимых для оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях [61, 68].

Таким образом, финансирование оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров медицинской помощи при онкологических заболеваниях в рамках ПГГ осуществляется из разных источников (ОМС, федеральный бюджет, бюджет субъекта Российской Федерации). Источник финансирования зависит от метода противоопухолевого лечения и установленного для него в ПГГ способа оплаты медицинской помощи (КСГ, первый перечень ВМП, второй перечень ВМП). При этом все методы оплаты медицинской помощи (КСГ и перечни ВМП) подразумевают объединение клинически и экономически схожих методов противоопухолевого лечения в группы и определение на федеральном уровне усредненной стоимости: для КСГ – коэффициентов затроемкости (относительные значения), для перечней методов, относящихся к ВМП, – нормативов финансовых затрат (абсолютные значения). Отдельно следует отметить, что финансирование оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии также осуществляется за счет источников, установленных ПГГ для лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях (федеральный бюджет и бюджет субъектов Российской Федерации). Существующие НПА, регулирующие лекарственное обеспечение пациентов с онкологическими заболеваниями, не дают четкого представления о принципах разделения источников финансирования при планировании лекарственного обеспечения как в целом в Российской Федерации, так и на уровне субъекта Российской Федерации. Финансирование медицинской помощи при онкологических заболеваниях осуществляется из разных источников, которые чаще всего дублируют друг друга, то есть является многоканальным. Актуальной для системы здравоохранения Российской Федерации является задача оптимизации источников финансирования противоопухолевого лечения, исходя из реализуемых в рамках ПГГ методов лечения, и создания инструментов планирования потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи в целом в рамках ПГГ, с учетом условий оказания медицинской помощи, методов ее оплаты,

а также особенностей финансирования лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях.

В настоящее время в Российской Федерации развитие системы здравоохранения в вопросах финансирования медицинской помощи проходит путь, схожий с развитием систем здравоохранения многих зарубежных стран. Закрепление на законодательном уровне статуса клинических рекомендаций в качестве документов, определяющих оказание медицинской помощи, усилило их роль в системе здравоохранения, вследствие чего объем финансовых ресурсов на оказание медицинской помощи по ПГГ должен быть установлен, исходя из клинических рекомендаций. В отличие от зарубежных стран, в системе здравоохранения Российской Федерации имеются документы, позволяющие проводить экономическую оценку потребности в объемах финансирования медицинской помощи на государственном уровне, – стандарты медицинской помощи. С 2019 г. они разрабатываются на основе клинических рекомендаций и предполагают оценку объема финансирования, необходимого для возможности оказания медицинской помощи по клиническим рекомендациям. Но стоит подчеркнуть, что конкретные механизмы оценки не урегулированы, а значит, требуется разработка методических подходов, позволяющих выстроить связи между клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи, ПГГ и способами оплаты медицинской помощи.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Основные этапы и методы исследования. Программа исследования

Диссертационное исследование включает 9 этапов, направленных на решение поставленных задач (таблица 2.1).

Объект исследования – планирование и финансирование медицинской помощи при онкологических заболеваниях по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Предмет исследования – оценка возможности планирования и финансирования медицинской помощи взрослым при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.

Источники информации – клинические рекомендации Ассоциации онкологов России (коды МКБ-10 C00-C80), нормативные правовые акты, методические рекомендации, регулирующие финансирование медицинской помощи по профилю «онкология», государственный реестр лекарственных средств, государственный реестр предельных отпускных цен, справочники нормативной справочной информации (НСИ) Минздрава России, статистические сборники «Злокачественные новообразования в России», реестры счетов в системе ОМС, анкеты врачей-онкологов, научные публикации.

В исследовании применялись методы: аналитический метод, в том числе контент-анализ, систематический обзор, системный анализ, метаанализ, социологический (анкетирование), метод экспертных оценок, организационный эксперимент, экономический анализ, финансовое моделирование, математический метод, статистический метод, в том числе анализ временных рядов, линейный регрессионный анализ, определение объема репрезентативной выборки от генеральной совокупности, вычисление доверительных интервалов.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ «Microsoft Excel 2016», «Statistica 13» и «RevMan v.5.3».

Таблица 2.1 – Программа исследования

Задачи исследования	Этапы исследования	Источники информации	Методы исследования
Провести систематический обзор и метаанализ исследований для установления взаимосвязей между лечением в соответствии с клиническими рекомендациями и показателями выживаемости и смертности пациентов с онкологическими заболеваниями	Систематический обзор научных публикаций для оценки влияния на показатели выживаемости и смертности внедрения в практику клинических рекомендаций и приверженности им врачей при оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями	– Научные публикации – 15 шт.	– систематический обзор – метаанализ
Провести анализ подходов к разработке стандартов медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг.	Анализ стандартов медицинской помощи взрослым при ЗНО (коды МКБ-10 C00-C80), утвержденных в период с 2012 по 2018 гг., на предмет возможности планирования ППГ	– Стандарты медицинской помощи (коды МКБ-10 C00-C80, год утверждения 2012-2018 гг.) – 168 шт. – Клинические рекомендации – 4 шт. – Перечень ЖНВЛП 2012 г. – Методические рекомендации Минздрава России и Федерального фонда ОМС по способам оплаты медицинской помощи 2016 г. – 1 шт. – Статистические сборники: Злокачественные новообразования в России с 2017 по 2021 гг. – 5 шт.	– аналитический – контент-анализ
Разработать методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и оценить потребность в объемах финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях по сформированным стандартам медицинской помощи	Разработка и апробация методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций	– Клинические рекомендации, размещенные в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России, – 44 (до 2020 г.), 52 (после 2020 г.) – Справочники нормативно-справочной информации Минздрава России – 6 шт. – Государственный реестр лекарственных препаратов – Статистические сборники: Злокачественные новообразования в России с 2017 по 2022 гг. – 6 шт.	– аналитический – выкопировка данных – контент-анализ – математический – экспертные оценки

продолжение таблицы 2.1

Задачи исследования	Этапы исследования	Источники информации	Методы исследования
	Разработка и апробация методики расчета потребности в объемах финансирования медицинской помощи, оказываемой по ПГГ для профиля «онкология» по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций	– НПА, регулирующие оказание медицинской помощи и ресурсное обеспечение по профилю «онкология», – 5 шт. – Государственный реестр предельных отпускных цен – ПГГ 2019-2023 гг. – 5 шт. – Материалы, полученные на этапе апробации методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций	– контент-анализ – экономический анализ – финансовое моделирование
Разработать методические подходы к формированию клиничко-статистических групп заболеваний, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии	Разработка и апробация методических подходов к формированию КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, на основе клинических рекомендаций	– Материалы, полученные на этапе апробации методики расчета потребности в объемах финансирования медицинской помощи, оказываемой по ПГГ для профиля «онкология»; – Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи с 2016 по 2017 гг. – 2 шт.	– аналитический – статистический – экономический анализ
Оценить региональные особенности изменения объемов оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в зависимости от условий оказания медицинской помощи с 2017 по 2023 гг.	Оценка изменения объемов оказания медицинской помощи в системе ОМС в круглосуточном и дневном стационарах при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в отдельных субъектах Российской Федерации с учетом уровня заболеваемости и смертности от ЗНО	– Статистические сборники: Регионы России. Основные характеристики субъектов Российской Федерации 2017 и 2023 гг. – 2 шт. – Статистические сборники: Злокачественные новообразования в России с 2017 по 2022 гг. – 6 шт. – Реестры счетов в системе ОМС с 2017 по 2023 гг.	– организационный эксперимент – аналитический
Провести социологическое исследование для оценки использования клинических рекомендаций врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами, их отношения к изменению модели клиничко-статистических групп и мнений о доступности противоопухолевой терапии для взрослых пациентов с онкологическими заболеваниями	Оценка применения клинических рекомендаций врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами, изучение их отношения к изменению модели КСГ, применяющихся при проведении противоопухолевой лекарственной терапии, и мнений врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов о доступности противоопухолевой терапии взрослым с онкологическими заболеваниями	– Анкеты врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов – 436 шт.	– социологический (анкетирование)

продолжение таблицы 2.1

Задачи исследования	Этапы исследования	Источники информации	Методы исследования
Провести прогнозирование объемов медицинской помощи для планирования потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг.	Проведение прогнозирования объемов медицинской помощи для планирования потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи в 2025 – 2030 гг. по клиническим рекомендациям в целом для Российской Федерации и для отдельных субъектов Российской Федерации	– Статистические сборники: Злокачественные новообразования в России с 2011 по 2022 гг. – 12 шт. – Материалы, полученные на этапе оценки потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по профилю «онкология» – Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации – Статистический бюллетень: Предположительная численность населения Российской Федерации до 2045 г.	– математический – финансовое моделирование
Научно обосновать предложения по планированию финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи	Выделение и описание этапов планирования ПГГ на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи	– Результаты собственных исследований	– системный анализ

На первом этапе был проведен систематический обзор и метаанализ исследований, направленный на оценку влияния на показатели смертности внедрения клинических рекомендаций в практику и приверженности врачей клиническим рекомендациям при оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Поиск научных публикаций проводился в базе данных PubMed, научной электронной библиотеке eLibrary и поисковой системе Google Scholar. Использовались ключевые слова поиска: «practice guideline», «practice guidelines as topic», «clinical practice guidelines», «implementability», «implementable», «implementation», «neoplasms», «neoplasms», «oncology», «outcome», «mortality», «adherence to clinical practice guidelines oncology mortality», «влияние клинических рекомендаций на смертность».

Публикации включались в исследование, если являлись оригинальными исследованиями, в которых оценивалось, как влияет на исходы пациентов приверженность врачей клиническим рекомендациям по диагностике и лечению онкологических заболеваний.

Научные публикации исключались из исследования, если в них:

- отсутствовали данные о выживаемости общей когорты пациентов;
- анализировалась выживаемость только в отдельных когортах пациентов (например, по виду противоопухолевого лечения или отдельно по стадиям распространенности опухоли);
- приводились данные о приверженности следованию документам, отличным от клинических рекомендаций;
- сравнивались исходы пациентов в зависимости от применения определенного медицинского вмешательства в связи с актуализацией клинических рекомендаций.

Метаанализ выполнялся в программе «RevMan v.5.3». Оценивалось, как следование врачей клиническим рекомендациям влияет на исходы пациентов: на смертность, на годовую и пятилетнюю выживаемость.

На втором этапе были проанализированы стандарты медицинской помощи взрослым при ЗНО (коды МКБ-10 C00-C80), утвержденных в период с 2012 по 2018 гг., определены принципы их разработки и особенности нормативного утверждения. Далее был проведен анализ возможности планирования ПГГ на основе стандартов медицинской помощи. Выбранный период обусловлен тем, что с 2012 г. требования к содержанию стандартов были закреплены на законодательном уровне, они стали нормой права и должны были учитываться при формировании ПГГ. Данные положения в законодательстве действовали до конца 2018 г. Начиная с 2019 г. на законодательном уровне дополнительно было закреплено требование о разработке стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций.

Для проведения анализа всего было отобрано 168 стандартов медицинской помощи взрослым при ЗНО (коды МКБ-10 C00-C80), утвержденных приказами Минздрава России в период с 2012 по 2018 гг. (приложение А).

Для оценки возможности планирования ПГГ на основе стандартов медицинской помощи были взяты стандарты, утвержденные для отдельных наиболее распространенных онкологических заболеваний взрослого населения в Российской Федерации. Критерии выбора заболеваний основывались на статистических данных о структуре онкологической заболеваемости для обоих полов за 5 лет (с 2017 по 2021 гг.) [32-37]. В анализ были включены четыре наиболее распространенные локализации ЗНО: кожа (кроме меланомы); молочная железа; трахея, бронхи, легкое; ободочная кишка. Указанные локализации ЗНО суммарно занимают около 40% в структуре общей заболеваемости ЗНО.

Таким образом, критерии включения стандартов медицинской помощи были следующие:

- утверждены в период с 2012 по 2018 гг. (до закрепления требования о разработке стандартов на основе клинических рекомендаций);
- разработаны для возрастной категории «взрослые»;

- содержат коды МКБ-10: С44 – ЗНО кожи (кроме меланомы), С50 – ЗНО молочной железы, С18 – ЗНО ободочной кишки, С34 – ЗНО бронхов и легкого.

Анализ отобранных стандартов медицинской помощи проводился с точки зрения:

- полноты представленных в стандартах медицинской помощи методов лечения онкологических заболеваний;
- финансового соответствия между стандартами медицинской помощи и моделью КСГ;
- полноты представленных в стандартах медицинской помощи перечней противоопухолевых лекарственных препаратов.

Для оценки полноты методов лечения онкологических заболеваний был проведен контент-анализ. Методы лечения, представленные в отобранных стандартах медицинской помощи, были сопоставлены с методами лечения, описанными в клинических рекомендациях, разработанных Ассоциацией онкологов в период с 2014 по 2017 гг. и размещенных на сайте Ассоциации онкологов (<https://old.oncology-association.ru/clinical-guidelines>). При проведении анализа оценивалось:

- наличие в клинических рекомендациях метода лечения, представленного в стандарте медицинской помощи;
- соответствие клиническим рекомендациям представленных в стандартах медицинской помощи методов противоопухолевого лечения для стадии распространенности опухолевого процесса.

Финансовое соответствие между включенными в анализ стандартами медицинской помощи и моделью КСГ проводилось путем сопоставления хирургических вмешательств и методов лучевой терапии, указанных в стандартах медицинской помощи в перечнях медицинских услуг, с классификационными критериями модели КСГ 2016 г. и путем последующего определения коэффициентов затратоемкости групп КСГ.

Далее был проведен сравнительный анализ перечней противоопухолевых лекарственных препаратов, представленных в стандартах медицинской помощи, и:

- перечня противоопухолевых лекарственных препаратов, указанных в клинических рекомендациях;
- перечня лекарственных препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП на момент утверждения стандарта медицинской помощи;
- инструкций по медицинскому применению лекарственного препарата, размещенных в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС) в году, соответствующему году утверждения стандарта медицинской помощи.

На третьем этапе были разработаны и апробированы методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций для возможности использования стандартов при планировании ПГГ.

В ходе реализации задачи по разработке методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций был проведен анализ:

- клинических рекомендаций, размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России;
- реестра НСИ Минздрава России;
- ГРЛС.

Для апробации методических подходов были использованы клинические рекомендации, разработанные после 2017 г. для онкологических заболеваний взрослых (коды МКБ-10 C00-C80) и размещенные на сайте Рубрикатора клинических рекомендаций Минздрава России (<https://cr.minzdrav.gov.ru/>), и клинические рекомендации, начиная с 2020 г. прошедшие процедуру одобрения научно-практическим советом (НПС), определенную в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Перечень клинических рекомендаций для диагностики и лечения онкологических заболеваний (коды МКБ-10: C00-C80), размещенных в

Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России до 2020 г. (44 клинические рекомендации) и после 2020 г. (52 клинические рекомендации) и включенных в исследование, представлен в приложении Б.

Клинические рекомендации анализировались с точки зрения определения этапов оказания медицинской помощи. Из клинических рекомендаций была проведена выкопировка методов диагностики и лечения, а также параметров, влияющих на тактику ведения пациентов и выбор метода лечения.

В реестре НСИ Минздрава России проводился поиск справочников элементов стандартов медицинской помощи (медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания) и параметров их паспортных частей. В случае отсутствия справочников при апробации методических подходов формировались необходимые справочники.

Апробация методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций для онкологических заболеваний проводилась с привлечением экспертов: врачей-онкологов (хирургов и химиотерапевтов) и врачей-радиотерапевтов.

Критерии отбора экспертов были следующими:

- стаж работы по специальности – более 5 лет;
- опыт оказания медицинской помощи пациентам при определенном онкологическом заболевании;
- место работы – национальный медицинский исследовательский центр по профилю «онкология».

Для реализации методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи было привлечено 95 экспертов, из них 42 врача-онколога (хирурга), 33 врача-онколога (химиотерапевта) и 20 врачей-радиотерапевтов.

При апробации методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, размещенных в рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России до 2020 г. (перечень представлен в приложении Б), было сформировано 44 группы экспертов,

включавших в себя 29 экспертов; по клиническим рекомендациям, размещенным после 2020 г., – 52 группы экспертов, в которые вошли 79 экспертов. В таблице 2.2 представлена информация о количестве экспертов, принимавших участие в апробации методических подходов.

Таблица 2.2 – Количество экспертов, принимавших участие в апробации методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи взрослым при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций

Группа клинических рекомендаций	Количество групп экспертов	Специальность	Кол-во экспертов
Размещены в Рубрикаторе КР до 2020 года	44	Итого	29
		врач-радиотерапевт	7
		врач-онколог (химиотерапевт)	11
		врач-онколог (хирург)	11
Размещены в Рубрикаторе КР после 2020 года	52	Итого:	79
		врач-радиотерапевт	17
		врач-онколог (химиотерапевт)	28
		врач-онколог (хирург)	34

В ходе апробации методических подходов было проведено интервьюирование врачей-онкологов (хирургов и химиотерапевтов) и врачей-радиотерапевтов для оценки ими перечней видов и методов медицинских вмешательств, а также параметров, влияющих на тактику ведения пациентов и выбора метода лечения, полученных при выкопировке данных из клинических рекомендаций. Далее эксперты оценивали перечни медицинских услуг, лекарственных препаратов и других компонентов, необходимые для реализации метода медицинского вмешательства, а также значения их усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения. Перечни компонентов методов медицинских вмешательств были представлены экспертам в табличной форме. В ходе интервьюирования экспертов были получены оценки частоты и кратности применения методов медицинских вмешательств при оказании медицинской помощи по клиническим рекомендациям. Структура экспертного интервью представлена в приложении В.

В ходе апробации были проанализированы статистические данные о заболеваемости ЗНО с целью определения цифрового значения для параметров, влияющих на тактику ведения пациентов. В случае отсутствия статистических данных использовались экспертные оценки, полученные в ходе интервьюирования. По итогам опроса на основе описанной в клинических рекомендациях информации о выборе методов медицинских вмешательств, статистических данных и экспертных оценок о частоте и кратности применения методов медицинских вмешательств были сформированы математические модели. При их построении был применен адаптированный метод построения дерева решений.

На четвертом этапе была разработана методика расчета потребности в объемах финансирования медицинской помощи, оказываемой по ПГГ для профиля «онкология» по стандартам медицинской помощи, сформированным на основе клинических рекомендаций и проведен расчет потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях взрослых в 2019 – 2023 гг.

Для реализации задачи по оценке потребности в объемах финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях, оказываемой в рамках ПГГ по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций, были проанализированы:

- порядки оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях [231, 238];
- НПА, регулирующие продолжительность рабочего времени медицинских работников [228];
- методика расчета тарифов в системе ОМС [237];
- НПА, регулирующие целевые значения заработной платы [243];
- ПГГ 2016-2023 гг. [220-227].

В порядках оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях проводилась оценка рекомендуемых штатных нормативов

подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при онкологических заболеваниях.

По НПА, регулирующим продолжительность рабочего времени медицинских работников, была определена продолжительность рабочей недели медицинских работников в зависимости от медицинской специальности.

Методика расчета тарифов в системе ОМС была проанализирована для выделения групп затрат, включаемых в расчет тарифа на оплату медицинской помощи.

Для определения целевых значений заработной платы были рассмотрены НПА, регулирующие целевые значения заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

При проведении оценки объема финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях использовались результаты, полученные на этапе апробации методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а именно:

- стандартизированные модули медицинской помощи;
- математические модели.

Далее на основе результатов анализа НПА, регулирующих организацию и финансирование медицинской помощи при онкологических заболеваниях, были сопоставлены компоненты стандартизированных модулей со структурой затрат медицинских организаций при оказании медицинской помощи и определены принципы расчета стоимости компонентов стандартизированных модулей.

В расчет стоимости лекарственных препаратов были включены только лекарственные препараты из перечня ЖНВЛП, в связи с чем для проведения расчета использовались сведения Государственного реестра предельных отпускных цен о зарегистрированной предельной отпускной цене производителя на лекарственный препарат с учетом налога на добавленную стоимость, на основании которых была определена цена единицы действующего вещества лекарственного препарата. При наличии нескольких лекарственных препаратов,

зарегистрированных в ГРЛС с одинаковым международным непатентованным наименованием (МНН) и путем введения, был произведено вычисление средневзвешенной стоимости единицы действующего вещества на основании сведений о количестве упаковок лекарственного препарата, введенных в гражданский оборот лекарственных средств.

При расчете затрат на медицинские изделия, имплантируемые в организм человека, были использованы сведения о предельных ценах медицинского изделия, указанные в Государственном реестре предельных отпускных цен производителей на медицинские изделия, а при их отсутствии – сведения, размещенные в единой информационной системе в сфере закупок.

Оценка финансовой потребности была проведена для 2019 г. в соответствии со стандартами медицинской помощи, разработанными на основе клинических рекомендаций, которые были размещены в Рубрикаторе до 2020 г., для 2020 – 2023 гг. – в соответствии со стандартами медицинской помощи, разработанными на основе клинических рекомендаций, размещенных после 2020 г.

Полученный расчетный объем финансовой потребности для 2019 – 2023 гг. был сопоставлен с нормативами финансовых затрат, определенными для профиля «онкология» в ППГ 2019 – 2023 гг. Также было проведено моделирование финансовой потребности на проведение противоопухолевой лекарственной терапии при онкологических заболеваниях взрослых в зависимости от условий оказания медицинской помощи и источника финансирования.

На пятом этапе были разработаны и апробированы методические подходы к формированию КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии основе клинических рекомендаций.

Для реализации задачи по разработке и апробации методических подходов к формированию КСГ, применяющихся для оплаты медицинской помощи при противоопухолевом лечении, на основе клинических рекомендаций были использованы материалы, полученные в результате применения методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе

клинических рекомендаций (третий этап исследования) и реализации оценки потребности в объемах финансирования медицинской помощи в рамках ПГГ по стандартам медицинской помощи взрослым при онкологических заболеваниях (четвертый этап исследования), проанализированы методические рекомендации Минздрава России и Федерального фонда ОМС по способам оплаты медицинской помощи на предмет принципов отнесения случая оказания медицинской помощи к группе КСГ для последующего определения классификационных критериев в модели КСГ. При реализации методических подходов к формированию КСГ для противоопухолевого лечения применялся кластерный анализ, который позволил объединить в группы методы медицинских вмешательств, имеющих наиболее близкие значения стоимостей.

При апробации методических подходов к формированию КСГ была проведена оценка степени дифференциации КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, путем расчета средневзвешенного значения отклонения стоимости схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи в моделях 2019 – 2023 гг. по разработанной формуле:

$$\text{Откл} = \frac{\sum(|\text{СтКСГ} - \text{СтСхЛТ}| \times \text{Кл})}{\text{Кл}}, \quad (1)$$

где:

Откл – средневзвешенное расчетное значение отклонения стоимости схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи в модели КСГ;

СтКСГ – стоимость КСГ, полученная в результате формирования модели КСГ, руб.;

СтСхЛТ – расчетная стоимость схемы лечения, используемая при формировании модели КСГ, руб.;

Кл – расчетное количество случаев для схемы лечения, используемой при формировании модели КСГ.

Сопоставление проводилось для КСГ, по которым стоимость случая оказания медицинской помощи превышала 100 тыс. рублей, так как в данных группах была проведена наибольшая разгруппировка (увеличение количества

групп КСГ). Это должно было способствовать сокращению отклонения стоимости схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи по КСГ и уменьшению экономических стимулов при выборе более «выгодных» схем лекарственной терапии для медицинских организаций, то есть схем, стоимость которых ниже стоимости случая оказания медицинской помощи по КСГ.

На шестом этапе была проведена оценка изменения объемов оказания медицинской помощи в системе ОМС в круглосуточном и дневном стационарах при проведении противоопухолевой лекарственной терапии после внедрения в субъектах Российской Федерации моделей КСГ, сформированных по предложенным методическим подходам.

Для проведения анализа были использованы сведения о проведении противоопухолевой лекарственной терапии взятые из реестров счетов в системе ОМС с 2017 по 2023 гг.

Определение перечня субъектов Российской Федерации для включения в последующий анализ осуществлялось на основе статистических данных о заболеваемости и смертности от ЗНО в России в 2017 г. [32]. Для каждого субъекта Российской Федерации был рассчитан показатель отношения заболеваемости к смертности на 100 тыс. населения для онкологических заболеваний взрослых (МКБ-10 C00-C80). Далее проведена оценка отклонения полученных значений показателей для субъекта Российской Федерации от среднего по России. В результате субъекты были распределены между пятью кластерами на основе рассчитанных значений отклонения:

- первый кластер – «+/-5%»;
- второй кластер – «до 15%»;
- третий кластер – «более 15%»;
- четвертый кластер – «до -15%»;
- пятый кластер – «более -15%».

Условием отбора и включения субъектов Российской Федерации в анализ было соответствие сведений об оказанной медицинской помощи следующим критериям:

- сведения о количестве случаев оказания медицинской помощи за 12 месяцев, представленные в базе данных, имели отклонение в большую или меньшую сторону от норматива ППГ для текущего года не более 20%;
- сведения об оплате случаев оказания медицинской помощи относились к модели КСГ соответствующего года;
- сведения охватывают оплату случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии при солидных опухолях.

Анализ проводился отдельно для круглосуточного и дневного стационаров.

Для оценки изменения объемов случаев оказания медицинской помощи в 2017 – 2023 гг. в системе ОМС в субъекте Российской Федерации было:

- рассчитано количество случаев оказания медицинской помощи на 100 тыс. застрахованных граждан;
- оценен темп роста случаев оказания медицинской помощи в 2018 – 2023 гг. по отношению к базовому 2017 г.;
- проанализировано распределение количества случаев оказания медицинской помощи по группам КСГ и условиям оказания;
- проведена оценка изменения средневзвешенной стоимости одного случая противоопухолевой лекарственной терапии по годам в анализируемых субъектах Российской Федерации;
- рассчитано количество случаев оказания медицинской помощи на 100 тыс. застрахованных граждан при применении схем противоопухолевой лекарственной терапии, содержащих лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП начиная с 2018 г. и относящиеся к группе моноклональных антител (ниволумаб, пембролизумаб, пертузумаб) и ингибиторов протеинкиназы (даброфениб).

Для того чтобы оценить динамику изменения количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии полученные значения количества случаев оказания медицинской помощи были сопоставлены со значением «грубого» показателя заболеваемости на 100 тыс. населения в 2017 – 2022 гг. [32-37]. Также для субъектов Российской Федерации, включенных в анализ, было рассчитано отклонение показателя отношения заболеваемости к смертности на 100 тыс. населения для онкологических заболеваний (МКБ-10 C00-C80) от среднего российского показателя для 2022 г. и оценено изменение распределения по кластерам.

На седьмом этапе исследования было проведено анкетирование врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов для оценки использования ими клинических рекомендаций и выявления отношения респондентов к изменениям в способах оплаты медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии, а также изучения мнения о доступности медицинской помощи, оказываемой при ЗНО по ПГГ.

В ходе исследования была разработана анкета из 29 вопросов. Вопросы первого раздела анкеты (22 вопроса) были направлены на оценку использования в практике клинических рекомендаций и отношения врачей к изменениям в способах оплаты медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения, а также на оценку доступности медицинской помощи взрослым при ЗНО. Вопросы 2 раздела (7 вопросов) были сформулированы для характеристики группы респондентов. Анкета представлена в приложении Д.

Определение количества респондентов для анкетирования проводилось по формуле расчета выборки для генеральной совокупности [76]:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}}, \quad (2)$$

где:

Δ – величина допустимой ошибки,

N – объем генеральной совокупности.

Согласно статистическим данным, в России в 2021 г. число врачей-онкологов составляло 8 716 человек, врачей-радиотерапевтов – 824 человека. Таким образом, учитывая совокупное количество врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов ($N = 9\,540$) при значении доверительной вероятности 0,954, коэффициента доверия $t = 2$ и величине допустимой ошибки не более 5% $\Delta = 0,05$ необходимо провести анкетирование 384 респондентов, что составляет 4% от генеральной совокупности.

В анкетировании приняли участие 436 респондентов (4,6% от генеральной совокупности), являющихся врачами-онкологами или врачами-радиотерапевтами, из 39 субъектов Российской Федерации. Из них, 63% женщин и 37% мужчин. Для большей часть респондентов основным местом работы являлся онкологический диспансер (онкологическая больница) – 76% (330 респондентов), для 14% (61 респондент) – национальный исследовательский центрах, для 9% (38 респондентов) – центры амбулаторной онкологической помощи, для 1% (7 респондентов) – первичный онкологический кабинет. Из всех респондентов только 14% (61 респондент) являлись врачами-радиотерапевтами.

Средний возраст респондентов составил $41,3 \pm 10,2$ лет, а средний стаж работы – $13,6 \pm 9,3$ лет. Среди респондентов 18 % имели стаж работы до 5 лет. 179 респондентов (41%) на момент анкетирования занимали административную должность (главный врач, заместитель главного врача, заведующий отделением).

При статистической обработке результатов анкетирования проводилось вычисление 95%-го доверительного интервала для доли.

На восьмом этапе исследования было проведено прогнозирование объемов медицинской помощи для планирования потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях в соответствии с клиническими рекомендациями на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг.

Перечень онкологических заболеваний, для которых было проведено прогнозирование, основывался на результатах оценки потребности в объемах финансирования медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения для 2023 г. по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе

клинических рекомендаций. Онкологические заболевания были ранжированы по их вкладу (доле) в общую финансовую потребность от максимального к минимальному и последовательно включались до достижения суммарного значения финансовой потребности не менее 95% от общей.

Для онкологических заболеваний с 2011 по 2022 гг. были построены динамические ряды «грубых» показателей заболеваемости ЗНО на 100 тыс. населения [26-37] как в целом для Российской Федерации, так и для отдельных субъектов, отобранных с целью анализа изменения объемов оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в период с 2017 по 2023 гг. Кроме того, для прогнозирования численности застрахованных, исходя из сведений об их численности в 2017 – 2023 гг., также были сформированы динамические ряды.

Прогнозирование на период с 2025 по 2030 гг. «грубого» показателя заболеваемости на 100 тыс. населения и численности застрахованных осуществлялось с применением метода наименьших квадратов. Для каждого временного ряда формировалось уравнение линейной регрессии. Если уравнение регрессии имело значение коэффициента детерминации $R^2 < 0,8$, то проводилось сглаживание временного ряда с применением метода скользящей средней. На основе полученного прогнозного значения показателя заболеваемости на 100 тыс. населения и данных о прогнозной численности населения Российской Федерации в 2025 – 2030 гг. [85] вычислялось прогнозное число случаев ЗНО.

В связи с тем что в 2020 г. снизилась заболеваемость ЗНО, связанная с пандемией COVID-19, и показатель заболеваемости для отдельных ЗНО в 2022 г. по Российской Федерации в целом и отдельно по субъектам Российской Федерации не восстановился до уровня 2019 г., при проведении прогнозирования статистические данные о заболеваемости ЗНО 2020 – 2022 гг. были исключены из расчета уровня заболеваемости на период с 2025 по 2030 гг.

При построении прогноза объемов медицинской помощи и финансовой потребности использовались математические модели и стандартизированные

модули, разработанные на основе клинических рекомендаций, размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций в 2020 г. и актуализированных в 2022 г. Расчетная стоимость стандартизированных модулей, полученная для 2023 г., была проиндексирована для 2025 – 2030 гг. на значения прогнозного темпа роста заработной платы и индекса потребительских цен.

Для прогнозирования объемов медицинской помощи было рассчитано число случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения по условиям оказания медицинской помощи, в том числе на 100 тыс. застрахованных для периода с 2025 по 2030 гг. Проанализировано отклонение расчетного количества случаев по условиям оказания медицинской помощи для субъекта Российской Федерации от среднего российского для 2025 – 2030 гг.

При оценке прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при противоопухолевой терапии как в целом для Российской Федерации, так и для отдельных субъектов Российской Федерации анализировались:

- изменение общей прогнозной финансовой потребности для 2030 г. по сравнению с 2025 г.;
- значение прогнозной финансовой потребности и количества случаев оказания медицинской помощи на одного застрахованного, а также его отклонение для субъекта Российской Федерации от среднего российского значения в период с 2025 по 2030 гг.;
- изменение прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи в 2030 г. по сравнению с 2025 г. для онкологических заболеваний, занимающих не менее 35% от общей финансовой потребности в 2025 г.;
- изменение потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи по условиям ее оказания в 2030 г. по сравнению с 2025 г.;

- вклад вида противоопухолевого лечения в изменение финансового обеспечения оказания медицинской помощи в 2030 г. по сравнению с 2025 г. по условиям оказания медицинской помощи.

На девятом этапе был проведен системный анализ результатов, полученных на предыдущих этапах исследования, разработаны предложения для планирования ПГГ на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи по профилю «онкология».

ГЛАВА 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ОБЪЕМАХ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

3.1. Оценка влияния на показатели выживаемости и смертности внедрения в практику клинических рекомендаций

Для того чтобы оценить, как влияет на показатели смертности от онкологических заболеваний внедрение в клиническую практику клинических рекомендаций по диагностике и лечению онкологических заболеваний, были проведены систематический обзор и метаанализ исследований. Результаты систематического обзора и метаанализа опубликованы в виде собственной научной статьи автора диссертации [56].

В результате систематического поиска было найдено 338 публикаций, однако большая часть из них была исключена: 219 – ввиду несоответствия тематике исследования, 107 – из-за несоответствия дизайна исследования критериям включения. В итоге для систематического обзора было отобрано 15 исследований (12 публикаций, найденных по ссылкам из поиска, и 3 исследования, ссылки на которые были найдены в опубликованном систематическом обзоре).

Все отобранные исследования имели ретроспективный дизайн, и в них пациенты, получавшие лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, сравнивались с пациентами, получавшими лечение без соблюдения клинических рекомендаций.

В таблице 3.1 представлена характеристика включенных в систематический обзор исследований.

Таблица 3.1 – Характеристика включенных в систематический обзор исследований (данная таблица представлена в собственной публикации автора диссертации¹)

Исследование	Страна	Годы лечения	Онкологическое заболевание	Количество пациентов	Критерии приверженности
Andreano, 2017 [123]	Италия	Диагноз установлен в 2007 – 2012 гг.	Рак молочной железы	N=6333, из них 4374 (69%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение рекомендаций National Comprehensive Cancer Network (NCCN), European Society for Medical Oncology (ESMO)
Boland, 2013 [129]	США	Диагноз установлен в 1998 – 2002 гг.	Рак толстой кишки (аденокарцинома толстой кишки)	N=167434, из них 115195 (68,8%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение рекомендаций NCCN
Carrasco-Peña, 2020 [132]	Испания	Диагноз установлен в 2011 г.	Колоректальный рак	N=1050, из них 784 (74,7%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение не менее 75% показателей, применимых к каждому пациенту.
Chiew, 2017 [133]	Австралия	2005 – 2011 гг.	Рак шейки матки	N=133, из них 72 (54,1%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение 10 наиболее распространенных рекомендаций (в том числе NCCN, ESMO, Japan Society of Gynecologic Oncology (JSGO), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN))
Dahm-Kähler, 2021 [135]	Швеция	2008 – 2016 гг.	Рак яичников	N=3728, из них 1982 (53,2%) лечились в период после внедрения рекомендаций	До и после внедрения рекомендаций в клиниках (Swedish National Guidelines for Ovarian Cancer (NGOC)) в 2013 – 2016 гг. по сравнению с 2008 – 2011 гг.
Guilfoyle, 2011 [147]	Великобритания	1997 – 2006 гг.	Глиомбластома	N=685, из них 325 (47,4%) лечились в период после внедрения рекомендаций	До и после внедрения рекомендаций NICE в клиниках в 1997 – 2001 гг. по сравнению с 2002 – 2006 гг.)

¹ Ледовских, Ю.А., Федяева В.К. Приверженность врачей следованию клиническим рекомендациям: влияние на смертность при лечении солидных опухолей (систематический обзор и метаанализ) // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2024. – №. 46 (2). – С. 28-39. [56]

продолжение таблицы 3.1

Исследование	Страна	Годы лечения	Онкологическое заболевание	Количество пациентов	Критерии приверженности
Lindqvist, 2022 [169]	Финляндия	2016 – 2020 гг.	Немелкоклеточный рак легкого (НМРЛ)	N=238, из них 115 (48,3%) лечились в соответствии с рекомендациями	Минимальная интенсивность лечения для каждой стадии НМРЛ, которая считается соответствующей рекомендациям
Pfaendler, 2018 [179]	США	1995 – 2009 гг.	Рак шейки матки	N=6063, из них 2831 (46,7%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение рекомендаций NCCN
Rocque, 2018 [184]	США	Диагноз установлен в 2007 – 2013 гг.	Рак молочной железы	N=988, из них 800 (81%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение рекомендаций NCCN
Rodriguez, 2021 [186]	США	2006 – 2015 гг.	Рак матки	N=83673, из них 49771 (59,5%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение рекомендаций NCCN
Sacerdote, 2013[188]	Италия	2002 – 2010 гг.	Рак молочной железы	N=1021, из них 621 (60,8%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение региональных рекомендаций (Piedmont guidelines (PGL))
van de Water, 2012 [197]	Нидерланды	Диагноз установлен в 2005 – 2008 гг.	Рак молочной железы	N=24959, из них 15487 (62%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение национальных рекомендаций
			Рак молочной железы	N=6561, из них 3647 (55,6%) лечились в соответствии с рекомендациями	
Wöckel, 2010 [203]	Германия	2001 – 2005 гг.	Рак молочной железы	N=3976, из них 2063 (51,9%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение национальных рекомендаций (S3)
Wolters, 2015 [204]	Германия	2001 – 2009 гг.	Рак молочной железы	N=7999, из них 4393 (54,9%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение национальных рекомендаций (S3)
Worhunsky, 2015 [205]	США	Диагноз установлен в 2001 – 2006 гг.	Рак желудка	N=10093, из них 4592 (45,5%) лечились в соответствии с рекомендациями	Соблюдение рекомендаций NCCN

Как следует из таблицы 7.4, 9 исследований было проведено в европейских странах, 5 – в США, одно – в Австралии. Не было найдено ни одной публикации о проведении исследования в Российской Федерации. Включенные в систематический обзор публикации были посвящены солидным опухолям: раку молочной железы – 6 публикаций, колоректальному раку – 2, раку шейки матки – 2, раку яичников – 1, раку тела матки – 1, раку желудка – 1, немелкоклеточному раку легкого – 1, глиоме – 1.

В 9 исследованиях анализировалась смертность пациентов в зависимости от приверженности врачей клиническим рекомендациям при оказании медицинской помощи, то есть в зависимости от того, получали пациенты лечение в соответствии с клиническими рекомендациями или без соблюдения клинических рекомендаций (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Смертность пациентов, получавших лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по сравнению с пациентами, получающими лечение без их соблюдения (данная таблица представлена в собственной публикации автора диссертации²)

Исследование	Заболевание	Отношение угроз, 95% доверительный интервал	Направление сравнения	Наличие статистически значимых различий в пользу пациентов, лечившихся в соответствии с КР
Andreano, 2017	Рак молочной железы	0,66 (0,55 – 0,77)	Лечение по КР по отношению к лечению не по КР	Да
Lindqvist, 2022	Немелкоклеточный рак легкого	0,44 (0,29 – 0,67)	Лечение по КР по отношению к лечению не по КР	Да
Rocque, 2018	Рак молочной железы	0,85 (0,69 – 1,05)	Лечение по КР по отношению к лечению не по КР	Нет
Sacerdote, 2013	Рак молочной железы	0,94 (0,56 – 1,56)	Лечение по КР по отношению к лечению не по КР	Нет
Wolters, 2015	Рак молочной железы	0,48 (0,41 – 0,57)	Лечение по КР по отношению к лечению не по КР	Да
Worhunsky, 2015	Рак желудка	0,45; P < 0,001 TNM 0,58 (0,53 – 0,62) SS 0,34 (0,32 – 0,37)	Лечение по КР по отношению к лечению не по КР	Да

² Ледовских, Ю.А., Федяева В.К. Приверженность врачей следованию клиническим рекомендациям: влияние на смертность при лечении солидных опухолей (систематический обзор и метаанализ) // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2024. – №. 46 (2). – С. 28-39. [56]

продолжение таблицы 3.2

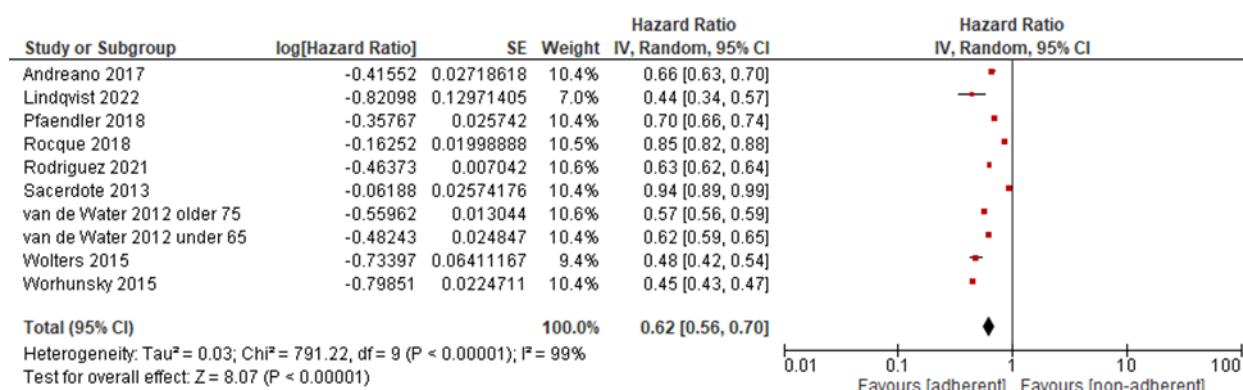
Исследование	Заболевание	Отношение угроз, 95% доверительный интервал	Направление сравнения	Наличие статистически значимых различий в пользу пациентов, лечившихся в соответствии с КР
Pfaendler, 2018	Рак шейки матки	1,43 (1,19 – 1,73) P <0,001	Лечение не по КР по отношению к лечению по КР	Да
Rodriguez, 2021	Рак матки	1,59, (1,52 – 1,67)	Лечение не по КР по отношению к лечению по КР	Да
van de Water, 2012	Рак молочной железы	1,75 (1,50 – 2,05) младше 65 1,62 (1,41 – 1,85) старше 75	Лечение не по КР по отношению к лечению по КР	Да

КР – клинические рекомендации; не по КР – группа пациентов, получавших лечение без соблюдения клинических рекомендаций;

TNM – стадирование в соответствии с классификацией TNM; SS – стадирование в соответствии с суммарной стадией (англ. summary stage)

Как следует из таблицы 3.2, в 7 из 9 исследований были выявлены статистически значимые различия в смертности между пациентами, получавшими лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, и пациентами, получавшими лечение без их соблюдения.

Результаты метаанализа, представленные на рисунке 3.1, показали, что у пациентов, получавших лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, смертность ниже, чем у пациентов, получавших лечение без соблюдения клинических рекомендаций: отношение угроз (ОУ) – 0,62; 95% ДИ 0,56 – 0,70.



Study or Subgroup – исследование; adherent – в соответствии с клиническими рекомендациями; non-adherent – не в соответствии с клиническими рекомендациями; Hazard Ratio – отношение угроз; SE – стандартная ошибка; Weight – вес; Random – модель случайных эффектов; 95% CI – 95%-й доверительный интервал

Рисунок 3.1 – Метаанализ включенных исследований по исходу «смертность пациентов»

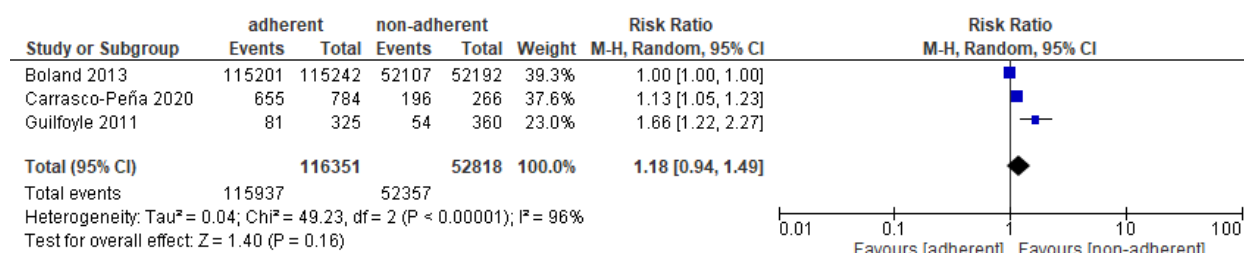
В 3 исследованиях оценивалось влияние на годовичную выживаемость пациентов приверженности врачей клиническим рекомендациям. В таблице 3.3 представлено количество пациентов, выживших через год наблюдения.

Таблица 3.3 – Годичная выживаемость пациентов, получавших лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, по сравнению с пациентами, получавшими лечение без их соблюдения (данная таблица представлена в собственной публикации автора диссертации³)

Исследование	Заболевание	Количество пациентов, выживших через 1 год наблюдения	
		n (%) из N, по КР	n (%) из N, не по КР
Boland, 2013	Рак толстой кишки	115201 (99,96%) из 115242	52107 (99,84%) из 52192
Carrasco-Peña, 2020	Колоректальный рак	655 (83,55%) из 784	196 (73,68%) из 266
Guilfoyle, 2011	Глиобластома	81 (24,92%) из 325	54 (15,00%) из 360

n – количество пациентов, имевших исход; N – общее количество пациентов в группе; КР – клинические рекомендации

Результаты метаанализа исследований, оценивающих годовичную выживаемость (рисунок 3.2), показали, что у пациентов, получавших лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, годовичная выживаемость не отличается от годовичной выживаемости у пациентов, получавших лечение без соблюдения клинических рекомендаций: относительный риск – 1,18; 95% ДИ 0,94 – 1,49.



Study or Subgroup – исследование; adherent – в соответствии с клиническими рекомендациями; non-adherent – не в соответствии с клиническими рекомендациями; Events – отсутствие смерти; Total – всего; Weight – вес; Risk Ratio – относительный риск; М-Н – критерий Мантеля-Хэнзела; Random – модель случайных эффектов; 95% CI – 95%-й доверительный интервал

Рисунок 3.2 – Метаанализ включенных исследований по исходу «годовичная выживаемость пациентов»

³ Ледовских, Ю.А., Федяева В.К. Приверженность врачей следованию клиническим рекомендациям: влияние на смертность при лечении солидных опухолей (систематический обзор и метаанализ) // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2024. – №. 46 (2). – С. 28-39. [56]

В 9 исследованиях анализировалось влияние на пятилетнюю выживаемость пациентов приверженности врачей клиническим рекомендациям. Количество пациентов, выживших через 5 лет наблюдения, представлено в таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Пятилетняя выживаемость пациентов, получавших лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, по сравнению с пациентами, получавшими лечение без их соблюдения (данная таблица представлена в собственной публикации автора диссертации⁴)

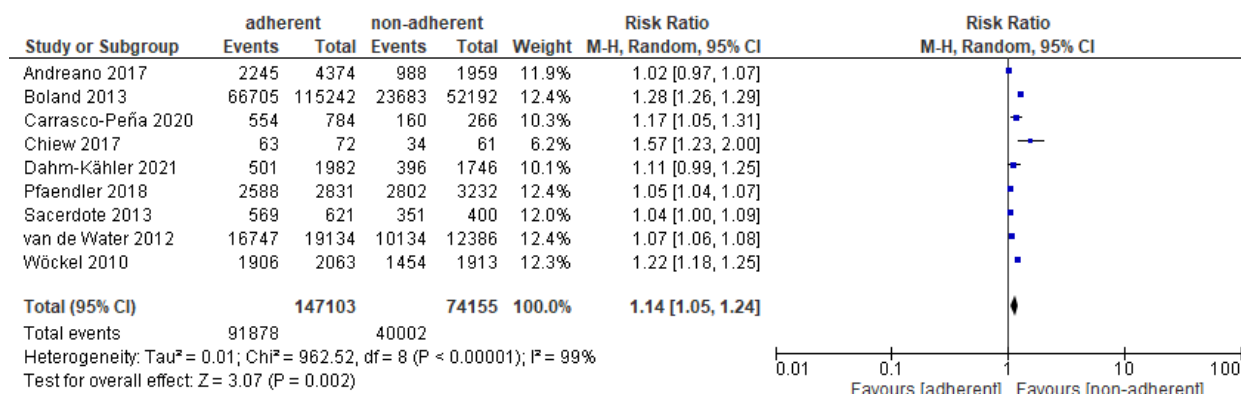
Исследование	Заболевание	Количество пациентов, выживших через 5 лет наблюдения	
		n (%) из N, по КР	n (%) из N, не по КР
Andreano, 2017	Рак молочной железы	2245 (51,33%) из 4374	988 (50,43%) из 1959
Boland, 2013	Рак толстой кишки	66705 (57,88%) из 115242	23683 (45,38%) из 52192
Carrasco-Peña, 2020	Колоректальный рак	554 (70,66%) из 784	160 (60,15%) из 266
Chiew, 2017	Рак шейки матки	63 (87,5%) из 72	34 (55,74%) из 61
Dahm-Kähler, 2021	Рак яичников	501 (25,28%) из 1982	396 (22,68%) из 1746
Pfaendler, 2018	Рак шейки матки	2588 (91,42%) из 2831	2802 (86,70%) из 3232
Sacerdote, 2013	Рак молочной железы	569 (91,63%) из 621	351 (87,75%) из 400
van de Water, 2012	Рак молочной железы	16747 (87,52%) из 19134	10134 (81,82%) из 12386
Wöckel, 2010	Рак молочной железы	1906 (92,39%) из 2063	1454 (76,01%) из 1913

n – количество пациентов, имевших исход; N – общее количество пациентов в группе; КР – клинические рекомендации

Результаты метаанализа исследований, оценивающих пятилетнюю выживаемость, показали, что у пациентов, получавших лечение в соответствии с клиническими рекомендациями, пятилетняя выживаемость выше, чем у пациентов, получавших лечение без соблюдения клинических рекомендаций: относительный риск –1,14; 95% ДИ 1,05 – 1,24 (рисунок 3.3).

Стоит отметить, что результаты отдельных исследований являются в целом согласованными: во всех включенных в метаанализ исследованиях по данному исходу точечные значения относительных рисков составляли значение больше единицы, но вместе с тем в трех исследованиях 95%-ные доверительные интервалы пересекали единицу.

⁴ Ледовских, Ю.А., Федяева В.К. Приверженность врачей следованию клиническим рекомендациям: влияние на смертность при лечении солидных опухолей (систематический обзор и метаанализ) // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2024. – №. 46 (2). – С. 28-39. [56]



Study or Subgroup – исследование; adherent – в соответствии с клиническими рекомендациями; non-adherent – не в соответствии с клиническими рекомендациями; Events – отсутствие смерти; Total – всего; Weight – вес; Risk Ratio – относительный риск; М-Н – критерий Мантеля-Хэнзела; Random – модель случайных эффектов; 95% CI – 95%-й доверительный интервал

Рисунок 3.3 – Метаанализ включенных исследований по исходу «пятилетняя выживаемость пациентов»

Таким образом, проведенные систематический обзор и метаанализ исследований, оценивающих смертность, а также годовую и пятилетнюю выживаемость, демонстрируют, что приверженность врачей клиническим рекомендациям по диагностике и лечению онкологических заболеваний при оказании медицинской помощи снижает смертность пациентов, повышает пятилетнюю выживаемость, но при этом не влияет на годовую выживаемость пациентов.

3.2. Анализ подходов к разработке стандартов медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг.

Изучение нормативно-правового регулирования разработки стандартов медицинской помощи показало, что на момент их утверждения в период с 2012 по 2018 гг. на законодательном уровне не была определена их связь с клиническими рекомендациями и способами оплаты, но, исходя из логики функционирования системы здравоохранения, в том числе планирования ППГ, эта связь должна быть выстроена. Вследствие этого в ходе проведения данного исследования были рассмотрены принципы формирования стандартов медицинской помощи и проведен анализ соответствия стандартов медицинской помощи:

- клиническим рекомендациям, утвержденным Ассоциацией онкологов России начиная с 2014 по 2017 гг., для оценки полноты перечней методов лечения;
- способам оплаты медицинской помощи по КСГ с целью оценки финансового соответствия;
- перечню ЖНВЛП 2012 г. для оценки перечней противоопухолевых лекарственных препаратов.

Результаты анализа подходов к разработке стандартов медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг. опубликованы в виде собственной научной статьи автора диссертации [51].

Особенности утверждения стандартов медицинской помощи в период с 2012 по 2018 гг.

С 2012 по 2018 гг. можно выделить два этапа разработки и утверждения стандартов медицинской помощи, обусловленных и необходимостью реализации норм Федерального закона 21.11.2011 № 323-ФЗ, и финансовыми возможностями, имеющимися в системе здравоохранения:

- первый этап – «основной», длившийся с 2012 по 2013 гг.;
- второй этап – «точечных изменений», длившийся с 2014 по 2018 гг.

Проведенный анализ стандартов медицинской помощи, утвержденных в период с 2012 по 2013 гг., выявил характерные особенности «основного» этапа:

- утверждение основного перечня стандартов медицинской помощи;
- отсутствие нормативно-правового регулирования процесса разработки стандартов медицинской помощи, а также методики их разработки и критериев, определяющих необходимость разработки стандартов для конкретных заболеваний;

- отсутствие информационных ресурсов и низкий уровень цифровизации, в том числе отсутствие единых справочников компонентов стандартов медицинской помощи;
- отсутствие инструментов, позволяющих оценить достоверность содержания стандартов медицинской помощи.

Анализ стандартов, утвержденных с 2014 по 2018 гг. показал, что для этапа «точечных изменений» были характерны следующие особенности:

- утверждение единичных стандартов медицинской помощи или внесение точечных изменений в ранее утвержденные стандарты, что было обусловлено включением в ППГ отдельных методов лечения;
- снижение интереса к стандартам медицинской помощи как экономическому инструменту, позволяющему оценить потребность в финансировании системы здравоохранения.

Таким образом, описанные особенности обоих этапов ограничивали использование стандартов медицинской помощи при оценке на их основе потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи.

Следует отметить, что принципы разработки стандартов медицинской помощи для обоих этапов были едины и в целом обусловлены только требованиями к их наполнению, изложенными в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ, поскольку не существовало подзаконных актов, регламентирующих порядок их разработки. Стандарты медицинской помощи представляли собой табличные формы с перечнями медицинских услуг, указанных в соответствии с номенклатурой медицинских услуг; лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации в соответствии с инструкцией по применению; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания. Для каждого компонента стандарта медицинской помощи, кроме лекарственных препаратов, были обозначены показатели частоты предоставления и кратности применения, а для

лекарственных препаратов – усредненный показатель частоты предоставления, средняя суточная и средняя курсовая дозы. Но, ввиду отсутствия методологии формирования стандартов медицинской помощи, указанные значения определялись экспертами, как правило, для заболевания в целом или группы заболеваний и являлись субъективными и условными. Несмотря на единую структуру стандартов, отсутствие единых справочников накладывало ограничение на возможность проведения расчетов стоимости оказания медицинской помощи по ним. Помимо этого, сравнительный анализ позволил выявить, что существовала несогласованность между номенклатурой медицинских услуг, действовавшей до 2018 г. и используемой при разработке стандартов, и номенклатурой услуг, применяемой в модели КСГ. Не были разработаны справочники лекарственных препаратов, содержащие сведения об их стоимости, которая указана в Государственном реестре предельных отпускных цен или единой информационной системы в сфере закупок.

Анализируя виды медицинской помощи в стандартах медицинской помощи, необходимо подчеркнуть, что стандарты разделялись по видам медицинской помощи. Невзирая на то что данное разделение не было регламентировано законодательно, стандарты медицинской помощи формировались по ее видам:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная медицинская помощь;
- скорая медицинская помощь.

Так, стандарты специализированной медицинской помощи для стационарных условий оказания медицинской помощи разрабатывались на случай лечения и с целью расчета потребности в финансировании в рамках ППГ, и с целью последующего расчета тарифов на оплату медицинской помощи. Следовательно, утверждение стандартов медицинской помощи, с одной стороны, должно было конкретизировать объем медицинской помощи, который должен получить пациент при оказании медицинской помощи в рамках случая лечения, а с другой стороны,

позволить рассчитать затраты на оказание медицинской помощи и использовать стандарты медицинской помощи для планирования ПГГ.

Анализ стандартов медицинской помощи взрослым, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг. для кодов МКБ-10 C00 – C80, показал: в рамках «основного» этапа, с 2012 по 2013 гг., было утверждено 160 стандартов медицинской помощи; на этапе «точечных изменений», с 2014 по 2018 гг., дополнительно было утверждено 8 стандартов медицинской помощи, а были внесены изменения в 16 стандартов, связанные с включением протонной лучевой терапии (таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Количество стандартов медицинской помощи, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг. для онкологических заболеваний (коды МКБ-10: C00 – C80) и возрастной категории «взрослые» по видам медицинской помощи

Этап Вид медицинской помощи	«Основной» этап (2012 – 2013 гг.)	Этап «точечных изменений» (2014 – 2018 гг.)	Итого
Первичная медико-санитарная медицинская помощь	48	0	48
Специализированная медицинская помощь	112	8	120
Итого	160	8	168

Как следует из таблицы 3.5, в период с 2012 по 2018 гг. было утверждено 168 стандартов медицинской помощи для возрастной категории «взрослые» и кодов МКБ-10 C00-C80, при этом наибольшее число стандартов – для специализированной медицинской помощи.

Анализ перечней компонентов 168 утвержденных стандартов медицинской помощи показал, что они включали в себя:

- 55 МНН лекарственных препаратов, входящих в схемы противоопухолевой лекарственной терапии;
- 921 медицинская услуга, из них
 - 133 медицинские услуги, относящиеся к лабораторным и патологоанатомическим методам исследования,

- 249 медицинских услуг, относящихся к инструментальным методам исследования;
- 10 наименований компонентов крови;
- 9 медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 13 видов лечебного питания.

Анализ возможности планирования ПГГ на основе стандартов медицинской помощи взрослым на примере отдельных онкологических заболеваний

Для анализа возможности планирования ПГГ на основе стандартов медицинской помощи взрослым были отобраны стандарты, утвержденные для четырёх наиболее распространенных в России локализаций онкологических заболеваний: кожи (кроме меланомы); молочной железы; трахеи, бронхов, легкого; ободочной кишки. В таблице 3.6. представлены четыре наиболее распространенные локализации ЗНО в структуре общей заболеваемости для обоих полов.

Таблица 3.6 – Доля наиболее распространенных ЗНО в структуре общей заболеваемости для обоих полов с 2017 по 2021 гг.

Локализация ЗНО	2017 г.,%	2018 г., %	2019 г., %	2020 г.,%	2021 г.,%
кожа (кроме меланомы)	12,6	12,6	13,1	10,9	11,8
молочная железа	11,5	11,4	11,6	11,8	12,1
трахея, бронхи, легкое	10,1	9,9	9,4	9,8	9,7
ободочная кишка	6,8	6,9	7,1	7,2	7,1
Итого	41,0	40,8	41,2	39,7	40,7

Как следует из таблицы 3.6, включенные в данное исследование онкологические заболевания суммарно составляют около 40% от общей заболеваемости онкологическими заболеваниями.

Особенности формирования стандартов медицинской помощи взрослым при ЗНО (коды МКБ-10 C00-C80) в период с 2012 по 2018 г.

Анализ проведен на примере ЗНО кожи (кроме меланомы), ЗНО молочной железы, ЗНО ободочной кишки, ЗНО бронхов и легкого. В исследование было включено 36 стандартов медицинской помощи: из них для ЗНО ободочной кишки – 9 стандартов медицинской помощи, для ЗНО легкого – 12 стандартов медицинской помощи, для ЗНО молочной железы – 8 стандартов медицинской помощи, для ЗНО кожи (кроме меланомы) – 7 стандартов медицинской помощи. Перечень утвержденных в период с 2012 по 2018 гг. стандартов медицинской помощи при ЗНО ободочной кишки, ЗНО легкого и ЗНО молочной железы представлен в Приложении А.

Следует отметить, что для одного онкологического заболевания внутри вида медицинской помощи было утверждено несколько стандартов медицинской помощи, которые дифференцировались по стадии распространенности опухолевого процесса и виду медицинского вмешательства (хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, диспансерное наблюдение и т.п.). Доминировали стандарты специализированной медицинской помощи, к которой были отнесены:

- для ЗНО ободочной кишки – 7 из 9 стандартов медицинской помощи;
- для ЗНО легкого – 10 из 12 стандартов;
- для ЗНО молочной железы – 8 из 8 стандартов;
- для ЗНО кожи (кроме меланомы) – 6 из 7 стандартов.

Для проведения анализа охвата стандартами стадий распространенности опухолевого процесса (стадии с 0 по IV) и видов медицинских вмешательств стандарты медицинской помощи были сгруппированы по видам медицинских вмешательств:

1. хирургическое лечение (включая фотодинамическую терапию);
2. лучевая терапия;
3. химиотерапия;
4. диагностика (включая обследование при диспансерном наблюдении).

Для анализа полноты охвата методов лечения стандартами медицинской помощи на примере стандартов медицинской помощи для ЗНО кожи (кроме меланомы), ЗНО молочной железы, ЗНО ободочной кишки, ЗНО бронхов и легкого было проведено сопоставление стадий распространенности опухолевого процесса и видов медицинских вмешательств (хирургическое лечение, лучевая терапия и химиотерапия), которое показало, что выбор вида медицинского вмешательства определяется распространенностью, то есть стадией, опухолевого процесса (таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Результаты соотнесения стадий распространенности опухолевого процесса с видами медицинского вмешательства для стандартов медицинской помощи при ЗНО ободочной кишки, ЗНО легкого, ЗНО молочной железы и ЗНО кожи (кроме меланомы)

ЗНО	Вид медицинского вмешательства	Стадия 0	Стадия I	Стадия II	Стадия III	Стадия IV
ЗНО ободочной кишки	Хирургическое лечение	V	V	V	V	V
	Химиотерапия				V	V
	Лучевая терапия			V	V	
ЗНО легкого	Хирургическое лечение	V	V	V	V	V
	Химиотерапия		V	V	V	V
	Лучевая терапия		V	V	V	
ЗНО молочной железы	Хирургическое лечение	V	V	V	V	V
	Химиотерапия		V	V	V	V
	Лучевая терапия		V	V	V	
ЗНО кожи (кроме меланомы)	Хирургическое лечение	V	V	V	V	V
	Лучевая терапия		V	V	V	V

V – утвержден один или несколько стандартов медицинской помощи

Как следует из таблицы 3.7, не для всех стадий распространенности опухолевого процесса были утверждены стандарты медицинской помощи. Однако оценить полноту охвата стандартами медицинской помощи видов медицинских вмешательств, в том числе в зависимости от стадий опухолевого процесса, на

основании сведений, представленных в таблице 3.7, не представляется возможным ввиду отсутствия критериев, определяющих необходимость разработки стандартов. Для оценки полноты охвата стандартами видов медицинских вмешательств было проведено сопоставление методов лечения, включенных в стандарты медицинской помощи, с методами лечения, описанными в клинических рекомендациях, которые были утверждены Ассоциацией онкологов России в период с 2014 по 2017 гг. и действовали до момента их размещения в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России.

Стандарты медицинской помощи при ЗНО ободочной кишки были сопоставлены с «Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных раком ободочной кишки», стандарты медицинской помощи при ЗНО легкого – с «Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных раком легкого», стандарты медицинской помощи при ЗНО молочной железы – с «Клиническими рекомендациями по диагностике и лечению больных раком молочной железы», стандарты медицинской помощи при ЗНО кожи (кроме меланомы) – с «Клиническими рекомендациями по лечению базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи».

В результате сопоставления несогласованность между методами лечения, указанными в стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях, была выявлена для всех включенных в исследование онкологических заболеваний:

1) ЗНО ободочной кишки

- в клинических рекомендациях для рака ободочной кишки проведение химиотерапии было рекомендовано не только для пациентов с III и IV стадиями, но и для определенных категорий пациентов со II стадией, при этом соответствующего стандарта медицинской помощи утверждено не было;
- в клинических рекомендациях отсутствовали рекомендации по проведению лучевой терапии на область первичной опухоли при ЗНО

ободочной кишки; при этом был утвержден стандарт медицинской помощи при ЗНО ободочной кишки для лучевой терапии II-III стадии;

- в стандарты медицинской помощи не был включен ряд лекарственных препаратов, указанных в клинических рекомендациях для проведения химиотерапии (иринотекан, бевацизумаб, цетуксимаб, панитумумаб, афлиберцепт);

2) ЗНО легкого

- в клинических рекомендациях отсутствовали методы хирургического лечения, указанные в стандартах медицинской помощи (например, электрокоагуляция, аргонплазменная коагуляция, фотодинамическая терапия);
- в стандарты медицинской помощи не был включен ряд лекарственных препаратов, описанных в клинических рекомендациях по проведению химиотерапии при немелкоклеточном раке легкого (этопозид, паклитаксел, доцетаксел, гемцитабин, пеметрексед);

3) ЗНО молочной железы

- в клинических рекомендациях отсутствовали рекомендации по проведению предоперационной лучевой терапии, но был утвержден соответствующий стандарт медицинской помощи;
- в клинических рекомендациях не были описаны методы хирургического лечения при IV стадии, указанные в стандартах медицинской помощи, (например, фотодинамической терапии);
- в стандарты медицинской помощи не был включен ряд лекарственных препаратов, указанных в клинических рекомендациях (тамоксифен, бусерелин, лейпрорелин, анастрозол, фулвестрант, карбоплатин);

4) ЗНО кожи (кроме меланомы)

- в клинических рекомендациях обозначено, что не рекомендовано проведение профилактической лимфаденэктомии при хирургическом

лечении локализованных стадий (стадии I-II); при этом в стандарте медицинской помощи для данных стадий указана лимфаденэктомия;

- в клинических рекомендациях для III и IV стадий отсутствовали рекомендации по проведению фотодинамической терапии, но соответствующий стандарт был утвержден;
- в клинических рекомендациях для лечения IV стадии у определенных категорий пациентов была рекомендована химиотерапия, но стандарта химиотерапевтического лечения утверждено не было.

Кроме того, результаты анализа стандартов медицинской помощи для химиотерапии, включенных в исследование, выявил, что проведение химиотерапии в соответствии со стандартами было ограничено условиями оказания медицинской помощи и предусмотрено:

- только в рамках первичной медико-санитарной помощи амбулаторно при
 - ЗНО ободочной кишки IV стадии,
 - ЗНО легкого (немелкоклеточном раке легкого) IV стадии,
- только в рамках специализированной медицинской помощи при
 - ЗНО легкого (мелкоклеточного рака легкого) IV стадии,
 - ЗНО молочной железы IV стадии.

Следует отметить, что клинические рекомендации неоднократно пересматривались Ассоциацией онкологов России, однако стандарты медицинской помощи, утвержденные в 2012 г. и 2015 г., пересмотрены не были.

Таким образом, можно прийти к выводу, что в период с 2012 по 2018 гг. существовала несогласованность в методах медицинских вмешательств между стандартами медицинской помощи для онкологических заболеваний и клиническими рекомендациями, утвержденными Ассоциацией онкологов России.

Для оценки финансового соответствия стандартов медицинской помощи модели КСГ, на примере ЗНО кожи (кроме меланомы), ЗНО молочной железы, ЗНО ободочной кишки, ЗНО бронхов и легкого, проведено сопоставление хирургических вмешательств и методов лучевой терапии, которые указаны во

включенных в исследование стандартах медицинской помощи, со способами оплаты медицинской помощи по КСГ.

Анализ перечня стандартов медицинской помощи при ЗНО взрослых, как описано ранее, показал, что стандарты медицинской помощи были разработаны для клинически однородных групп с дифференциацией по стадиям распространенности опухолевого процесса и видам медицинской помощи, а также отдельно по видам противоопухолевого лечения: хирургического лечения, химиотерапии, лучевой терапии т.д.

Сопоставление стандартов медицинской помощи с КСГ проводилось путем выделения из стандартов медицинской помощи медицинских услуг, которые относятся к хирургическому лечению из раздела стандартов медицинской помощи «Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения» и к лучевой терапии из раздела «Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации». Далее медицинские услуги, выделенные из стандартов медицинской помощи, сравнивались с медицинскими услугами, являющимися классификационными критериями в модели КГС 2016 г. [211]. Пример сопоставления отдельных медицинских услуг для хирургических вмешательств и методов лучевой терапии, указанных в стандартах медицинской помощи, представлен в таблицах 3.8 и 3.9 соответственно.

Таблица 3.8 – Пример сопоставления отдельных медицинских услуг для хирургических вмешательств, которые указаны в стандартах медицинской помощи взрослым при ЗНО, с моделью КСГ 2016 г.

Наименование стандарта медицинской помощи	Медицинская услуга	Наименование КСГ	Коэффициент затратоемкости
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки IV	Диагностическая лапароскопия	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)	1,13
	Резекция сигмовидной кишки	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных	2,45

продолжение таблицы 3.8

Наименование стандарта медицинской помощи	Медицинская услуга	Наименование КСГ	Коэффициент затратоемкости
стадии (хирургическое лечение)		новообразованиях (уровень 2)	
	Резекция сигмовидной кишки с использованием видеоэндоскопических технологий	Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 3)	3,82
	Нервосберегающая лапароскопически-ассистированная резекция сигмовидной кишки	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)	2,49
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого I - II стадии (хирургическое лечение)	Лобэктомия. Одномоментная двухсторонняя операция на легких	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,88
	Пневмонэктомия	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,25
	Лобэктомия (билобэктомия) с резекцией и реконструкцией бронха, бифуркации трахеи	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,25
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных	Мастэктомия радикальная по Пэйти	Мастэктомия, уровень 1; другие операции при злокачественном	2,29

продолжение таблицы 3.8

Наименование стандарта медицинской помощи	Медицинская услуга	Наименование КСГ	Коэффициент затратоемкости
злокачественных новообразованиях молочной железы ИВ, С стадии (хирургическое лечение)		новообразований молочной железы	
	Мастэктомия радикальная по Маддену	Мастэктомия, уровень 1; другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы	2,29
	Мастэктомия радикальная по Холстеду	Мастэктомия, уровень 1; другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы	2,29
	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом	Мастэктомия, уровень 2	3,12
	Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники	Мастэктомия, уровень 2	3,12
	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием	Мастэктомия, уровень 2	3,12
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях кожи 0, I, II стадии (хирургическое лечение)	Иссечение поражения кожи	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	1,29
	Лимфаденэктомия подмышечная	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)	1,43

Таблица 3.9 – Пример сопоставления отдельных медицинских услуг, отражающих методы лучевой терапии, которые указаны во включенных в анализ стандартах медицинской помощи при ЗНО, с моделью КСГ 2016 г.

Наименование стандарта медицинской помощи	Медицинская услуга	Наименование КСГ	Коэффициент затратоемкости
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки II - III стадии (лучевая терапия)	Дистанционная гамма-терапия опухолей ободочной кишки	Лучевая терапия (уровень 2)	2,21
	Дистанционная лучевая терапия опухолей ободочной кишки на линейном ускорителе с модуляцией интенсивности пучка излучения	Лучевая терапия (уровень 3)	3,53
Стандарт специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II - III стадии (послеоперационная лучевая терапия), мелкоклеточном раке легкого IA - IIIB стадии (лучевая терапия по радикальной программе)	Дистанционная лучевая терапия опухолей нижних дыхательных путей и легочной ткани	Лучевая терапия (уровень 1)	2,00
	Дистанционная лучевая терапия на медицинских ускорителях электронов опухолей нижних дыхательных путей	Лучевая терапия (уровень 2)	2,21
	Дистанционная лучевая терапия опухолей нижних дыхательных путей на линейном ускорителе с мультилифт коллиматором	Лучевая терапия (уровень 3)	3,53

продолжение таблицы 3.9

Наименование стандарта медицинской помощи	Медицинская услуга	Наименование КСГ	Коэффициент затратоемкости
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I - III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	Дистанционная лучевая терапия на медицинских ускорителях электронов опухолей молочной железы	Лучевая терапия (уровень 2)	2,21
	Дистанционная лучевая терапия опухолей молочной железы с использованием индивидуальных	Лучевая терапия (уровень 3)	3,53
Стандарт специализированной медицинской помощи при раке кожи I - IV стадии (лучевая терапия)	Дистанционная лучевая терапия при поражении мягких тканей	Лучевая терапия (уровень 1)	2,00
	Конформная дистанционная лучевая терапия	Лучевая терапия (уровень 3)	3,53

Как следует из таблиц 3.8 и 3.9, в стандарт медицинской помощи при хирургическом лечении и лучевой терапии ЗНО были включены хирургические вмешательства и методы лучевой терапии, относящиеся к разным КСГ с различными коэффициентами затратоемкости, то есть имеющие разную ресурсоемкость. Проведенный анализ свидетельствует о том, что стандарты медицинской помощи не соотносились с группами КСГ, а модель КСГ 2016 г., применяющаяся для определения оплаты случаев оказания медицинской помощи при проведении хирургического лечения и лучевой терапии онкологических заболеваний, была более дифференцированной, чем утвержденные стандарты медицинской помощи.

Проведение сопоставления стандартов медицинской помощи для химиотерапии при ЗНО с моделями КСГ 2016 г. и последующих лет, до 2018 г., не

представляется возможным в связи с отсутствием в моделях КСГ МНН лекарственных препаратов в перечне классификационных критериев.

Анализ длительности лечения и курсовых доз лекарственных препаратов, указанных в стандартах медицинской помощи для химиотерапии, тоже выявил несогласованность. Так, стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной и прямой кишки III стадии (адьювантная химиотерапия) со средней продолжительностью лечения 7 дней включает режимы химиотерапии длительностью от 2 до 10 дней, следовательно, в стандартах медицинской помощи объединены разные по ресурсоемкости схемы химиотерапии, ввиду того что ресурсоемкость случая оказания медицинской помощи при химиотерапии определяется как стоимостью применяемых лекарственных препаратов, так и длительностью случая оказания медицинской помощи, который соответствует количеству дней введения лекарственных препаратов (количеством койко-дней или пациенто-дней). Надо отметить, что в стандартах медицинской помощи усредненный показатель частоты применения лекарственного препарата указывался для группы препаратов, объединенных по анатомо-терапевтическо-химической классификации. Это ограничивало возможность проведения корректных расчетов стоимости стандарта медицинской помощи. Кроме того, в стандартах медицинской помощи, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг., в отличие от клинических рекомендаций, отсутствовала информация о цикличности применения противоопухолевых лекарственных препаратов, что не позволяло провести корректные расчеты при планировании ППГ по стандартам медицинской помощи. Необходимо обратить внимание на то, что в стандарте специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной и прямой кишки III стадии (адьювантная химиотерапия) некорректно указана длительность приема лекарственного препарата капецитабин: 10 дней вместо 14 дней, прописанных в инструкции по медицинскому применению и в клинических рекомендациях.

Таким образом, несмотря на то что стандарты медицинской помощи при онкологических заболеваниях утверждались отдельно для видов медицинских вмешательств, они были менее дифференцированными, чем модель КСГ, применяющаяся для оплаты противоопухолевого лечения. В стандарты медицинской помощи были включены медицинские вмешательства с разной ресурсоемкостью.

Оценка полноты перечней противоопухолевых лекарственных препаратов, указанных в стандартах медицинской помощи, осуществлена на примере ЗНО кожи (кроме меланомы), ЗНО молочной железы, ЗНО ободочной кишки, ЗНО бронхов и легкого; проведено сопоставление перечней лекарственных препаратов, представленных в стандартах медицинской помощи, с перечнем зарегистрированных в Российской Федерации противоопухолевых лекарственных препаратов, имевших показания к применению в соответствии с инструкцией по медицинскому применению на 2012 г. при данных онкологических заболеваниях. Также было обращено внимание на то, включен ли противоопухолевый лекарственный препарат в перечень ЖНВЛП 2012 г. и рекомендован ли в клинических рекомендациях Ассоциацией онкологов России. Анализ не проводился для ЗНО кожи (кроме меланомы) в связи с отсутствием стандарта для химиотерапии.

В результате были выявлены противоопухолевые лекарственные препараты (таблица 3.10), которые удовлетворяли следующим критериям:

- включены в перечень ЖНВЛП 2012 г.;
- имели показания к применению в соответствии с инструкцией по медицинскому применению на 2012 г. при ЗНО, включенном в анализ;
- рекомендованы в 2014 – 2017 гг. для проведения противоопухолевой терапии в клинических рекомендациях Ассоциацией онкологов России;
- не включены в стандарты медицинской помощи.

Таблица 3.10 – Перечень противоопухолевых лекарственных препаратов, имеющих показания к применению в соответствии с инструкцией по медицинскому применению, включенных в перечень ЖНВЛП 2012 г. и рекомендованных в клинических рекомендациях Ассоциацией онкологов России, но отсутствующих в стандартах медицинской помощи

ЗНО	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата
ЗНО ободочной и прямой кишки	иринотекан
	бевацизумаб
	цетуксимаб
ЗНО легкого (НМРЛ)	этопозид
	паклитаксел
	доцетаксел
	гемцитабин
	пеметрексед
ЗНО молочной железы	тамоксифен
	анастрозол
	фулвестрант

Как следует из таблицы 3.10, для всех анализируемых ЗНО, имевших стандарты по химиотерапии, были выявлены лекарственные препараты, которые на момент формирования стандартов медицинской помощи потенциально могли быть указаны в стандартах медицинской помощи, но включены в них не были.

Надо отметить, что в модель КСГ для круглосуточного и дневного стационаров в 2016 г. входила группа «Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы», и это позволяло возмещать медицинским организациям затраты на медицинскую помощь, оказанную с применением лекарственных препаратов, таких как бевацизумаб, цетуксимаб, по программе ОМС. Поэтому представлялось рациональным последующее внесение соответствующих изменений в стандарты медицинской помощи взрослым при ЗНО по химиотерапии, проводимой в рамках специализированной медицинской помощи и первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара; но изменения так не были внесены в стандарты.

Таким образом, можно утверждать, что в период с 2012 по 2018 гг. существовала несогласованность между перечнями противоопухолевых лекарственных препаратов, указанных в стандартах медицинской помощи, и перечнем противоопухолевых лекарственных препаратов, рекомендованных в клинических рекомендациях, а также зарегистрированных в Российской Федерации и имеющих показания к применению для включенных в анализ онкологических заболеваний. Кроме того, названные выше лекарственные препараты входили в перечень ЖНВЛП, а значит их стоимость должна была возмещаться медицинским организациям при оказании медицинской помощи по ПГГ.

Результаты проведенного анализа показали, что стандарты медицинской помощи взрослым при ЗНО дифференцировались по стадии распространенности опухолевого процесса и виду медицинского вмешательства (хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, диспансерное наблюдение и т.п.).

Следует отметить, что описанный принцип разработки стандартов медицинской помощи взрослым при ЗНО был применим не только к стандартам, включенным в исследование, но и ко всем утвержденным в период с 2012 по 2018 гг. стандартам медицинской помощи взрослым при ЗНО. Оценить полноту охвата видами медицинских вмешательств стадий опухолевого процесса при ЗНО на основе стандартов медицинской помощи не представляется возможным ввиду отсутствия критериев, определяющих разработку стандарта медицинской помощи для отдельных стадий ЗНО и для видов медицинских вмешательств при соответствующих стадиях ЗНО. Но при этом проведенный анализ стандартов медицинской помощи по химиотерапии отдельных стадий ЗНО, выявил особенности распределения стандартов по условиям оказания медицинской помощи. Эти особенности приводили к ограничению планирования ПГГ на основе стандартов медицинской помощи.

Результаты анализа свидетельствуют об несогласованности имевшейся между стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, что

создавало ситуации, когда при оказании медицинской помощи по клиническим рекомендациям пациенту должно было быть назначено то или иное медицинское вмешательство, но оказываемая медицинская помощь считалась отклонением от стандартов, и это расценивалось в системе ОМС как дефект оказания медицинской помощи.

Сопоставление стандартов медицинской помощи с моделью КСГ, используемой при оплате специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара и стационарно, показал их несогласованность, так как группы КСГ, применяющиеся для оплаты хирургического лечения и лучевой терапии, были более дифференцированными, чем стандарты.

В стандартах медицинской помощи отсутствовала информация о длительности (цикличности) проведения химиотерапии, описанная в клинических рекомендациях, что затрудняло проведение экономических расчетов.

Анализ перечней противоопухолевых лекарственных препаратов в стандартах медицинской помощи выявил отсутствие ряда препаратов, зарегистрированных в Российской Федерации, имеющих показания к применению и включенных в клинические рекомендации и перечень ЖНВЛП.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что стандарты медицинской помощи взрослым, утвержденные в период с 2012 по 2018 гг. для наиболее распространенных ЗНО (коды МКБ-10 C00-C80), имели ряд недостатков, затрудняющих использование стандартов в целях планирования ППГ, а именно:

1. отсутствие критериев, определяющих необходимость разработки стандарта медицинской помощи для отдельных стадий ЗНО и для видов медицинских вмешательств при соответствующей стадии онкологического заболевания;
2. несогласованность представленных в стандартах медицинской помощи методов лечения с методами, прописанными в клинических рекомендациях;

3. несогласованность между стандартами медицинской помощи и моделью КСГ с точки зрения степени дифференциации;
4. отсутствие в стандартах медицинской помощи противоопухолевых лекарственных препаратов, зарегистрированных в Российской Федерации и имеющих показания к применению и включенных в клинические рекомендации и перечень ЖНВЛП.

Анализ, проведенный на основе включенных в исследование стандартов медицинской помощи, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг., продемонстрировал ограничения их использования в целях планирования ПГГ. Изменение законодательства и закрепление с 2019 г. требований к разработке стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, необходимость внедрения в клиническую практику клинических рекомендаций обусловили пересмотр подходов к разработке стандартов медицинской помощи и потребность в разработке методических подходов к их формированию на основе клинических рекомендаций и к выстраиванию их взаимосвязи со способами оплаты медицинской помощи.

3.3. Разработка и апробация методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций

Предлагаемые методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций должны позволить:

- связать клинические рекомендации со стандартами медицинской помощи через их элементы – стандартизированные модули медицинской помощи;
- структурировать методы медицинских вмешательств, описанные в клинических рекомендациях;
- объективизировать расчет значений усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения для компонентов стандартов медицинской помощи;

- согласовать посредством стандартизированных модулей стандарты медицинской помощи с единицами планирования и оплаты медицинской помощи, используемыми в рамках ПГГ;
- использовать стандарты медицинской помощи для оценки потребности в ресурсном обеспечении системы здравоохранения, в том числе для оценки годового финансового обеспечения оказания медицинской помощи и при определенных заболеваниях в целом, и с разделением финансирования по условиям оказания медицинской помощи;
- оценить финансовую потребность в ресурсном обеспечении оказания медицинской помощи в год в зависимости от источников ее финансирования в рамках ПГГ;
- смоделировать финансовую потребность в ресурсном обеспечении оказания медицинской помощи как по ее условиям, так и по источникам финансирования.

Как было указано в главе «Материалы и методы», для решения задачи по разработке методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций были проанализированы клинические рекомендации, размещенные в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России, – для определения видов и методов диагностики или лечения.

Методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций опубликованы в виде собственной научной статьи автора диссертации [50] и методических рекомендаций [209].

Кроме того, как отмечено выше, для формирования ПГГ на основе клинических рекомендаций необходимо обеспечить соответствие между компонентами стандартов медицинской помощи и медицинскими вмешательствами, описанными в тезис-рекомендациях клинических рекомендаций. Для этого требуется проведение декомпозиции клинических рекомендаций и создание элементов стандартов медицинской помощи,

соотносящихся с единицами планирования объемов медицинской помощи по условиям ее оказания в ПГГ. Между элементами стандартов медицинской помощи требуется выстроить взаимосвязи, которые позволят определить последовательность применения этих элементов в зависимости от клинических параметров, указанных в клинических рекомендациях, альтернативности методов лечения, а также частоты их применения в популяции пациентов.

Для обеспечения возможности формирования стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учетом описанных выше требований разработаны методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи, подразумевающие три этапа:

1. формирование стандартизированных модулей медицинской помощи на основе клинических рекомендаций;
2. построение математической модели на основе сформированных стандартизированных модулей медицинской помощи и клинических рекомендаций;
3. формирование стандарта медицинской помощи.

Первый этап формирования стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций включает в себя формирование элементов стандартов медицинской помощи, отражающих в структурированном виде типовые случаи оказания медицинской помощи с применением методов диагностики и/или лечения, указанных в клинических рекомендациях. Такие типовые случаи в рамках данного исследования получили название стандартизированные модули медицинской помощи (стандартизированные модули).

Представленный в работе принцип формирования стандартов медицинской помощи с использованием стандартизированных модулей как единиц объема медицинской помощи позволяет их соотнести с единицами объема медицинской помощи, определенными в ПГГ.

Для реализации данного подхода в рамках процесса формирования стандартизированных модулей было предложено выделить два последовательных этапа:

- анализ клинических рекомендаций, определение видов и методов медицинских вмешательств;
- декомпозиция методов медицинских вмешательств, описанных в тезис-рекомендациях клинических рекомендаций, и формирование стандартизированных модулей.

Исходя из анализа содержания разделов клинических рекомендаций, можно выделить в них основные элементы, характеризующие этапы оказания медицинской помощи пациентам с конкретным заболеванием, и применяемые виды, подвиды и методы диагностики и лечения в соответствии с рисунком 3.4.

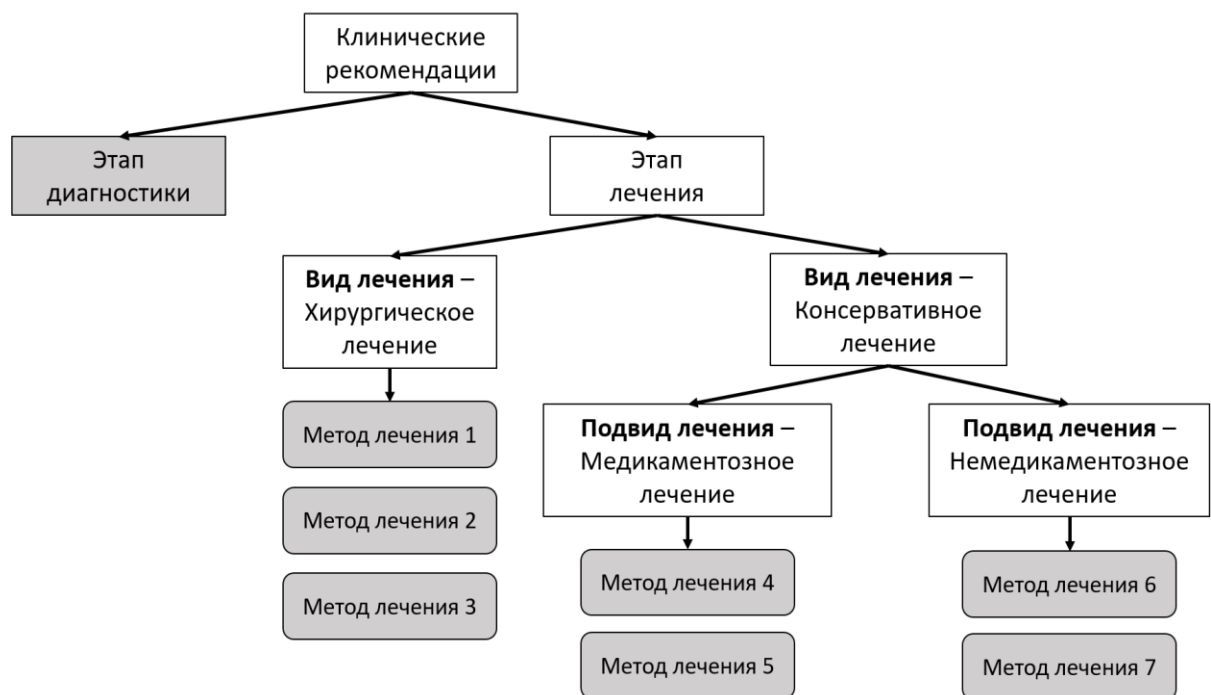


Рисунок 3.4 – Пример определения этапов оказания медицинской помощи, видов и методов диагностики и лечения на основе клинических рекомендаций

На рисунке 3.4 представлен поэтапный анализ клинических рекомендаций позволяет классифицировать применяемые при оказании медицинской помощи виды медицинских вмешательств (например, хирургическое лечение,

консервативное лечение), а далее для каждого вида медицинских вмешательств – метод лечения (например, объем хирургического вмешательства, схему лекарственной терапии).

Для реализации возможности структурирования информации о методах медицинских вмешательств, описанных в тезис-рекомендациях клинических рекомендаций, был разработан шаблон стандартизированного модуля. Структура стандартизированного модуля должна соответствовать структуре стандарта медицинской помощи и содержать паспортную часть и разделы с перечнями медицинских услуг; лекарственных препаратов; компонентов крови; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания, – с указанием усредненных показателей частоты и кратности применения.

Стандартизированные модули, описывая объем медицинской помощи, оказываемой пациенту при обращении за медицинской помощью в амбулаторных условиях, при случае госпитализации или случае лечения при оказании медицинской помощи стационарно или в условиях дневного стационара, должны соотноситься с единицами объема медицинской помощи, принятыми в ПГГ для условий ее оказания. Формирование отдельных стандартизированных модулей для методов диагностики возможно, если диагностика и лечение заболевания осуществляются в разных условиях оказания медицинской помощи; если же диагностика и лечение осуществляются в рамках одного случая оказания медицинской помощи, то формирование отдельных стандартизированных модулей для методов диагностики нецелесообразно. Предлагаемый подход позволяет объективизировать экспертные оценки значений усредненных показателей частоты и кратности применения для компонентов стандартизированных модулей, так как стандартизированный модуль разрабатывается для отдельного метода диагностики и лечения и отражает объем медицинской помощи, оказываемой в рамках отдельных случаев. В отличие от стандартизированного модуля, стандарт

медицинской помощи предполагает объединение разных методов лечения и диагностики с указанием вероятности их применения в популяции пациентов.

Для стандартизации процесса формирования стандартизированных модулей должны использоваться утвержденные в системе здравоохранения справочники, а при их отсутствии должны разрабатываться дополнительные справочники, в том числе и на основе клинических рекомендаций. Анализ НСИ Минздрава России показал, что для формирования стандартизированных модулей имеющихся справочников недостаточно. В таблице 3.11 представлен перечень справочников, необходимых при разработке стандартизированных модулей с указанием источника.

В паспортной части стандартизированных модулей должна отражаться информация, которую можно условно разделить на две группы:

- «клиническая информация»;
- «информация об организации медицинской помощи», необходимая для описания различных условий оказания медицинской помощи.

К «клинической информации» относятся:

- заболевание или состояние (группа заболеваний или состояний);
- возрастная категория пациентов;
- пол пациентов;
- вид медицинского вмешательства;
- метод медицинского вмешательства.

«Клиническая информация», представленная в стандартизированных модулях, включает в себя все параметры, принятые для стандартов медицинской помощи, а также дополнительные параметры «вид медицинского вмешательства» и «метод медицинского вмешательства», позволяющие структурировать информацию о методах диагностики и лечения, описанных в клинических рекомендациях.

Таблица 3.11 – Перечень справочников, используемых при разработке стандартизированных модулей (данная таблица представлена в собственной публикации автора диссертации⁵)

№ п/п	Наименование справочника	Источник
1	Справочник заболеваний и состояний по МКБ-10	НСИ Минздрава России
2	Справочник возрастной категории пациента	НСИ Минздрава России
3	Справочник пола пациента	НСИ Минздрава России
5	Справочник видов медицинской помощи	НСИ Минздрава России
6	Справочник условий оказания медицинской помощи	НСИ Минздрава России
7	Справочник форм оказания медицинской помощи	НСИ Минздрава России
8	Справочник требований к обязательности госпитализаций	Справочник разработан в ходе реализации исследования
9	Справочник медицинских услуг	НСИ Минздрава России
10	Справочник лекарственных препаратов	Справочник разработан в ходе реализации исследования на основе ГРЛС
11	Справочник компонентов крови	НСИ Минздрава России
12	Справочник медицинских изделий, имплантируемых в организм человека	НСИ Минздрава России
13	Справочник видов лечебного питания	НСИ Минздрава России
14	Справочник специализированных продуктов лечебного питания	НСИ Минздрава России
15	Справочник видов медицинского вмешательства	Справочник разработан в ходе реализации исследования на основе клинических рекомендаций
16	Справочник методов медицинского вмешательства	Справочник разработан в ходе реализации исследования на основе клинических рекомендаций

К «информации об организации медицинской помощи» следует отнести:

- вид оказания медицинской помощи;
- условия оказания медицинской помощи;
- форму оказания медицинской помощи;
- требование, предъявляемое к условиям оказания медицинской помощи;
- среднюю продолжительность оказания медицинской помощи (в днях).

⁵ Методические рекомендации по разработке проектов стандартов медицинской помощи (новая редакция). ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России. 2022. URL: <https://rosmedex.ru/standarts> (дата обращения 10.11.2022). [209]

«Информация об организации медицинской помощи» включает в себя все параметры, принятые для стандартов медицинской помощи, а также содержит дополнительный параметр – «требование, предъявляемое к условиям оказания медицинской помощи», – который позволяет учитывать информацию об условиях оказания медицинской помощи, если метод медицинского вмешательства может быть применен в разных условиях оказания медицинской помощи, например, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре и амбулаторно.

Значение параметра «средняя продолжительность оказания медицинской помощи (в днях)» в паспортной части стандартизированных модулей должна отражать длительность случая госпитализации, то есть количество дней от момента поступления пациента в медицинскую организацию до момента выписки из нее – для круглосуточного или дневного стационаров, а для амбулаторных условий оказания медицинской помощи – продолжительность обращения за медицинской помощью по определенному поводу от момента первого посещения пациентом медицинской организации до момента последнего посещения. Это необходимо для того, чтобы появилась возможность соотносить стандартизированные модули с единицами планирования ПГГ и проводить последующие расчеты стоимости случая оказания медицинской помощи. Кроме того, для возможности сопоставления стандартизированных модулей, описывающих методы лечения, требующие длительного, непрерывного, ежедневного приема лекарственных препаратов, с единицами планирования ПГГ должно соблюдаться следующее правило: для методов лечения, применяемых в условиях дневного стационара, длительность оказания медицинской помощи считается равной 30 дням или определяется в соответствии с особенностями режима дозирования лекарственных препаратов, а в амбулаторных условиях – 365 дней.

Так как стандартизированный модуль должен отражать медицинскую помощь, оказываемую в рамках случая с применением определенного метода лечения (метода медицинского вмешательства), то в стандартизированном модуле надо перечислить все компоненты, необходимые для реализации метода

медицинского вмешательства, в соответствии с информацией, указанной в клинических рекомендациях. Согласно предлагаемым методическим подходам, отдельно требуется разрабатывать стандартизированные модули для случаев оказания медицинской помощи при лечении осложнений основного заболевания, лечении сопутствующих заболеваний, а также для осуществления второго и последующих этапов реабилитации в рамках специализированной медицинской помощи. Соблюдение данных условий необходимо для возможности дальнейшего корректного проведения расчетов потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи и для актуализации методов оплаты специализированной медицинской помощи по КСГ.

В разделах стандартизированных модулей методы лабораторной и инструментальной диагностики, хирургических вмешательств и немедикаментозной терапии, описанные в тезис-рекомендациях клинических рекомендаций, должны отражаться посредством перечисления медицинских услуг из номенклатуры медицинских услуг для возможности проведения расчета стоимости оказания медицинской помощи. Для каждой медицинской услуги должны указываться усредненная частота предоставления и кратность применения, как и при разработке стандартов медицинской помощи, которые определяются экспертным путем на основе содержания клинических рекомендаций. Для того чтобы отразить длительность случая госпитализации в отделении конкретного профиля, в стандартизированных модулях используется кратность применения услуги «ежедневный осмотр врачом-специалистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара». Кратность применения услуги соотносится с длительностью случая госпитализации, указанной в паспортной части стандартизированного модуля.

Исходя из требований к стандартам медицинской помощи, закрепленных на законодательном уровне, в стандартизированные модули, как и в стандарты медицинской помощи, должны входить только лекарственные препараты, описанные в клинических рекомендациях и зарегистрированные на территории

Российской Федерации. Также при включении в стандартизированные модули лекарственных препаратов должны быть учтены показания к применению, противопоказания, способ применения и дозы в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата, что также определено на законодательном уровне.

Для проведения корректных расчетов стоимости лекарственных препаратов, включенных в стандартизированные модули, потребовалось расширить перечень параметров, которые должны быть обозначены для лекарственных препаратов. Помимо анатомо-терапевтическо-химической классификации, МНН, единицы измерения, усредненной частоты предоставления средней суточной (средняя разовая доза, среднее количество приемов в день) и средней курсовой дозы (средняя длительность приема (в днях)), в стандартизированных модулях для лекарственных препаратов должны указываться путь введения, тип лекарственной формы по агрегатному состоянию на момент потребления, тип лекарственной формы по виду высвобождения, которые устанавливаются в соответствии с инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями.

Второй этап – построение математической модели на основе сформированных стандартизированных модулей медицинской помощи и клинических рекомендаций.

Клинические рекомендации определяют выбор тактики ведения пациентов и методов диагностики и лечения в зависимости от клинических параметров. Например, для онкологических заболеваний – это морфологический тип опухоли, в ряде случаев наличие мутаций в генах, распространенность опухолевого процесса (стадии) и других клинических характеристик заболевания или состояний пациента (функциональный статус пациента по шкале ECOG, наличие неблагоприятных факторов прогноза, осложненное течение и др.).

Для возможности выстраивания взаимосвязей между стандартизированными модулями, учитывающих последовательность их применения в зависимости от клинических параметров, наличие альтернативности, в соответствии с

клиническими рекомендациями, а также для определения частоты и кратности применения методов диагностики и лечения, отраженных в стандартизированных модулях, требуется построение математической модели. Создаваемая модель позволяет визуализировать все особенности ведения пациента и выбора метода диагностики и лечения в зависимости от клинических параметров, описанных в клинических рекомендациях, объективизировать расчеты усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения компонентов стандартов медицинской помощи, проводить оценку потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи в рамках ПГГ и моделировать финансирование оказания медицинской помощи как по условиям ее оказания, так и по источникам финансирования.

Для решения этой задачи рекомендовано использование метода построения дерева решений, который дает возможность графически отражать последовательность применяемых видов медицинских вмешательств при оказании медицинской помощи и методы медицинских вмешательств, относящихся к виду. В «узлах» дерева решений должны быть обозначены клинические параметры, влияющие на тактику ведения пациента. Если метод медицинского вмешательства требует цикличного применения на протяжении определенного времени – в математической модели для таких методов должна быть указана кратность их применения; если метод медицинского вмешательства может применяться в разных условиях оказания медицинской помощи (стационарно, в дневном стационаре или амбулаторно), что отражается в паспортной части стандартизированного модуля, – в математической модели для таких методов должно указываться распределение по условиям оказания медицинской помощи.

Чтобы выполнить поставленную задачу, математическая модель должна строиться для каждой клинической рекомендации отдельно, что позволит последовательно указать доли пациентов от общей популяции с конкретным заболеванием, нуждающихся в оказании медицинской помощи с использованием того или иного метода медицинского вмешательства, в соответствии с

клиническими рекомендациями. Расчет долей пациентов в модели может осуществляться на основе статистических сведений, а в случае их отсутствия – на основе экспертных оценок. Подход к определению применения частот для каждого метода медицинского вмешательства, базирующийся на построении математических моделей по принципу дерева решений, объективизирует расчетные частоты в стандартах медицинской помощи. Пример части математической модели, разработанной для клинических рекомендаций «Рак прямой кишки», с указанием клинических параметров, влияющих на тактику ведения пациента, и методов противоопухолевой лекарственной терапии, представлен ниже – на рисунке 3.8.

Третий этап – формирование стандарта медицинской помощи

Для расчета на основе стандарта медицинской помощи ресурсной потребности системы здравоохранения на оказание медицинской помощи, необходимой однородной популяции пациентов, в соответствии с предлагаемыми методическими подходами надо сформировать единый стандарт, в котором будет учитываться объем необходимой медицинской помощи (видов и методов медицинских вмешательств, описанных в клинических рекомендациях, для популяции пациентов) на один пациенто-год. При формировании стандарта медицинской помощи для заболеваний, требующих лечения более одного года, математическая модель позволяет учесть, что часть пациентов в пациенто-году начинает лечение, а часть пациентов продолжает лечение, начатое в предыдущие годы.

Формирование стандарта медицинской помощи основывается на построенной математической модели, где определены доли пациентов от общей популяции пациентов, которым должна быть оказана медицинская помощь с применением каждого метода медицинского вмешательства, соотносящегося с разработанным стандартизированным модулем, а также определена последовательность применения видов и методов медицинских вмешательств в соответствии с клиническими рекомендациями (рисунок 3.5).

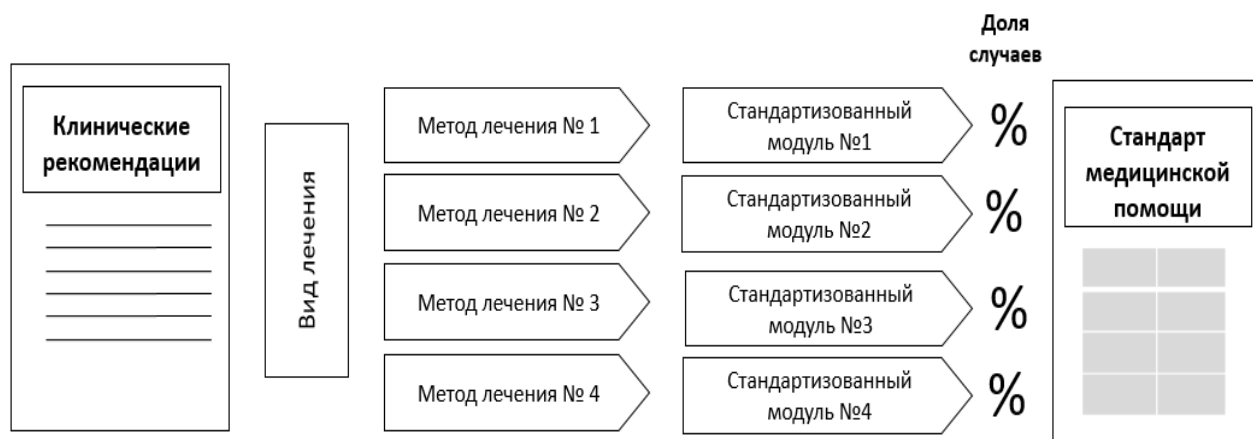


Рисунок 3.5 – Схема формирования проекта стандарта медицинской помощи

Расчет усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения для компонентов стандартов медицинской помощи производится с использованием математического алгоритма, что позволяет получить объективные значения усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения для одного пациенто-года. Расчет основывается на усредненных показателях частоты предоставления и кратности применения, заданных в стандартизованном модуле для компонентов стандарта, на доле пациентов от общей популяции пациентов, полученной для стандартизованного модуля в математической модели, и на кратности применения стандартизованного модуля, указанной в математической модели. Пример расчета усредненного показателя частоты предоставления для медицинской услуги в стандарте медицинской помощи приведен на рисунке 3.6.

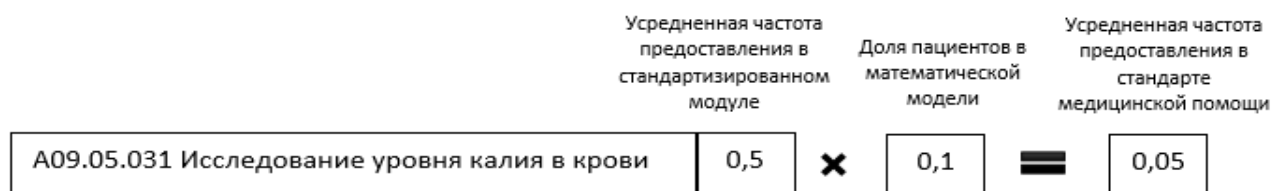


Рисунок 3.6 – Пример расчета усредненного показателя частоты предоставления медицинской услуги

Поскольку в стандартах медицинской помощи идентичные компоненты должны представлять из себя единую строку, то значения усредненных показателей частоты предоставления идентичных компонентов суммируются, а значения кратностей применения рассчитываются как средневзвешенное значение, которое округляется до целого числа. На рисунке 3.7 приведен пример расчета усредненного показателя частоты предоставления и кратности применения для медицинской услуги в стандарте медицинской помощи.

Усредненная частота предоставления в стандарте медицинской помощи			Кратность применения в стандарте медицинской помощи			Итоговая усредненная частота предоставления в стандарте медицинской помощи			Итоговая кратность применения в стандарте медицинской помощи		
A09.05.031 Исследование уровня калия в крови	0,12	4				A09.05.031 Исследование уровня калия в крови	0,17	3			
A09.05.031 Исследование уровня калия в крови	0,05	1									

Рисунок 3.7 – Пример расчета усредненного показателя частоты предоставления и средневзвешенного значения кратности применения для медицинской услуги в стандарте медицинской помощи

Таким образом, предложенные методические подходы позволяет выстроить взаимосвязь между клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи через стандартизированные модули, содержащие в себе декомпозированную информацию о методах медицинских вмешательств, в структурированном виде описанных в клинических рекомендациях. Поэтапный расчет усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения методов медицинских вмешательств, включающий в себя сначала оценку усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения компонентов стандартизированных модулей, а затем оценку в математической модели доли пациентов и кратности применения стандартизированных модулей с графической визуализацией, дает возможность объективизировать значение усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения компонентов стандартов медицинской помощи. Принцип разработки стандартизированных модулей, основанный на отражении в них объема

медицинской помощи в рамках случая оказания медицинской помощи по условиям, позволяет соотносить стандартизированные модули с единицами планирования объемов в ПГГ. Исходя из представления посредством выбора медицинских услуг, лекарственных препаратов и т.д. информации о методах медицинских вмешательств в структурированном виде, можно производить расчеты стоимости оказания медицинской помощи. Построение математической модели, учитывающей последовательность применения медицинских вмешательств, их альтернативность и распределение по условиям оказания медицинской помощи дает возможность проводить моделирование финансовой потребности.

Апробация методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций

Для оценки возможности использования предложенных методических подходов была проведена ее апробация на основе клинических рекомендаций, разработанных для онкологических заболеваний.

Как указано в главе «Материалы и методы», для апробации методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций были использованы клинические рекомендации, разработанные для онкологических заболеваний взрослых (коды МКБ-10 C00-C80): до 2020 г. – 44 клинические рекомендации и после 2020 г. – 52 клинические рекомендации. Перечень клинических рекомендаций, используемых при апробации методических подходов, представлен в приложении Б.

Апробация методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций включала в себя три этапа.

На первом этапе был проведен анализ клинических рекомендаций, определены виды и методы медицинских вмешательств при ЗНО взрослых, разработаны стандартизированные модули.

Анализ клинических рекомендаций показал, что на каждом этапе оказания медицинской помощи, в зависимости от морфологического типа опухоли и стадии распространенности опухолевого процесса, рекомендованы конкретные методы диагностики и лечения: для этапа диагностики описан объем медицинских услуг, необходимый для подтверждения диагноза и определения стадии заболевания, для этапа хирургического лечения – объем хирургического вмешательства, для противоопухолевой лекарственной терапии – схемы противоопухолевого лечения, для лучевой терапии – методы и режимы лучевой терапии.

В результате анализа клинических рекомендаций для ЗНО взрослых (коды МКБ-10 C00-C80) были выделены 5 видов медицинских вмешательств:

1. диагностика;
2. хирургическое лечение;
3. противоопухолевая лекарственная терапия;
4. лучевая терапия;
5. химиолучевая терапия (или лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией).

Полученный перечень видов медицинских вмешательств в целом сопоставим с видами медицинских вмешательств, указанными в утвержденных в период с 2012 по 2018 гг. стандартах медицинской помощи взрослым при ЗНО.

Затем для каждого вида медицинского вмешательства в рамках каждой клинической рекомендации был определен перечень методов диагностики и лечения (методов медицинских вмешательств). В рамках одного вида медицинских вмешательств в клинических рекомендациях может быть рекомендовано несколько альтернативных методов медицинских вмешательств, и выбор метода зависит от клинической ситуации.

Перечень видов медицинских вмешательств, соотнесенных с методами медицинских вмешательств, которые были выделены на этапе анализа клинических рекомендаций для онкологических заболеваний взрослых, на примере клинических рекомендаций «Рак прямой кишки», размещенных в Рубрикаторе

клинических рекомендаций Минздрава России в 2018 г., представлен в таблице 3.12.

Таблица 3.12 – Пример соотнесения видов медицинских вмешательств с методами медицинских вмешательств для клинических рекомендаций «Рак прямой кишки», размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России в 2018 г.

Вид медицинского вмешательства	Метод диагностики или лечения (метод медицинского вмешательства)
Диагностика	– первичная диагностика – обследование перед хирургическим лечением – обследование перед химиолучевой терапией – обследование перед химиолучевой терапией – диспансерное наблюдение
Хирургическое лечение	– эндоскопическое электрохирургическое удаление – колостомия, илеостомия – резекция прямой кишки, экстирпация прямой кишки
Противоопухолевая лекарственная терапия	– АЮ: фторурацил 2600 мг/м² 24-часовая инфузия в 1-й день + кальция фолинат 500 мг/м² в 1-й день; цикл 7 дней – АЮ+бевацизумаб: фторурацил 2600 мг/м² 24-часовая инфузия в 1-й день + кальция фолинат 500 мг/м² в 1-й день + бевацизумаб 7,5 мг/кг 1-й день каждые 3 недели; цикл 7 дней – De Gramont: кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни; цикл 14 дней – De Gramont+бевацизумаб: кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + бевацизумаб 5 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – FLOX: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й, 15-й, 29-й дни + кальция фолинат 20 мг/м² в 1-й, 8-й, 15-й, 22-й, 29-й, 36-й дни + фторурацил 500 мг/м² в 1-й, 8-й, 15-й, 22-й, 29-й, 36-й дни; цикл 49 дней – FLOX+бевацизумаб: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й, 15-й, 29-й дни + кальция фолинат 20 мг/м² в 1-й, 8-й, 15-й, 22-й, 29-й, 36-й дни + фторурацил 500 мг/м² в 1-й, 8-й, 15-й, 22-й, 29-й, 36-й дни + бевацизумаб 5 мг/кг 1 раз в 14 дней; цикл 49 дней – FOLFIRI: иринотекан 180 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни; цикл 14 дней

продолжение таблицы 3.12

Вид медицинского вмешательства	Метод диагностики или лечения (метод медицинского вмешательства)
Противоопухолевая лекарственная терапия	– FOLFIRI+афлиберцепт: иринотекан 180 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + афлиберцепт 4 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – FOLFIRI+бевацизумаб: иринотекан 180 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + бевацизумаб 5 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – FOLFIRI+панитумумаб: иринотекан 180 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия 1-2-й дни + панитумумаб 6 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – Иринотекан 250-350 мг/м² в 1-й день; цикл 21 день – Иринотекан 250-350 мг/м² в 1-й день + бевацизумаб 7,5 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день – Иринотекан 150-180 мг/м² в 1-й день + панитубумаб 6 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – Иринотекан 150-180 мг/м² в 1-й день + цетуксимаб 250 мг/м² (нагрузочная доза 400 мг/м²) в 1-й, 8-й дни; цикл 14 дней – Капецитабин 2500 мг/м² в 1-14-й дни; цикл 21 день – Капецитабин 2500 мг/м² в 1-14-й дни + бевацизумаб 7,5 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день – Мейо: Фторурацил 425 мг/м² в 1-5-й дни + кальция фолинат 20 мг/м² в 1-5-й дни; цикл 28 дней – Мейо+бевацизумаб: фторурацил 425 мг/м² в 1-5-й дни + кальция фолинат 20 мг/м² в 1-5-й дни + бевацизумаб 5 мг/кг в 1-й, 15-й дни; цикл 28 дней – FOLFOX 6: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия 1-2-й дни; цикл 14 дней – FOLFOX 6+бевацизумаб: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + бевацизумаб 5 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – FOLFOX 6+панитумумаб: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + панитумумаб 6 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней

продолжение таблицы 3.12

Вид медицинского вмешательства	Метод диагностики или лечения (метод медицинского вмешательства)
Противоопухолевая лекарственная терапия	– FOLFOX 6+цетуксимаб: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + цетуксимаб 250 мг/м² (нагрузочная доза 400 мг/м²) в 1-й, 8-й дни; цикл 14 дней – FOLFOXIRI: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й день + иринотекан 165 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 200 мг/м² в 1-й день + фторурацил 3200 мг/м² (по 1600 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни; цикл 14 дней – FOLFOXIRI+бевацизумаб: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й день + иринотекан 165 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 200 мг/м² в 1-й день + фторурацил 3200 мг/м² (по 1600 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + бевацизумаб 5 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – FOLFOXIRI+панитумумаб: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й день + иринотекан 165 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 200 мг/м² в 1-й день + фторурацил 3200 мг/м² (по 1600 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + панитумумаб 6 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – FOLFOXIRI+цетуксимаб: оксалиплатин 85 мг/м² в 1-й день + иринотекан 165 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 200 мг/м² в 1-й день + фторурацил 3200 мг/м² (по 1600 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + цетуксимаб 250 мг/м² (нагрузочная доза 400 мг/м²) в 1-й, 8-й дни; цикл 14 дней – Rosswell Park: фторурацил 500 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 500 мг/м² в 1-й день; цикл 7 дней – Rosswell Park+бевацизумаб: фторурацил 500 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 500 мг/м² в 1-й день + бевацизумаб 7,5 мг/кг в 1-й день каждые 3 недели; цикл 7 дней – XELIRI: капецитабин 1600-1800 мг/м² в 1-14-й дни + иринотекан 200 мг/м² в 1-й день; цикл 21 день – XELIRI+бевацизумаб: капецитабин 1600-1800 мг/м² в 1-14-й дни + иринотекан 200 мг/м² в 1-й день + бевацизумаб 7,5 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день – XELOX: капецитабин 2000 мг/м² в 1-14-й дни + оксалиплатин 130 мг/м² в 1-й день; цикл 21 день – XELOX+бевацизумаб: капецитабин 2000 мг/м² в 1-14-й дни + оксалиплатин 130 мг/м² в 1-й день + бевацизумаб 7,5 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день – Панитумумаб 6 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – Регорафениб 160 мг в 1-21-й дни; цикл 28 дней

продолжение таблицы 3.12

Вид медицинского вмешательства	Метод диагностики или лечения (метод медицинского вмешательства)
Противоопухолевая лекарственная терапия	– Цетуксимаб 250 мг/м² (нагрузочная доза 400 мг/м²) в 1-й день; цикл 7 дней – FOLFIRI+цетуксимаб: иринотекан 180 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + цетуксимаб 250 мг/м² (нагрузочная доза 400 мг/м²) в 1-й, 8-й дни; цикл 14 дней – FOLFIRI+рамуцирумаб: иринотекан 180 мг/м² в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + рамуцирумаб 8 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – De Gramont+панитумумаб: кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + панитумумаб 6 мг/кг в 1-й день; цикл 14 дней – De Gramont+цетуксимаб: кальция фолинат 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день + фторурацил 2400 мг/м² (по 1200 мг/м² в сутки) 46-часовая инфузия в 1-2-й дни + цетуксимаб 250 мг/м² (нагрузочная доза 400 мг/м²) в 1-й, 8-й дни; цикл 14 дней
Химиолучевая терапия	– Дистанционная лучевая терапия на ускорителях электронов: СОД 56 Гр; РОД 2 + химиотерапия: фторурацил – Конформная дистанционная лучевая терапия (IMRT, ViMAT): СОД 56 Гр; РОД 2 Гр + химиотерапия: фторурацил – Конформная дистанционная лучевая терапия: СОД 56 Гр; РОД 2 Гр + химиотерапия: фторурацил – Дистанционная гамма-терапия: СОД 56 Гр; РОД 2 Гр + химиотерапия: фторурацил – Дистанционная гамма-терапия: СОД 56 Гр; РОД 2 Гр + химиотерапия: капецитабин – Дистанционная лучевая терапия на ускорителях электронов: СОД 56 Гр; РОД 2 Гр + химиотерапия: капецитабин – Конформная дистанционная лучевая терапия (IMRT, ViMAT): СОД 56 Гр; РОД 2 Гр + химиотерапия: капецитабин – Конформная дистанционная лучевая терапия: СОД 56 Гр; РОД 2 Гр + химиотерапия: капецитабин – Брахитерапия: СОД 18 Гр; РОД 3 Гр + химиотерапия: капецитабин

Из таблицы 3.12 следует, что в результате анализа клинических рекомендаций «Рак прямой кишки» для такого вида медицинского вмешательства, как диагностика, было выделено 5 методов, для хирургического лечения – 3 метода, для противоопухолевой лекарственной терапии – 39 методов, для химиолучевой терапии – 9 методов.

Для каждого выделенного метода медицинского вмешательства по итогам интервьюирования экспертов был заполнен шаблон стандартизированного модуля. Так, для представления в структурированном виде выделенных из клинических рекомендаций «Рак прямой кишки» и указанных в таблице 3.8 методов медицинских вмешательств было сформировано 56 стандартизированных модулей.

На втором этапе для каждой клинической рекомендации была построена математическая модель.

Математические модели позволили отразить особенности ведения пациента и выбора метода диагностики и лечения в зависимости от клинических параметров, описанных в клинических рекомендациях. Например, согласно клиническим рекомендациям «Рак прямой кишки», выбор тактики ведения пациента и методов лечения (методов медицинских вмешательств), а также их последовательность будут зависеть от стадии распространенности опухолевого процесса (0, I, II, III, IV стадии), резектабельности метастазов для IV стадии, наличия мутаций в генах KRAS, NRAS, BRAF или микросателлитной нестабильности. При построении математической модели были использованы статистические сведения для расчета значений долей распределения стадий опухолевого процесса; расчет значений долей для оставшихся клинических параметров и определения долей для методов медицинских вмешательств проводился на основе экспертных оценок. Пример части математической модели с указанием методов противоопухолевой лекарственной терапии для клинических рекомендаций «Рак прямой кишки» представлен на рисунке 3.8.

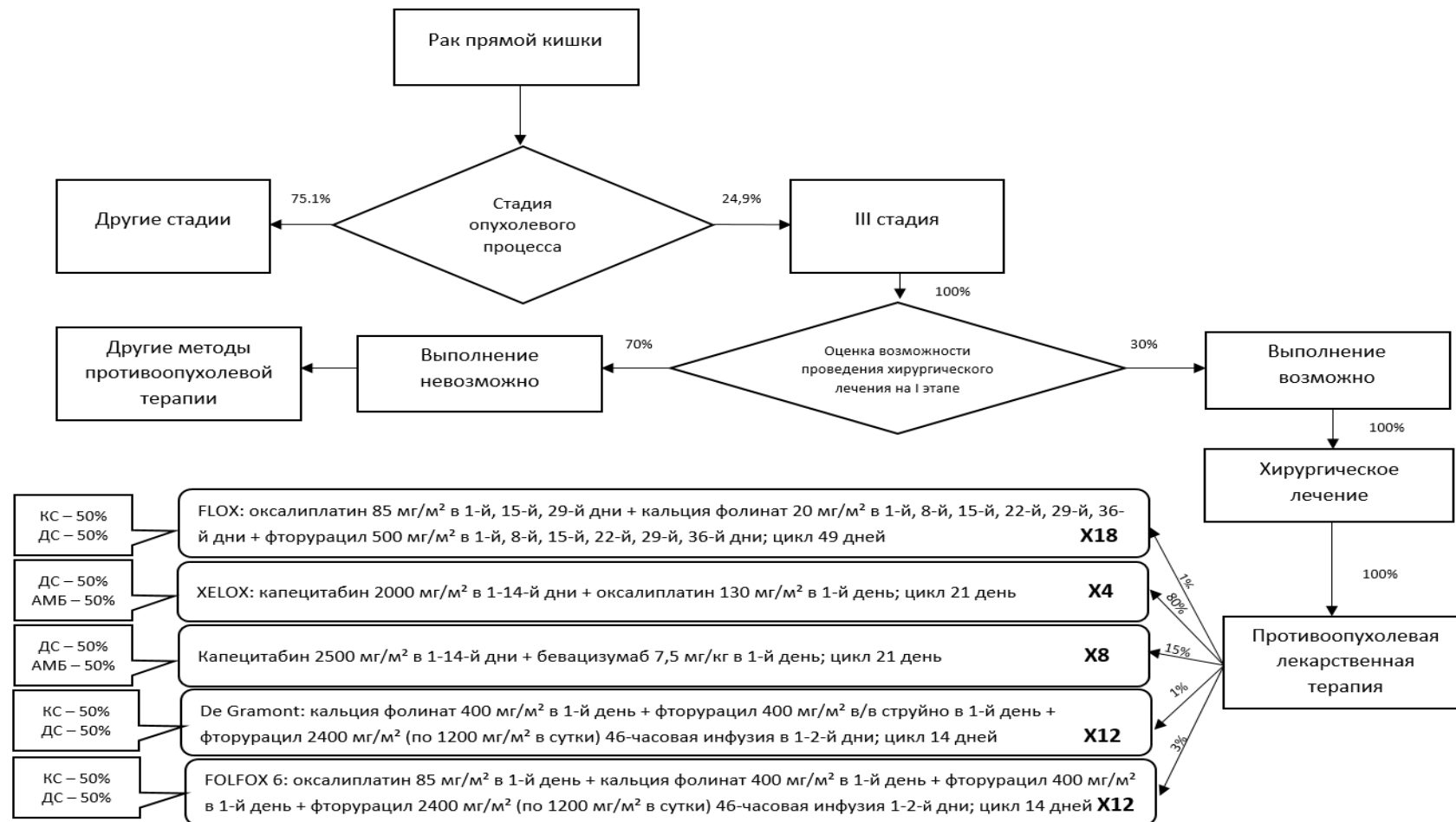


Рисунок 3.8 – Пример части математической модели для клинических рекомендаций «Рак прямой кишки» с указанием методов противоопухолевой лекарственной терапии

Реализация методических подходов к формированию стандартов на основе клинических рекомендаций была проведена впервые в 2017 г. с использованием 18 клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России, разработанных для наиболее распространенных ЗНО. В результате было сформировано 644 стандартизированных модуля и 18 математических моделей. Перечень клинических рекомендаций и количество разработанных на их основе стандартизированных модулей представлены в таблице 3.13.

Таблица 3.13 – Перечень клинических рекомендаций и количество разработанных в 2017 г. на их основе стандартизированных модулей

Наименование клинических рекомендаций	Кол-во стандартизированных модулей, разработанных в 2017 году
Рак пищевода	25
Рак желудка	26
Рак ободочной кишки и ректосигмоидного отдела	42
Рак прямой кишки	55
Гепатоцеллюлярный рак	23
Рак поджелудочной железы	28
Рак гортани	33
Рак легкого	37
Меланома кожи	36
Рак кожи базальноклеточный и плоскоклеточный	24
Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины	39
Рак молочной железы	107
Рак шейки матки	28
Рак тела матки	28
Рак предстательной железы	50
Рак паренхимы почки	20
Рак мочевого пузыря	22
Рак щитовидной железы	21
Итого	644

При разработке стандартов медицинской помощи на основе всех размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций 44 клинических рекомендаций для онкологических заболеваний взрослых в 2018 г. были сформированы 1821 стандартизированный модуль и 44 математические модели.

Ввиду изменения законодательства в отношении регулирования процесса разработки и актуализации клинических рекомендаций, в 2020 г. в Рубрикаторе клинических рекомендаций были размещены 52 клинические рекомендации, на основе которых были сформированы 2212 стандартизированных модулей и 52 математические модели. В 2022 г. в Рубрикаторе было актуализировано 12 клинических рекомендаций, на основе которых были разработаны 761 стандартизированный модуль и 12 математических моделей.

В таблице 3.14 представлено количество стандартизированных модулей, разработанных на основе клинических рекомендаций, размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций и использованных при построении математических моделей в 2018, 2020 гг. и в 2022 г. ввиду актуализации клинических рекомендаций.

Таблица 3.14 – Количество стандартизированных модулей, разработанных на основе клинических рекомендаций для онкологических заболеваний взрослых и использованных при построении математической модели

Наименование клинических рекомендаций	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2018 году	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2020 году	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2022 году
Базальноклеточный рак кожи	15	45	-
Вторичное злокачественное новообразование головного мозга и мозговых оболочек	-	12	-
Гастроинтестинальные стромальные опухоли	12	21	-
Герминогенные опухоли у мужчин	44	38	-
Дифференцированный рак щитовидной железы	22	22	-
Забрюшинные неорганные саркомы	-	39	-
Злокачественное новообразование бронхов и легкого	85	178	134
Злокачественные новообразования влагалища	23	15	-

продолжение таблицы 3.14

Наименование клинических рекомендаций	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2018 году	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2020 году	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2022 году
Злокачественные новообразования губы	42	37	-
Злокачественные новообразования ободочной кишки и ректосигмоидного отдела	73	68	95
Злокачественные новообразования полости рта	-	41	-
Злокачественные опухоли слюнных желез	41	21	-
Карцинома Меркеля	21	36	-
Медуллярный рак щитовидной железы	-	7	-
Мезотелиома плевры, брюшины и других локализаций	17	31	-
Меланома кожи и слизистых оболочек	43	68	-
Нейроэндокринные опухоли	135	68	-
Неэпителиальные опухоли яичников	8	46	-
Опухоли невыявленной первичной локализации	-	2	2
Опухоли средостения	27	22	-
Первичные опухоли центральной нервной системы	20	30	-
Плоскоклеточный рак анального канала, анального края, периаанальной кожи	23	50	47
Плоскоклеточный рак кожи	8	49	-
Пограничные опухоли яичников	-	13	-
Рак вульвы	29	27	-
Рак гортани	45	39	-
Рак гортаноглотки	49	31	-
Рак желудка	64	58	-

продолжение таблицы 3.14

Наименование клинических рекомендаций	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2018 году	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2020 году	Количество стандартизированных модулей, разработанных в 2022 году
Рак желчевыводящей системы	27	23	-
Рак коры надпочечника (адренокортикальный рак)	11	8	-
Рак молочной железы	202	123	-
Рак мочевого пузыря	31	51	-
Рак носоглотки	25	26	-
Рак паренхимы почки	21	38	44
Рак печени (гепатоцеллюлярный)	20	30	34
Рак пищевода и кардии	64	46	59
Рак поджелудочной железы	28	39	-
Рак полового члена	23	57	-
Рак полости носа и придаточных пазух	49	27	-
Рак предстательной железы	95	78	79
Рак прямой кишки	63	83	111
Рак ротоглотки	46	39	-
Рак тела матки и саркомы матки	34	74	76
Рак трахеи	19	16	-
Рак уретры	-	29	-
Рак шейки матки	36	48	-
Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины	67	95	-
Саркомы костей	45	30	31
Саркомы мягких тканей	51	48	49
Трофобластические опухоли	10	21	-
Увеальная меланома	-	33	-
Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей	8	36	-

Как следует из таблицы 3.14, наибольшее количество стандартизированных модулей было сформировано в 2018 г. и использовано при построении

математических моделей на основе клинических рекомендаций «Рак молочной железы», «Нейроэндокринные опухоли», «Рак предстательной железы». В 2020 г., согласно данным клинических рекомендаций, количество стандартизированных модулей уменьшилось:

- для рака молочной железы – с 202 до 123;
- для нейроэндокринных опухолей – с 135 до 68;
- для рака предстательной железы – с 95 до 78.

Такое сокращение количества стандартизированных модулей было обусловлено не уменьшением количества методов медицинских вмешательств, описанных в клинических рекомендациях, а разработкой и использованием в 2020 г. при формировании стандартизированных модулей информационного продукта, который позволяет формировать один стандартизированный модуль для альтернативных лекарственных препаратов в схеме противоопухолевой лекарственной терапии в рамках одного метода вмешательства в соответствии с клиническими рекомендациями. Например, в 2018 г. для терапии ингибиторами ароматазы было создано три отдельных «оригинальных» стандартизированных модуля, включающих лекарственные препараты летрозол, анастрозол и эксеместан. В 2020 г. для терапии ингибиторами ароматазы был создан один «оригинальный» стандартизированный модуль (таблица 3.15), содержащий три

Таблица 3.15 – Принцип формирования «оригинальных» и «виртуальных» стандартизированных модулей

2018 год		2020 год			
ID «оригинального» стандартизированного модуля	Описание метода медицинского вмешательства	ID «оригинального» стандартизированного модуля	Описание метода медицинского вмешательства	ID «виртуального» стандартизированного модуля	Описание метода медицинского вмешательства
A-C50-608	Анастрозол 1 мг ежедневно	A-379-C50-0032	Терапия ингибиторами ароматазы: летрозол 2,5 мг внутрь ежедневно или анастрозол 1 мг внутрь ежедневно или эксеместан 25 мг внутрь ежедневно	A-379-C50-0032.2	Анастрозол 1 мг ежедневно
A-C50-609	Летрозол 2,5 мг ежедневно			A-379-C50-0032.1	Летрозол 2,5 мг внутрь ежедневно
A-C50-612	Эксеместан 25 мг ежедневно			A-379-C50-0032.3	Эксеместан 25 мг внутрь ежедневно

альтернативных лекарственных препаратов (летрозол, анастрозол и эксеместан), но при этом в рамках выполнения расчетов информационный продукт позволял сформировать три отдельных «виртуальных» стандартизированных модуля для указанных лекарственных препаратов.

Данный подход значительно упростил работу на этапе как формирования математических моделей, так и проведения расчетов в зависимости от поставленной задачи.

В таблице 3.16 представлено количество стандартизированных модулей, разработанных на основе клинических рекомендаций в 2018 и 2020 гг. по видам медицинских вмешательств.

Таблица 3.16 – Количество стандартизированных модулей, разработанных на основе клинических рекомендаций для онкологических заболеваний взрослых

Вид медицинского вмешательства	Кол-во стандартизированных модулей, разработанных в 2018 году	Кол-во стандартизированных модулей, разработанных в 2020 году	Кол-во стандартизированных модулей, разработанных в 2022 году
Диагностика	222	390	86
Хирургическое лечение	180	315	104
Противоопухолевая лекарственная терапия	899	1135	454
Лучевая терапия	245	222	51
Химиолучевая терапия (или лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией)	275	150	66
Итого:	1821	2212	761

Из таблицы 3.16 следует, что наибольшее количество стандартизированных модулей было разработано для такого вида медицинского вмешательства, как противоопухолевая лекарственная терапия: 899 на основании клинических рекомендаций в 2018 г. и 1135 – в 2020 г. В 2022 г. на основе 12 актуализированных клинических рекомендаций были разработаны «новые» стандартизированные

модули, большая часть также для противоопухолевой лекарственной терапии – 454 (таблица 3.16).

При декомпозиции клинических рекомендаций и создании стандартизированных модулей в 2018 г. было использовано 935 медицинских услуг и 104 противоопухолевых лекарственных препарата, в 2020 г. – 821 медицинская услуга и 111 противоопухолевых лекарственных препаратов.

На третьем этапе проведено формирование стандартов медицинской помощи.

В период с 2019 по 2020 гг. было сформировано и утверждено 169 стандартов медицинской помощи, разработанных на основе клинических рекомендаций для диагностики и лечения онкологических заболеваний взрослых (приложение Г). Следует отметить, что отдельно были сформированы стандарты медицинской помощи; для этапа диагностики и лечения – 110 стандартов и для этапа диспансерного наблюдения – 59 стандартов. Формирование единого стандарта на один пациенто-год дает возможность отразить весь объем медицинской помощи, описанный в клинических рекомендациях для этапа оказания медицинской помощи. Утвержденные стандарты медицинской помощи не предполагают деления по видам и условиям оказания медицинской помощи и тем самым не накладывают ограничений на распределение объемов медицинской помощи и методов лечения при планировании ППГ по условиям ее оказания. Поскольку стандарты сформированы с использованием стандартизированных модулей, это позволяет моделировать и планировать финансирование медицинской помощи при онкологических заболеваниях по условиям оказания медицинской помощи с учетом имеющихся источников финансирования в системе здравоохранения как на уровне Российской Федерации в целом, так и на уровне субъектов Российской Федерации в частности.

3.4. Оценка потребности в объемах финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций

Для реализации задачи по оценке потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций посредством стандартизированных модулей и математических моделей, необходимо, в свою очередь, решить две задачи:

- рассчитать стоимость стандартизированных модулей с учетом стоимости их основных компонентов: медицинских услуг, лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека медицинских изделий, компонентов крови и лечебного питания;
- рассчитать на основе математических моделей численность пациентов, которым требуется оказание медицинской помощи с применением того или иного отраженного в математической модели посредством стандартизированных модулей метода медицинского вмешательства, а также определить необходимое количество случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи.

Решение обозначенных задач позволит оценить стоимость оказания медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями на основе стоимости стандартизированных модулей и определенного для них количества случаев оказания медицинской помощи по формуле:

$$\text{ФП} = \sum_{i=1}^n \text{Ст}_{\text{см}i} \text{К}_{\text{сл}i}, \quad (3)$$

где

$\text{Ст}_{\text{см}}$ – стоимость стандартизированного модуля;

$\text{К}_{\text{сл}}$ – количество случаев оказания медицинской помощи для стандартизированного модуля, отражающего метод медицинского вмешательства.

Расчет стоимости стандартизированных модулей медицинской помощи

Как было описано ранее, стандартизированный модуль представляет собой структурированный документ, в котором компоненты (медицинские услуги, лекарственные препараты и др.) отражены в табличных формах с указанием усредненного показателя частоты предоставления и кратности применения. Расчет стоимости стандартизированного модуля при наличии стоимости отдельных компонентов стандартизированного модуля производится по формуле:

$$C_{\text{см}} = \sum_{i=1}^n (C_{\text{му}i} \text{УПЧП}_{\text{му}i} \text{УПКП}_{\text{му}i}) + \sum_{i=1}^n (C_{\text{лп}i} \text{УПЧП}_{\text{лп}i} \text{СКД}_{\text{лп}i}) + \sum_{i=1}^n (C_{\text{ми}i} \text{УПЧП}_{\text{ми}i} K_{\text{ми}i}) + \sum_{i=1}^n (C_{\text{пит}i} \text{УПЧП}_{\text{пит}i} K_{\text{пит}i}), \quad (4)$$

где

$C_{\text{см}}$ – стоимость стандартизированного модуля;

$C_{\text{му}}$ – стоимость медицинской услуги, включенной в стандартизированный модуль;

$\text{УПЧП}_{\text{му}}$ – усредненный показатель частоты предоставления медицинской услуги в стандартизированном модуле;

$\text{УПКП}_{\text{му}}$ – усредненный показатель кратности применения медицинской услуги в стандартизированном модуле;

$C_{\text{лп}}$ – стоимость лекарственного препарата, включенного в стандартизированный модуль;

$\text{УПЧП}_{\text{му}}$ – усредненный показатель частоты предоставления лекарственного препарата в стандартизированном модуле;

$\text{СКД}_{\text{лп}}$ – средняя курсовая доза лекарственного препарата в стандартизированном модуле;

$C_{\text{ми}}$ – стоимость медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, включенных в стандартизированный модуль;

$\text{УПЧП}_{\text{му}}$ – усредненный показатель частоты предоставления медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, в стандартизированном модуле;

$K_{\text{ми}}$ – количество применения медицинского изделия, имплантируемого в организм человека, в стандартизированном модуле;

$C_{\text{пит}}$ – общая стоимость лечебного питания и специализированных продуктов питания, включенных в стандартизированный модуль;

$\text{УПЧП}_{\text{пит}}$ – усредненный показатель частоты предоставления лечебного питания в стандартизированном модуле;

$K_{\text{пит}}$ – количество лечебного питания в стандартизированном модуле;

n – количество компонентов стандартизированного модуля.

Следовательно, для расчета стоимости стандартизированного модуля необходимо просчитать стоимость каждого его компонента: медицинской услуги, лекарственного препарата, имплантируемого в организм человека медицинского изделия, лечебного питания.

Для того чтобы разработать методику расчета стоимости компонентов стандартизированных модулей была проанализирована структура затрат медицинских организаций при оказании медицинской помощи. Анализ показал, что с целью реализации этой методики статьи затрат следует разделить на 2 группы:

- первая группа: затраты, напрямую связанные с оказанием медицинской помощи (например, затраты на оплату труда медицинского персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи; начисления на выплаты по оплате труда персонала; затраты на материальные расходы, потребляемые при оказании медицинской помощи);
- вторая группа: затраты, связанные с обеспечением деятельности медицинской организации (например, затраты на оплату труда административного и хозяйственного персонала, то есть работников, не принимающих участия в оказании медицинской помощи; начисления на выплаты по оплате их труда; коммунальные услуги; содержание движимого и недвижимого имущества; общехозяйственные нужды).

Для проведения последующих расчетов компоненты стандартизированных модулей были соотнесены с указанными группами затрат (таблица 3.17).

Таблица 3.17 – Соотнесение компонентов стандартизированных модулей с группами затрат

№ п/п	Наименование элемента комплекса медицинских вмешательств	Первая группа (затраты, связанные с оказанием медицинской помощи)	Вторая группа (затраты, связанные с обеспечением деятельности медицинской организации)
1	Медицинские услуги	- оплата труда сотрудников, участвующих в оказании медицинской помощи (врачей, лаборантов, среднего и младшего медицинского персонала) - затраты на расходные материалы (медицинские изделия и лекарственные препараты, кроме	- оплата труда хозяйственного и административного персонала - затраты на коммунальные услуги, услуги связи, транспортные услуги и др. для отдельных подразделений

продолжение таблицы 3.17

№ п/п	Наименование элемента комплекса медицинских вмешательств	Первая группа (затраты, связанные с оказанием медицинской помощи)	Вторая группа (затраты, связанные с обеспечением деятельности медицинской организации)
		включенных в стандартизированный модуль)	медицинской организации
2	Лекарственные препараты	- затраты на лекарственные препараты	нет
3	Медицинские изделия, имплантируемые в организм человека	- затраты на медицинские изделия	нет
4	Лечебное питание	- затраты на питание при нахождении пациента в круглосуточном стационаре	нет

Из таблицы 3.17 следует, что расчет стоимости только медицинских услуг должен включать как затраты, связанные с оказанием медицинской помощи, так и затраты, связанные с обеспечением деятельности медицинской организации, а другие компоненты стандартизированных модулей учитывают только затраты на оказание медицинской помощи.

Пример расчета стоимости медицинской услуги B01.027.003 «Ежедневный осмотр врачом-онкологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара», отражающей пребывание пациента на койке отделения противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного стационара, то есть стоимость одного койко-дня, представлен в таблице 3.18.

Таблица 3.18 – Расчет стоимости медицинской услуги В01.027.003 «Ежедневный осмотр врачом-онкологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара», отражающей пребывание пациента на койке отделения противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного стационара в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «онкология» [231] для 2019 г.

Параметры	Рекомендуемое число должностей по порядку	Наименование должностей по порядку	Наименование должностей по справочнику	Число коек на рекомендуемое число должностей	Норматив коек на 1 ставку, руб.	Средний ФОТ на 1 койку, руб.	Средний ФОТ на 1 КД, руб.
Заведующий отделением	1	Заведующий отделением	Заведующий (начальник) структурным подразделением медицинской организации - врач-онколог	30	30,00	2201,57	72,38
Врач-специалист профильный	1	Врач-онколог	Врач-онколог	10	10,00	6604,71	217,14
Всего по врачебным должностям	2	X		X	X	8806,28	289,52
Старшая медицинская сестра	1	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра	30	30,00	1100,79	36,19
Медицинская сестра	4,75	М/с палатная	Медицинская сестра палатная (постовая)	15	3,16	10457,46	343,81
	1	М/с процедурной	Медицинская сестра процедурной	30	30,00	1100,79	36,19
	1	М/с перевязочной	Медицинская сестра перевязочной	30	30,00	1100,79	36,19
Всего по должностям среднего медицинского персонала	7,75	X		X	X	13759,81	452,38
Сестра-хозяйка	1	Сестра-хозяйка	Сестра-хозяйка	30	30,00	1100,79	36,19
Младшая медсестра	1	Младшая медицинская сестра по уходу за больным	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	15	15,00	2201,57	72,38
Санитар	4,75	Санитар	Санитар	15	3,16	10457,46	343,81
	1	Санитар для перевязочной	Санитар	30	30,00	1100,79	36,19

продолжение таблицы 3.18

Параметры	Рекомендуемое число должностей по порядку	Наименование должностей по порядку	Наименование должностей по справочнику	Число коек на рекомендуемое число должностей	Норматив коек на 1 ставку, руб.	Средний ФОТ на 1 койку, руб.	Средний ФОТ на 1 КД, руб.
	1	Санитар для процедурной	Санитар	30	30,00	1100,79	36,19
	1	Санитар для уборки помещений	Санитар	30	30,00	1100,79	36,19
	2	Санитар для работы в буфете	Санитар	30	15,00	2201,57	72,38
Всего по должностям младшего медицинского персонала	11,75	X		X	X	19263,74	633,33
Итого по медперсоналу	21,5	X		X	X	41829,83	1375,23
Итого затраты на ФОТ с коэффициентом совместительства (1,3)						X	1057,87
Итого затраты на ФОТ с коэффициентом административного и хозяйственного персонала ФОТ (1,25*)	X	X		X	X	X	1322,33
Итого затраты на ФОТ с начислениями на заработную плату (1,302)	X	X		X	X	X	1 721,68
Затраты отделения (общие расходные материалы, общие учрежденческие) (0,38*)				X	X	X	654,24
Всего затраты на 1 койко-день					X	X	2 375,92

ФОТ – фонд оплаты труда

* – указанные коэффициенты представляются Минздравом России для проведения медико-экономической оценки проектов стандартов медицинской помощи

Как следует из таблицы 3.18, в связи с наличием в системе здравоохранения нормативных правовых документов, которые регулируют штатное расписание подразделений медицинских организаций, длительность рабочего времени и размер заработной платы медицинского персонала, при расчете стоимости медицинских услуг должны использоваться вышеуказанные документы, а в случае их отсутствия источником необходимой информации служат данные фактических затрат медицинских организаций или экспертные оценки. Для проведения более корректных вычислений целесообразно использовать дополнительные коэффициенты, такие как коэффициент совместительства медицинского персонала и районный коэффициент дифференциации заработной платы, что позволит уточнить расчеты.

Расчет стоимости стандартизированных модулей для оценки потребности в объемах финансирования медицинской помощи по ППГ должен проводиться с учетом условий оказания медицинской помощи.

Пример сводной информации о стоимости стандартизированных модулей, разработанных в 2020 г. для противоопухолевой лекарственной терапии на основе клинических рекомендаций «Меланома кожи и слизистых оболочек», по условиям оказания медицинской помощи представлен в таблице 3.19.

Таблица 3.19 – Сводная таблица стоимости стандартизированных модулей (учитывает две группы затрат), разработанных в 2020 г. для противоопухолевой лекарственной терапии на основе клинических рекомендаций «Меланома кожи и слизистых оболочек», по условиям оказания медицинской помощи

ID стандартизированного модуля	Описание метода	Стоимость, руб.		
		Стационарно	В дневном стационаре	Амбулаторно
A-546-C43-0008	дабрафениб 300 мг ежедневно + траметиниб 2 мг ежедневно	-	392 818,88	349 033,82
A-546-C43-0011	ниволумаб 3 мг/кг в/в в 1- й день; цикл 14 дней	183 384,62	181 092,48	180 161,16
A-546-C43-0012	ниволумаб 480 мг в/в в 1-й день; цикл 28 дней	414 127,40	411 835,26	410 903,94
A-546-C43-0013	вемурафениб 1920 мг ежедневно + кобиметиниб 60 мг в 1-21-й дни; цикл 28 дней	-	389 566,64	348 499,16

продолжение таблицы 3.19

ID стандартизированного модуля	Описание метода	Стоимость, руб.		
		Стационарно	В дневном стационаре	Амбулаторно
A-546-C43-0014	дабрафениб 300 мг ежедневно	-	279 398,22	235 613,16
A-546-C43-0015	вемурафениб 1920 мг ежедневно	-	237 349,00	193 563,94
A-546-C43-0016	ипилимумаб 3 мг/кг в/в в 1-й день + ниволумаб 1 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 21 день	867 424,15	865 132,01	864 200,69
A-546-C43-0017	ипилимумаб 3 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 21 день	807 601,95	805 309,81	804 378,49
A-546-C43-0018	дакарбазин 250 мг/м ² в/в в 1-5-й дни; цикл 28 дней	25 001,95	13 541,25	6 640,59
A-546-C43-0020	темозоломид 200 мг/м ² в/в в 1-5-й дни; цикл 28 дней	163 763,51	152 302,81	145 402,15
A-546-C43-0022	ломустин 130 мг/м ² внутрь в 1-й день; цикл 42 дня	8 223,53	5 931,39	5 000,07
A-546-C43-0023	цисплатин 20 мг/м ² в/в в 1-4-й дни + винбластин 2 мг/м ² в/в в 1-4-й дни + дакарбазин 800 мг/м ² в/в в 1-й день; цикл 28 дней	21 465,21	12 296,65	7 021,87
A-546-C43-0028	темозоломид 200 мг/м ² внутри в 1-5-й дни; цикл 28 дней	40 060,81	28 600,11	21 699,45
A-546-C43-0072	пембролизумаб 200 мг в/в в 1-й день; цикл 21 день	305 364,11	303 071,97	302 140,65
A-546-C43-0073	пембролизумаб 400 мг в/в в 1-й день; цикл 42 дня	606 810,21	604 518,07	603 586,75
A-546-C43-0074	ниволумаб 240 мг в/в в 1-й день; цикл 14 дней	209 022,71	206 730,57	205 799,25
A-546-C43-0075	пролголимаб 1 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 14 дней	119 234,76	116 942,62	116 011,30

Расчет количества случаев оказания медицинской помощи на основе математических моделей по условиям оказания

Расчет количества случаев оказания медицинской помощи основывается на данных, полученных для стандартизированных модулей при построении математических моделей. Количество случаев для каждого стандартизированного модуля рассчитывается путем умножения средней кратности его применения на

долю в популяции пациентов для пациенто-года и на количество пациентов, нуждающихся в получении метода медицинского вмешательства, в год.

На основе разработанных математических моделей и статистических данных о численности пациентов, требующих оказания медицинской помощи в пациенто-году, возможно произвести расчет количества случаев оказания медицинской помощи по условиям оказания для всех разработанных стандартизированных модулей по следующей формуле:

$$K_{\text{сл}} = D_{\text{см}} \times \text{Ср}K_{\text{см}} \times K_{\text{п}} \times D_{\text{умп}}, \quad (5)$$

где

$K_{\text{сл}}$ – количество случаев оказания медицинской помощи для стандартизированного модуля, отражающего метод медицинского вмешательства;

$D_{\text{см}}$ – доля пациентов, рассчитанная по математической модели для стандартизированного модуля от общей популяции пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи с применением отраженного в стандартизированном модуле метода медицинского вмешательства, для пациенто-года;

$\text{Ср}K_{\text{см}}$ – средняя кратность применения стандартизированного модуля в год, рассчитанная по математической модели;

$K_{\text{п}}$ – количество пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи, в год;

$D_{\text{умп}}$ – доля применения стандартизированного модуля для условия оказания медицинской помощи (в круглосуточном стационаре, дневном стационаре, амбулаторно).

В таблице 3.20 на примере противоопухолевой лекарственной терапии представлены данные о распределении стандартизированных модулей в популяции пациентов и о средней кратности применения стандартизированных модулей в пациенто-году, полученные в результате расчетов, произведенных по математической модели.

Как следует из таблицы 3.20, если применение метода вмешательства, отраженного в стандартизированном модуле, возможно в разных условиях оказания медицинской помощи, то полученное количество случаев для стандартизированного модуля далее распределяется по условиям оказания медицинской помощи. Например, если количество пациентов, требующих лечения в соответствии с клиническими рекомендациями «Меланома кожи и слизистых оболочек», равно 1 тыс. человек, то можно рассчитать количество случаев противоопухолевой лекарственной терапии (таблицу 3.20).

Таблица 3.20 – Пример распределения полученных в результате расчетов, проведенных по математической модели, долей от популяции пациентов для стандартизированных модулей и кратности их применения в пациенто-году и пример расчетного количества случаев для стандартизированных модулей

ID стандартизированного модуля	Описание метода	Средняя кратность применения	Доля в популяции пациентов для пациенто-года	Кол-во случаев	Стационарно		В дневном стационаре		Амбулаторно	
					Доля	Кол-во случаев	Доля	Кол-во случаев	Доля	Кол-во случаев
A-546-C43-0008	дабрафениб 300 мг ежедневно + траметиниб 2 мг ежедневно	10	11,02%	1102	0,0%	0	100,0%	1102	0,0%	0
A-546-C43-0011	ниволумаб 3 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 14 дней	18	4,78%	860	20,0%	172	80,0%	688	0,0%	0
A-546-C43-0012	ниволумаб 480 мг в/в в 1-й день; цикл 28 дней	10	4,39%	439	20,0%	88	80,0%	351	0,0%	0
A-546-C43-0013	вемурафениб 1920 мг ежедневно + кобиметиниб 60 мг в 1-21-й дни; цикл 28 дней	7	3,10%	217	0,0%	0	100,0%	217	0,0%	0
A-546-C43-0014	дабрафениб 300 мг ежедневно	4	0,41%	17	0,0%	0	100,0%	17	0,0%	0
A-546-C43-0015	вемурафениб 1920 мг ежедневно	4	0,41%	17	0,0%	0	100,0%	17	0,0%	0
A-546-C43-0016	ипилимумаб 3 мг/кг в/в в 1-й день + ниволумаб 1 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 21 день	2	8,87%	177	20,0%	35	80,0%	142	0,0%	0
A-546-C43-0017	ипилимумаб 3 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 21 день	4	0,59%	23	20,0%	5	80,0%	19	0,0%	0
A-546-C43-0018	дакарбазин 250 мг/м ² в/в в 1-5-й дни; цикл 28 дней	5	0,91%	46	50,0%	23	50,0%	23	0,0%	0
A-546-C43-0020	темозоломид 200 мг/м ² в/в в 1-5-й дни; цикл 28 дней	5	0,46%	23	50,0%	11	50,0%	11	0,0%	0
A-546-C43-0022	ломустин 130 мг/м ² внутрь в 1-й день; цикл 42 дня	5	0,91%	46	50,0%	23	50,0%	23	0,0%	0

продолжение таблицы 3.20

ID стандартизирован- ного модуля	Описание метода	Средняя кратность применения	Доля в популяции пациентов для пациенто- года	Кол-во случаев	Стационарно		В дневном стационаре		Амбулаторно	
					Доля	Кол-во случаев	Доля	Кол-во случаев	Доля	Кол-во случаев
A-546-C43-0023	цисплатин 20 мг/м ² в/в в 1-4-й дни + винбластин 2 мг/м ² в/в в 1-4-й дни + дакарбазин 800 мг/м ² в/в в 1-й день; цикл 28 дней	5	1,53%	76	50,0%	38	50,0%	38	0,0%	0
A-546-C43-0028	темозоломид 200 мг/м ² внутрь в 1-5-й дни; цикл 28 дней	5	0,46%	23	50,0%	11	50,0%	11	0,0%	0
A-546-C43-0072	пембролизумаб 200 мг в/в в 1-й день; цикл 21 день	12	4,91%	589	20,0%	118	80,0%	471	0,0%	0
A-546-C43-0073	пембролизумаб 400 мг в/в в 1-й день; цикл 42 дня	6	4,91%	294	20,0%	59	80,0%	236	0,0%	0
A-546-C43-0074	ниволумаб 240 мг в/в в 1-й день; цикл 14 дней	18	4,78%	860	20,0%	172	80,0%	688	0,0%	0
A-546-C43-0075	пролголимаб 1 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 14 дней	13	3,23%	419	20,0%	84	80,0%	335	0,0%	0
A-546-C43-0016	ипилимумаб 3 мг/кг в/в в 1-й день + ниволумаб 1 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 21 день	10	11,02%	1102	0,0%	0	100,0%	1102	0,0%	0
A-546-C43-0017	ипилимумаб 3 мг/кг в/в в 1-й день; цикл 21 день	18	4,78%	860	20,0%	172	80,0%	688	0,0%	0
A-546-C43-0018	дакарбазин 250 мг/м ² в/в в 1-5-й дни; цикл 28 дней	10	4,39%	439	20,0%	88	80,0%	351	0,0%	0

Количество пациентов, нуждающихся в получении медицинской помощи в течение год, следует оценивать на основе статистических данных о численности пациентов с впервые выявленным заболеванием, то есть от первичной заболеваемости. Проведение расчетов с использованием статистических данных о фактически оказанной медицинской помощи может иметь ограничения и, как следствие, не отражать реальной потребности по причине имеющихся ресурсных ограничений системы здравоохранения, влияющих на доступность медицинской помощи.

Ввиду того что с 2019 г. порядок разработки клинических рекомендаций был изменен и Ассоциацией онкологов были актуализированы клинические рекомендации, для оценки потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по стандартам медицинской помощи, сформированным на основе клинических рекомендаций, и для сравнения полученных результатов были использованы стандартизированные модули и математические модели, разработанные в 2018 г. для расчетов на 2019 г., в 2020 г. – для расчетов на 2020 и 2021 гг., созданные в 2020 г. и актуализированные в 2022 г. для расчетов на 2022 и 2023 гг.

Результаты расчета потребности в объемах финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе стандартизированных модулей и математической модели, разработанных в 2018 г., 2020 г. и актуализированных в 2022 г., по видам медицинских вмешательств и условиям оказания медицинской помощи представлены в таблице 3.21.

Таблица 3.21 – Потребность в объемах финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях, рассчитанная на основе стандартизированных модулей и математической модели, разработанных в 2018 г., 2020 г. и актуализированных в 2022 г., по видам медицинских вмешательств и условиям оказания медицинской помощи

	Стоимость оказания медицинской помощи, млрд. руб.				
	2019 год ¹	2020 год ²	2021 год ³	2022 год ⁴	2023 год ⁵
Итого	248,8	440,6	447,9	473,6	480,1
<i>Стационарно</i>	127,1	147,1	149,9	160,9	163,7

продолжение таблицы 3.21

	Стоимость оказания медицинской помощи, млрд. руб.				
	2019 год ¹	2020 год ²	2021 год ³	2022 год ⁴	2023 год ⁵
Противоопухолевая лекарственная терапия	62,6	106,8	109,0	112,5	114,6
Хирургическое лечение	32,1	26,4	27,2	32,3	33,2
Лучевая терапия (включает химиолучевую терапию)	32,4	13,8	13,7	16,1	15,9
<i>Дневной стационар</i>	<i>101,0</i>	<i>232,8</i>	<i>236,2</i>	<i>248,8</i>	<i>251,5</i>
Противоопухолевая лекарственная терапия	92,2	218,9	222,3	232,5	235,5
Хирургическое лечение	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2
Лучевая терапия (включает химиолучевую терапию)	8,7	13,8	13,7	16,1	15,9
<i>Амбулаторно</i>	<i>20,8</i>	<i>60,7</i>	<i>61,8</i>	<i>63,9</i>	<i>65,0</i>
Противоопухолевая лекарственная терапия	20,8	60,6	61,7	63,7	64,9
Хирургическое лечение	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Лучевая терапия (включает химиолучевую терапию)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

¹ расчеты выполнены на основе стандартизированных модулей и математических моделей, разработанных в 2018 г., с использованием параметров расчета для 2019 г., с учетом лекарственных препаратов «off-label»;

² расчеты выполнены на основе стандартизированных модулей и математических моделей, разработанных в 2020 г., с использованием параметров расчета для 2020 г., с учетом лекарственных препаратов «off-label»;

³ расчеты выполнены на основе стандартизированных модулей и математических моделей, разработанных в 2020 г., с использованием параметров расчета для 2021 г., с учетом лекарственных препаратов «off-label»;

⁴ расчеты выполнены на основе стандартизированных модулей и математических моделей, разработанных в 2020 г. и актуализированных в 2022 г., с использованием параметров расчета для 2022 г., с учетом лекарственных препаратов «off-label»;

⁵ расчеты выполнены на основе стандартизированных модулей и математических моделей, разработанных в 2020 г. и актуализированных в 2022 г., с использованием параметров расчета для 2023 г., с учетом лекарственных препаратов «off-label».

Как следует из таблицы 3.21, потребность в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях в соответствии с клиническими рекомендациям увеличилась в 2020 г. по сравнению с 2019 г. на 191,8 млрд рублей, что обусловлено в первую очередь повышением стоимости оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии и связано как с расширением перечня противоопухолевых лекарственных препаратов в перечне ЖНВЛП, так и с актуализацией клинических рекомендаций и включении в них более дорогостоящих схем лечения. В то же время произошло снижение расчетной потребности в круглосуточном стационаре для хирургического лечения и лучевой терапии, что объясняется совершенствованием подходов к расчету стоимости медицинских услуг. Рост потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям в 2021 – 2023 гг. вызван индексацией параметров расчета стоимости медицинских услуг и расширением перечня противоопухолевых лекарственных препаратов в актуализированных клинических рекомендациях.

Расчетная потребность в финансовых ресурсах на противоопухолевые лекарственные препараты в 2019 и 2020 гг. по условиям оказания медицинской помощи представлена в таблице 3.22.

Таблица 3.22 – Потребность в финансовых ресурсах на противоопухолевые лекарственные препараты в 2019 и 2020 гг. по условиям оказания медицинской помощи

	Стоимость противоопухолевых лекарственных препаратов, млрд руб.		
	2019 год	2020 год	Разница
Стационарно	53,3	99,1	45,8
В дневном стационаре	85,6	183,8	98,2
Амбулаторно	19,4	55,9	36,5
Итого	158,3	338,8	180,5

Как следует из таблицы 3.22, наибольший прирост потребности в финансовых ресурсах произошел для противоопухолевых лекарственных препаратов в дневном стационаре, что обусловлено включением в клинические рекомендации новых схем противоопухолевой лекарственной терапии с

пероральным путем введения. В целом прирост затрат на противоопухолевые лекарственные препараты составил 180,5 млрд рублей. Изменение перечня противоопухолевых лекарственных препаратов в клинических рекомендациях, актуализированных в 2022 г., незначительно повлияло на общую финансовую потребность.

В таблице 3.23 отражено увеличение потребности в финансовом обеспечении проведения противоопухолевой лекарственной терапии с 2019 по 2022 гг. по отдельным клиническим рекомендациям, актуализированным в 2020 и 2022 гг.

Таблица 3.23 – Потребность в финансовом обеспечении проведения противоопухолевой лекарственной терапии для пациенто-года с 2019 по 2022 гг. по отдельным клиническим рекомендациям, актуализированным в 2020 и 2022 гг.

Наименование клинических рекомендаций	Стоимость противоопухолевой лекарственной терапии в год, руб. ¹		
	2019 год	2020 год	2022 год
Злокачественное новообразование бронхов и легкого	1 139 748	1 486 624	1 976 755
Плоскоклеточный рак анального канала, анального края, перианальной кожи	7 558	14 724	52 606
Рак печени (гепатоцеллюлярный)	797 768	1 608 049	1 822 579
Рак прямой кишки	202 373	223 365	310 887

¹ расчеты выполнены на основе стандартизированных модулей и математических моделей, разработанных в 2018, 2020 гг. и актуализированных в 2022 г., с использованием параметров расчета для соответствующего года, с учетом лекарственных препаратов «off-label»

Как следует из таблицы 3.23, наибольшее увеличение потребности в финансовых ресурсах было получено для проведения противоопухолевой лекарственной терапии при актуализации клинических рекомендаций «Плоскоклеточный рак анального канала, анального края, перианальной кожи» и «Рак печени (гепатоцеллюлярный)».

В таблице 3.24 представлены пять нозологий, при которых суммарная расчетная потребность в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи, исходя из расчетов на основе стандартов медицинской помощи (стандартизированных модулей и математической модели), составляет около 60% от общей потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи

при онкологических заболеваниях взрослых (60% для 2019 г. и 59% для 2020 – 2023 гг. от общей финансовой потребности).

Таблица 3.24 – Перечень ЗНО взрослых, для которых суммарная расчетная потребность в финансовых ресурсах составляет более половины от всей расчетной потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при ЗНО взрослых (коды МКБ-10 C00-C80)

ЗНО	2019 год	ЗНО	2020 – 2023 года
Рак молочной железы	18%	Злокачественное новообразование бронхов и легкого	19%
Злокачественное новообразование бронхов и легкого	16%	Рак молочной железы	15%
Злокачественные новообразования ободочной кишки и ректосигмоидного отдела	12%	Меланома кожи и слизистых оболочек	10%
Рак паренхимы почки	8%	Рак паренхимы почки	9%
Рак предстательной железы	6%	Злокачественные новообразования ободочной кишки и ректосигмоидного отдела	6%
Итого	60%	Итого	59%

Средняя стоимость на одного пациента в год, превышающая 1 млн рублей, была рассчитана на основании стандартизированных модулей и математической модели, разработанных по шести клиническим рекомендациям, для 2020 – 2023 гг.:

- «Рак печени (гепатоцеллюлярный)»;
- «Рак паренхимы почки»;
- «Меланома кожи и слизистых оболочек»;
- «Злокачественное новообразование бронхов и легкого»;
- «Рак коры надпочечника (адренокортикальный рак)»;
- «Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины»;
- «Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей».

Ввиду того что стандартизированный модуль соотносится со случаем оказания медицинской помощи по условиям оказания и соответствует единицам объема ПГГ, результаты расчетов, произведенных на основании данной методики

для круглосуточного и дневного стационаров, возможно сопоставить с фактическими нормативами финансирования, определенными в ПГГ в 2019 – 2023 гг. для профиля «онкология». Параметры, используемые при расчете финансового обеспечения ПГГ, представлены в таблице 3.25.

Таблица 3.25 – Параметры, используемые при расчете финансового обеспечения ПГГ

Год	Условия оказания медицинской помощи	Средний норматив объема на 1 застрахованное лицо	Средний норматив финансовых затрат на единицу объема, руб.	Количество застрахованных лиц, млн человек
2019	Круглосуточный стационар	0,0091	76 708,50	146,3
	Дневной стационар	0,00631	70 586,60	
2020	Круглосуточный стационар	0,01001	100 848,90	146,1
	Дневной стационар	0,006941	77 638,30	
2021	Круглосуточный стационар	0,010576	107824,10	145,5
	Дневной стационар	0,007219	83 365,50	
2022	Круглосуточный стационар	0,01058	102 276,00	145,1
	Дневной стационар	0,00939	79186,30	
2023	Круглосуточный стационар	0,009696	104 007,10	144,6
	Дневной стационар	0,010888	77 506,30	

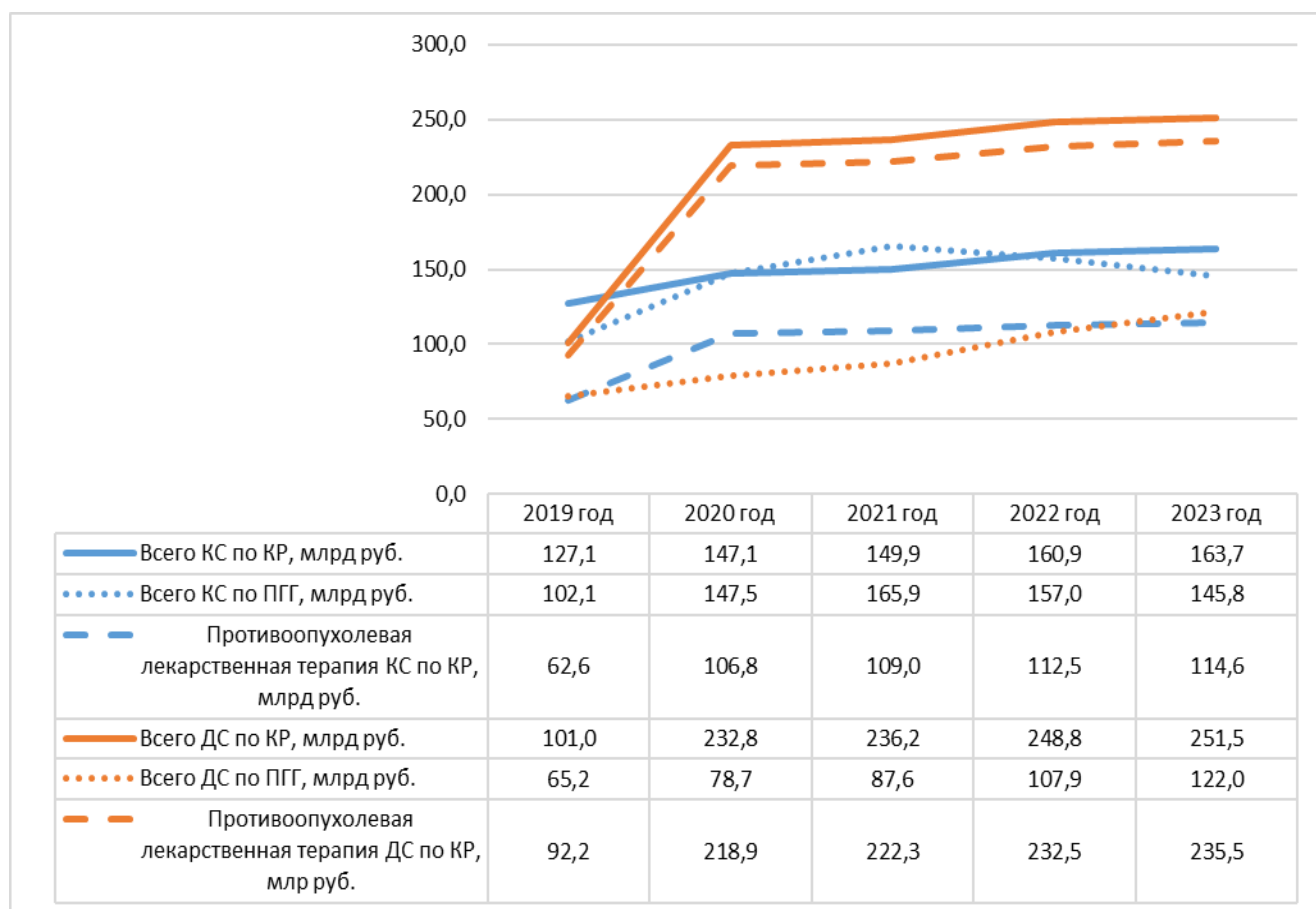
Расчет финансового обеспечения ПГГ по профилю «онкология» был произведен путем умножения значений средних нормативов объема медицинской помощи на средние нормативы финансовых затрат, указанных для единицы объема, и количество застрахованных лиц. Полученное в результате умножения значение финансового обеспечения ПГГ было сопоставлено с финансовой потребностью, рассчитанной на основании стандартизированных модулей и математических моделей (таблица 3.26).

Таблица 3.26 – Сравнение потребности в финансовых ресурсах, рассчитанных на основании стандартизированных модулей и математических моделей, и финансового обеспечения ПГГ по профилю «онкология»

Год	Условия оказания медицинской помощи	Финансовое обеспечение ПГГ, млрд руб.	Расчетная финансовая потребность, млрд руб.	Разница, млрд руб.
2019	Круглосуточный стационар	102,1	127,1	25,0
	Дневной стационар	65,2	101,0	35,8
	Итого	167,3	228,0	60,7
2020	Круглосуточный стационар	147,5	147,1	-0,4
	Дневной стационар	78,7	232,8	154,1
	Итого	226,2	380,0	153,8
2021	Круглосуточный стационар	165,9	149,9	-16,0
	Дневной стационар	87,6	236,2	148,6
	Итого	253,5	386,1	132,6
2022	Круглосуточный стационар	157,0	160,9	3,9
	Дневной стационар	107,9	248,8	140,9
	Итого	264,9	409,7	144,8
2023	Круглосуточный стационар	145,8	163,7	17,9
	Дневной стационар	122,0	251,5	129,4
	Итого	267,8	415,1	147,3

В таблице 3.26 показано, что расчетная финансовая потребность превышает финансовое обеспечение ПГГ как для 2019 г., так и для последующих лет, что в том числе обусловлено поэтапным выделением средств на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям в рамках реализации национального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Максимальная разница была получена для 2020 г. и составила 153,8 млрд руб. При этом в 2020 и 2021 гг. расчетные значения для круглосуточного стационара были ниже финансового обеспечения ПГГ. Максимальная разница между расчетной финансовой потребностью и финансовым обеспечением ПГГ по условиям оказания

медицинской помощи за все годы была получена для дневного стационара (рисунок 3.9).



КС – круглосуточный стационар; ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; КР – клинические рекомендации; ДС – дневной стационар

Рисунок 3.9 – Сопоставление потребности в финансовых ресурсах, рассчитанной на основании стандартизированных модулей и математических моделей, в том числе для противоопухолевой лекарственной терапии, и финансового обеспечения ПГГ по профилю «онкология»

Из рисунка 3.9 следует, что разница между расчетной финансовой потребностью и финансовым обеспечением ПГГ для дневного стационара в целом обусловлена потребностью в финансовых ресурсах на проведение противоопухолевой лекарственной терапии.

Моделирование потребности в финансовых ресурсах на лекарственную терапию при онкологических заболеваниях взрослых

Предложенная методика расчета потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи на основе стандартизированных модулей позволяет

рассчитать финансовую потребность по видам медицинских вмешательств и условиям оказания медицинской помощи и моделировать эту потребность, исходя из источников финансирования лекарственной терапии.

Вследствие того что в настоящее время нормативно не закреплено однозначное разделение источников финансирования при планировании противоопухолевой лекарственной терапии, субъекты Российской Федерации подходят к выбору источника финансирования по-разному. Это обусловлено в первую очередь ограничением бюджетов субъектов Российской Федерации на реализацию программы лекарственного обеспечения. В ходе данного исследования смоделирована потребность в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по трем сценариям расчета:

– *Сценарий 1.* Схемы противоопухолевой лекарственной терапии, в которые входят лекарственные препараты с парентеральным путем введения, распределены между условиями оказания медицинской помощи стационарно и в дневном стационаре поровну (50% – стационарно, 50% – в дневном стационаре, амбулаторно – 0%); схемы противоопухолевой лекарственной терапии, включающие только пероральные лекарственные препараты, распределены между условиями оказания в дневном стационаре и амбулаторно в соотношении 10% и 90% соответственно.

– *Сценарий 2.* Схемы противоопухолевой лекарственной терапии, в которые входят лекарственные препараты с парентеральным путем введения, распределены между условиями оказания медицинской помощи стационарно и в дневном стационаре поровну (50% – стационарно, 50% – в дневном стационаре, амбулаторно – 0%); все схемы противоопухолевой лекарственной терапии, включающие только пероральные лекарственные препараты, отнесены к условиям оказания в дневном стационаре – 100%.

– *Сценарий 3.* схемы противоопухолевой лекарственной терапии, в которые входят лекарственные препараты с парентеральным путем введения,

распределены между условиями оказания медицинской помощи стационарно и в дневном стационаре поровну (50% – стационарно, 50% – в дневном стационаре, амбулаторно – 0%); все схемы противоопухолевой лекарственной терапии, включающие только пероральные лекарственные препараты, отнесены к амбулаторным условиям оказания – 100%.

Результаты моделирования потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по условиям оказания и источникам финансирования представлены в таблице 3.27.

Таблица 3.27 – Результаты моделирования потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по условиям оказания и источникам финансирования

Сценарий	Условия оказания медицинской помощи	Стоимость оказания за счет средств ОМС, млрд руб.	Стоимость программы лекарственного обеспечения, млрд руб.	Общая потребность в финансовых ресурсах, млрд руб.
Сценарий 1	Итого	156,1	19,4	175,5
	Стационарно	62,6	0,0	62,6
	В дневном стационаре	92,2	0,0	92,2
	Амбулаторно	1,3	19,4	20,7
Сценарий 2	Итого	182,4	0,0	182,4
	Стационарно	62,6	0,0	62,6
	В дневном стационаре	119,8	0,0	119,8
	Амбулаторно	0,0	0,0	0,0
Сценарий 3	Итого	132,1	41,8	173,9
	Стационарно	62,6	0,0	62,6
	В дневном стационаре	67,8	0,0	67,8
	Амбулаторно	1,7	41,8	43,5

Как следует из таблицы 3.27, наименьшая расчетная потребность в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии и предоставление лекарственных препаратов, предусматривающих пероральный прием, амбулаторно в рамках программы лекарственного обеспечения составляет 173,9 млрд руб. Наибольшая расчетная финансовая потребность, которая была получена при предоставлении

всех противоопухолевых лекарственных препаратов в круглосуточном и дневном стационарах за счет средств ОМС, составляет 182,4 млрд руб.

Таким образом, в данной главе были предложены и апробированы методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с использованием стандартизированных модулей – функциональных элементов стандартов медицинской помощи. Стандартизированные модули позволяют структурировать декомпозированную информацию о методах медицинских вмешательств, описанных в клинических рекомендациях, и производить расчет стоимости случая оказания медицинской помощи с применением отдельных методов медицинских вмешательств в зависимости от условий оказания медицинской помощи. Формирование математической модели на основе клинических рекомендаций дает возможность выстраивать взаимосвязи между стандартизированными модулями, учитывать последовательность их применения и возможные альтернативы. На основании математической модели можно рассчитывать количество случаев оказания медицинской помощи по условиям и общую потребность в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям как по условиям оказания, так и по видам медицинских вмешательств, опираясь на статистические данные о заболеваемости. Предложенная методика расчета финансовой потребности на основе стандартизированных модулей и математических моделей позволяет моделировать расчеты финансовой потребности, исходя из перераспределения случаев оказания медицинской помощи при применении отдельных методов медицинских вмешательств по условиям ее оказания, а при оценке финансовой потребности на лекарственные препараты – перераспределять между источниками финансирования. Стандарты медицинской помощи, разработанные с применением предложенных методических подходов, являются инструментом оценки финансовой нагрузки при внедрении в клиническую практику клинических рекомендаций, а также оценки рациональности использования ресурсов в системе здравоохранения.

ГЛАВА 4. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Разработка методических подходов к формированию КСГ направлена на согласование КСГ с клиническими рекомендациями.

Для совершенствования планирования ПГГ была разработаны методические подходы для актуализации КСГ с использованием стандартизированных модулей медицинской помощи.

4.1. Разработка методических подходов к формированию клинико-статистических групп заболеваний на основе клинических рекомендаций

В основе методические подходы к формированию КСГ на основе клинических рекомендаций для противоопухолевого лечения лежат результаты декомпозиции клинических рекомендаций и сформированные стандартизированные модули:

- перечень стандартизированных модулей и математических моделях;
- стоимость случаев оказания медицинской помощи, рассчитанной на основе стандартизированных модулей по условиям оказания;
- количество случаев оказания медицинской помощи для стандартизированного модуля, рассчитанное на основе математической модели.

Методические подходы к формированию КСГ на основе клинических рекомендаций опубликованы в виде собственной научной статьи автора диссертации [47] и главы в монографии [49].

Предлагаемые методические подходы к формированию КСГ на основе стандартов медицинской помощи подразумевает два этапа:

- 1) первый этап – «клинический»;
- 2) второй этап – «экономический».

Для определения классификационных критериев, позволяющих с помощью модели КСГ отнести метод лечения к конкретной группе, на первом этапе стандартизированные модули должны классифицироваться по видам медицинских вмешательств: противоопухолевой лекарственной терапии, хирургического лечения, лучевой терапии.

Среди сгруппированных по видам медицинских вмешательств стандартизированных модулей проводится анализ перечня методов медицинских вмешательств. В результате должны быть определены клинические параметры, которые позволят дифференцировать методы медицинских вмешательств внутри вида. Выявленные на первом, «клиническом» этапе клинические параметры в дальнейшем будут являться классификационными критериями в модели КСГ, которыми могут быть МНН лекарственного препарата, схема лекарственной терапии, метод хирургического лечения, метод лучевой терапии, количество фракций лучевой терапии и т.п. По итогам первого этапа должен быть сформирован перечень клинических параметров для последующего создания на их основе справочников (рисунок 4.1).

Для определения подходов к группировке методов медицинских вмешательств на втором, «экономическом» этапе, основываясь на стоимости методов и количестве случаев оказания медицинской помощи, было предложено использовать адаптированный метод кластерного анализа, который должен позволить более объективно группировать методы в подгруппе и оценивать их распределение внутри подгрупп. Эти подгруппы формируются отдельно для условий оказания медицинской помощи, то есть для круглосуточного и для дневного стационаров. Также выделение подгрупп возможно для амбулаторных условий, но далее оно описано не будет, поскольку в настоящее время в Российской Федерации оплата медицинской помощи по КСГ производится только в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Стандартизированный модуль (профиль «онкология»)



Рисунок 4.1 – Принцип определения классификационного критерия для модели КСГ на примере противоопухолевой лекарственной терапии

Необходимость применения кластерного анализа обусловлена возможностью объективизации выделения подгруппы на основе стоимости методов медицинских вмешательств, так как кластерный анализ позволяет объединить в одну подгруппу наиболее приближенные друг к другу значения стоимости методов медицинских вмешательств и, как следствие, получить подгруппу, внутри которой дисперсия значений будет минимальна.

При проведении кластерного анализа необходимо определить:

- метод кластерного анализа;
- количество кластеров;
- метод агломерации и метрики (для иерархической кластеризации).

В данном исследовании предлагается использовать метод иерархической кластеризации. При этом в качестве метода агломерации выбирается метод «дальнего соседа», а в качестве метрики расстояний между наблюдениями – «евклидово расстояние». Стоит отметить, что количество кластеров зависит от

желаемого количества групп КСГ и определяется путем экспертных оценок на этапе согласования модели КСГ.

Полученные в результате кластерного анализа подгруппы методов медицинских вмешательств далее требуют провести проверку распределения внутри подгруппы методов (частоты их применения в подгруппе), исходя из количества случаев оказания медицинской помощи и их стоимости, рассчитанных на основе стандартизированных модулей. Для возможности осуществления проверки в данном исследовании было сформулировано следующее математическое правило:

$$95\% M (\text{group cost}) \leq E (\text{group cost}) \leq 125\% M (\text{group cost}), \quad (5)$$

где:

M (group cost) – средняя арифметическая стоимость подгруппы;

E (group cost) – математическое ожидание стоимости подгруппы, рассчитанное как сумма произведений стоимости метода медицинского вмешательства на его частоту.

Оценка распределения методов в подгруппе проводится путем сопоставления значений средней арифметической стоимости подгруппы с математическим ожиданием стоимости подгруппы. В рамках разработанного правила признается допустимым значение отклонения математического ожидания к нижней границе подгруппы (к левой границе) не более, чем на 5%, а к верхней границе подгруппы (правой границе) – не более, чем на 25%. Выбор диапазона обусловлен стремлением получать нормальное распределение в подгруппе, а установленное ограничение до 5% в сторону левой границы позволяет избегать создания искажающих экономических стимулов, приводящих к ограничению применения отдельных методов.

Проверка распределения методов медицинских вмешательств внутри подгрупп дает возможность оценить подгруппы, полученные в результате кластерного анализа, и выявить среди них такие, в которых большое количество случаев оказания медицинской помощи (частота применения метода в подгруппе)

приходится на методы, находящиеся в начале подгруппы, то есть имеющие меньшую стоимость (рисунок 4.2).

Так, представленное на рисунке 4.2 распределение методов в подгруппе будет приводить к наличию в группе КСГ многочисленных методов медицинских вмешательств, стоимость которых выше математического ожидания стоимости подгруппы, а именно в группе КСГ будет большое число «недооцененных» методов, стоимость которых выше стоимости КСГ.

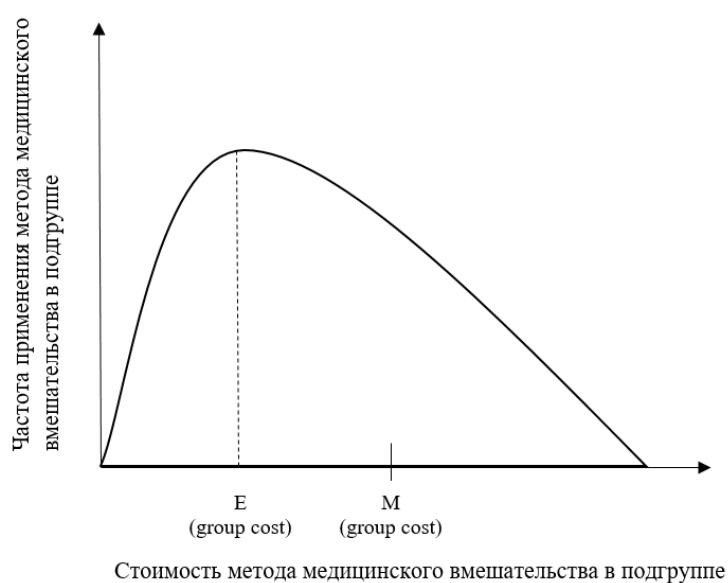


Рисунок 4.2 – Пример распределения методов медицинских вмешательств в подгруппе, где количество случаев оказания медицинской помощи (частота применения в подгруппе) приходится на методы медицинских вмешательств, находящихся в начале группы

Если значение математического ожидания стоимости подгруппы будет равно средней арифметической стоимости подгруппы или больше, то распределение методов по стоимости в группе КСГ станет равномерным или сместится к правой границе группы (рисунок 4.3).

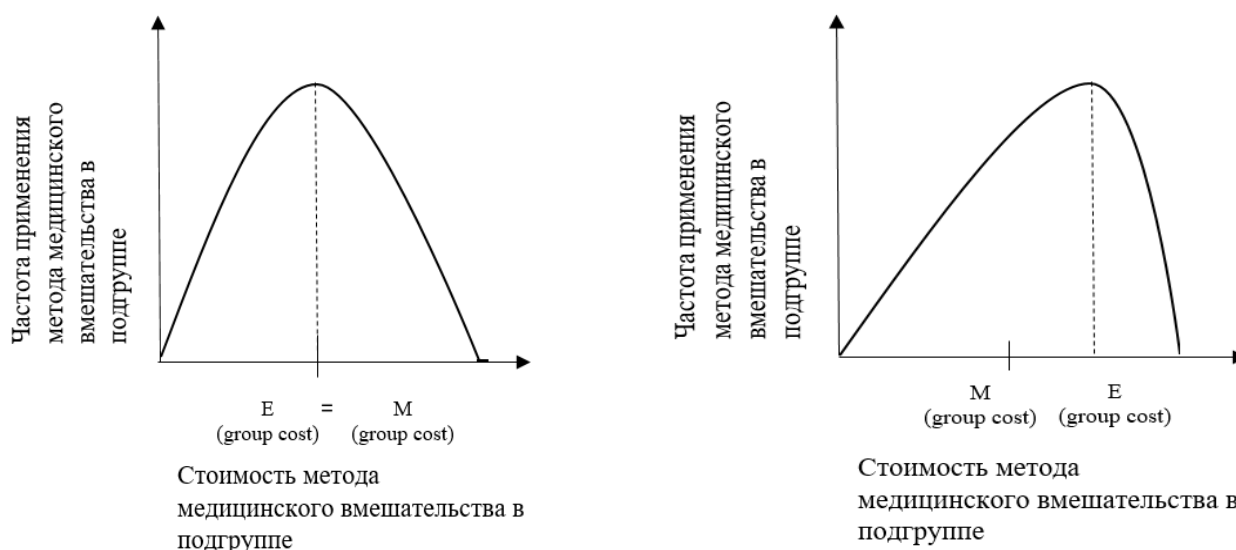


Рисунок 4.3 – Пример распределения методов медицинских вмешательств в подгруппе с равномерным или смещенным к правой границе подгруппы распределением

Если в результате кластерного анализа распределение методов медицинских вмешательств в подгруппе не соответствует заданному правилу, было предложено скорректировать это распределение в подгруппах с применением алгоритма, основанного на перемещении крайних значений подгруппы в стоящую рядом подгруппу – до тех пор пока не будет достигнуто распределение, соответствующее заданному правилу.

Таким образом, итогом проведенного кластерного анализа и проверки распределения методов внутри подгрупп по частоте применения этих методов станет возможность обозначить по стоимости границы КСГ, которые определяют интервал между нижними (левыми) границами подгрупп методов медицинских вмешательств, ранжированными по стоимости, то есть применительно к группам противоопухолевой лекарственной терапии – интервал между стоимостью первых схем лекарственной терапии в подгруппе.

Полученные в результате кластерного анализа подгруппы могут стать основой для расчета коэффициентов затратоемкости групп КСГ, отражающих, во сколько раз стоимость группы КСГ выше или ниже стоимости среднего случая лечения. Тогда расчет коэффициентов затратоемкости может быть проведен путем вычисления средневзвешенной стоимости группы КСГ. Средневзвешенная

стоимость получена, исходя из стоимости методов медицинских вмешательств, входящих в подгруппу, и количества случаев оказания медицинской помощи для них. Далее для проведения расчета коэффициента затратно-стоимости группы КСГ полученная средневзвешенная стоимость группы КСГ должна быть поделена на значение базовой ставки, то есть стоимости среднего случая лечения. Как было отмечено ранее, подгруппы методов с применением кластерного анализа формируются отдельно для круглосуточного и дневного стационаров. Соответственно, средневзвешенная стоимость группы КСГ для круглосуточного стационара должна быть разделена на значение базовой ставки для круглосуточного стационара, а для дневного – на значение базовой ставки для дневного стационара. Значения базовой ставки для обоих стационаров должны вычисляться ежегодно на основе нормативов финансовых затрат, определенных в ППГ. В настоящее время значение минимальной базовой ставки для круглосуточного стационара должно составлять не ниже 65% от норматива финансовых затрат, определенных в ППГ, на случай госпитализации, для дневного стационара – не ниже 60% на случай лечения.

Результатом второго, «экономического» этапа является разработанная модель КСГ для круглосуточного и дневного стационаров с рассчитанными для групп значениями коэффициентов затратно-стоимости.

4.2. Апробация методических подходов к формированию клинко-статистических групп заболеваний, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, на основе клинических рекомендаций

Для апробации методических подходов к формированию модели КСГ, используемой для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии солидных опухолей у взрослых пациентов, были использованы стандартизированные модули, разработанные на основе клинических рекомендаций для целей формирования стандартов медицинской помощи, относящиеся к виду медицинского вмешательства – противоопухолевой лекарственной терапии.

Результаты применения методические подходы к формированию КСГ на основе клинических рекомендаций опубликованы в виде собственных научных статей автора диссертации [3, 46, 109].

Полученный перечень стандартизированных модулей был разделен по условиям оказания медицинской помощи на основе информации об условиях ее оказания, обозначенной в паспортной части. Это было необходимо сделать, поскольку стандартизированные модули, описывающие применение отдельных схем противоопухолевой лекарственной терапии, предполагали оказание медицинской помощи как в условиях круглосуточного, так и в условиях дневного стационаров. В таблице 4.1 представлено количество разработанных для противоопухолевой лекарственной терапии стандартизированных модулей, использованных при формировании моделей КСГ в 2018 – 2023 гг.

Таблица 4.1 – Количество стандартизированных модулей для противоопухолевой лекарственной терапии, использованных при формировании моделей КСГ в 2018 – 2023 гг.

Количество стандартизированных модулей	Модель КСГ					
	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Без учета деления по условиям оказания медицинской помощи	383	899	952	952	970	970
из них:						
для круглосуточного стационара	301	671	723	723	726	726
для дневного стационара	383	890	943	943	958	958

Для отобранных стандартизированных модулей использовались данные о количестве случаев оказания медицинской помощи и стоимости случая по условиям оказания, полученные на этапе оценки потребности в объемах финансирования оказания медицинской помощи взрослым с онкологическими заболеваниями.

На первом, «клиническом» этапе были проанализированы методы медицинских вмешательств, для которых были сформированы стандартизированные модули, отражающие объем медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии. В результате анализа был определен клинический параметр – «схема лекарственной терапии», позволяющая дифференцировать методы противоопухолевой лекарственной терапии. Этот клинический параметр можно использовать в качестве классификационного критерия в модели КСГ.

Каждой схеме лекарственной терапии были созданы код и описание. Пример описания «схемы лекарственной терапии» представлен в таблице 4.2.

Таблица 4.2 – Пример описания «схемы лекарственной терапии»

Код схемы	Описание схемы
sh042	Гемцитабин 1000 мг/м ² в 1-й, 15-й дни + оксалиплатин 85 мг/м ² в 1-й, 15-й дни; цикл 28 дней
sh500	Паклитаксел 175-225 мг/м ² в 1-й день + карбоплатин AUC 5-7 в 1-й день; цикл 21 день
sh642	Доцетаксел 60-75 мг/м ² в 1-й день; цикл 21 день

Описание схемы включает МНН лекарственного препарата, режим дозирования и способ применения лекарственных препаратов, а также указание дня введения лекарственного препарата и длительности цикла. В «схеме лекарственной терапии» для МНН лекарственных препаратов прописан интервальный режим дозирования, что позволяет в рамках «схемы лекарственной терапии» объединить несколько стандартизированных модулей, разработанных на основе разных клинических рекомендаций, но описывающих один режим противоопухолевой лекарственной терапии. Данный подход дает возможность однозначно определить режим дозирования из клинических рекомендаций как «схему лекарственной терапии» в модели КСГ.

В результате проведения «клинического» этапа был сформирован перечень схем лекарственной терапии на основе методов противоопухолевой лекарственной терапии, указанных в паспортной части стандартизированных модулей. Данный перечень далее был использован в модели КСГ. Количество схем лекарственной

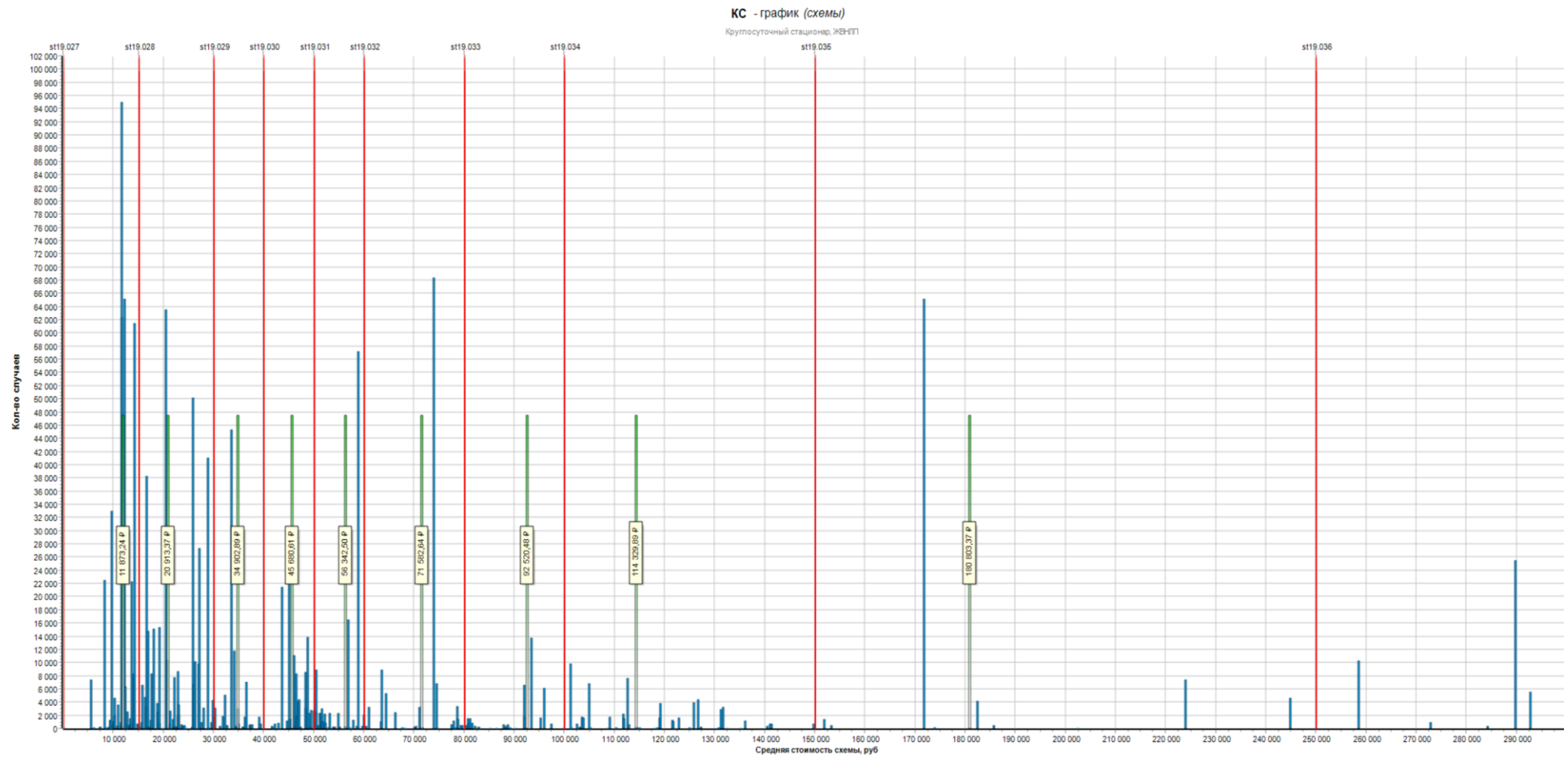
терапии по условиям оказания медицинской помощи, использованных в модели КСГ по годам, представлено в таблице 4.3.

Таблица 4.3 – Количество схем лекарственной терапии, сформированных на основе стандартизированных модулей и использованных в качестве классификационного критерия в моделях КСГ

	Кол-во схем лекарственной терапии	
	Круглосуточный стационар	Дневной стационар
2018 год	362	484
2019 год	447	599
2020 год	455	608
2021 год	637	826
2022 год	525	757
2023 год	557	794

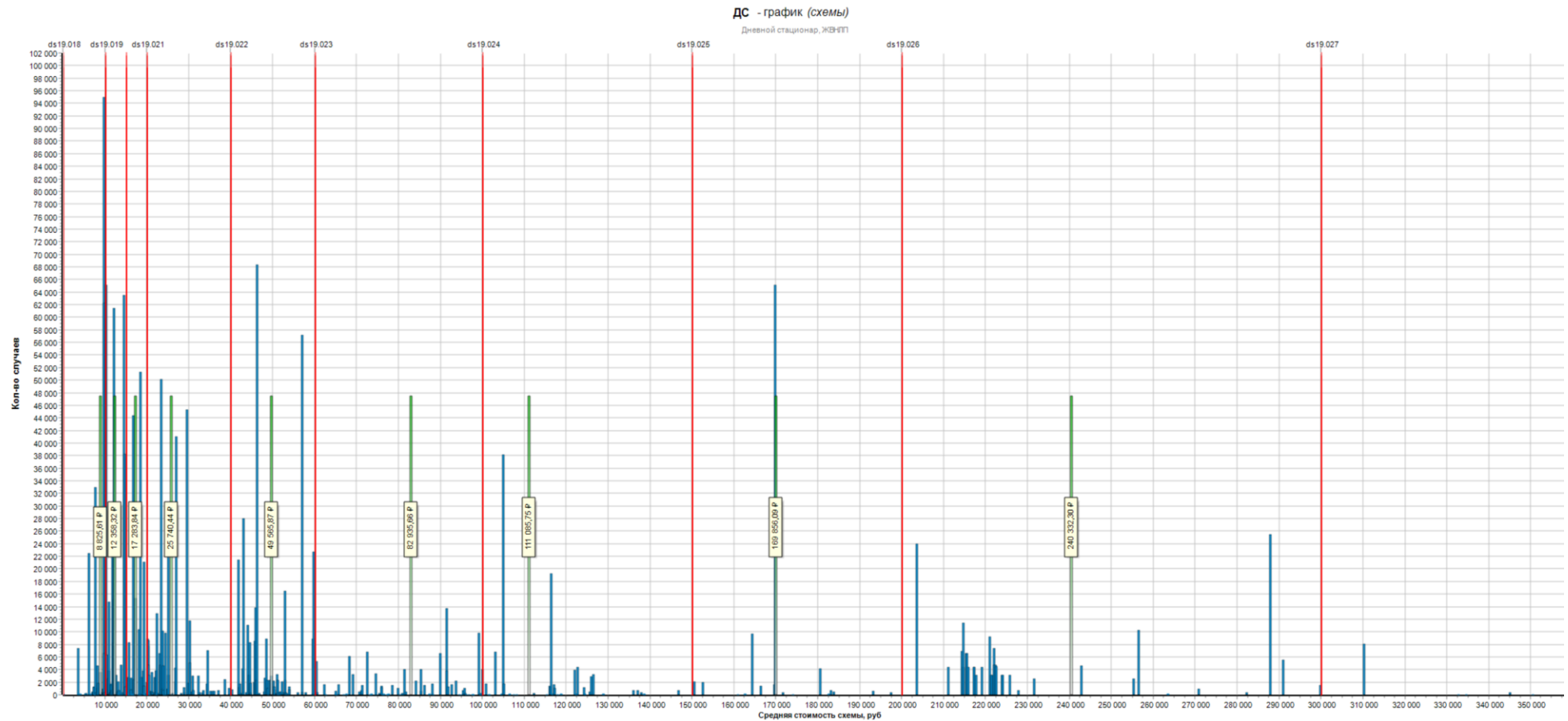
Как следует из таблицы 4.3, количество схем лекарственной терапии постепенно увеличивалось с 2018 по 2021 гг., что обусловлено не только включением новых методов противоопухолевой лекарственной терапии в клинические рекомендации, но и расширением списка клинических рекомендаций, для которых были сформированы стандартизированные модули: в 2017 г. было проработано 18 клинических рекомендаций (модель КСГ 2018), в 2018 и 2019 гг. (модель КСГ 2019 и 2020 соответственно) – 44, начиная с 2020 г. (модель КСГ 2021, 2022 и 2023) – 52. Уменьшение количества схем лекарственной терапии в 2022 г. обусловлено унификацией подхода к описанию схем лекарственной терапии и исключением схем лекарственной терапии, содержащих в описании компоненты сопроводительной терапии, при наличии аналогичной схемы без сопроводительной терапии.

На втором, «экономическом» этапе схемы лекарственной терапии были объединены в подгруппы на основании их стоимости и количества случаев оказания медицинской помощи с применением иерархического кластерного анализа, методика проведения которого описана выше. На рисунке 4.4 представлен графический результат деления схем лекарственной терапии на подгруппы на примере подгрупп для круглосуточного и дневного стационаров, определенных для модели КСГ 2019 г.



А.

- схема лекарственной терапии
- граница группы КСГ
- средневзвешенная стоимость КСГ



Б.

- схема лекарственной терапии
- граница группы КСТ
- средневзвешенная стоимость КСТ

Рисунок 4.4 – Графическое разделение схем лекарственной терапии на подгруппы на примере модели КСТ 2019 г. для круглосуточного (А) и дневного стационаров (Б)

Далее были рассчитаны значения коэффициентов затратоемкости для КСГ путем деления средневзвешенной стоимости КСГ на значение базовой ставки для круглосуточного и дневного стационаров.

В таблице 4.4 представлено количество групп КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии при лечении солидных опухолей у взрослых пациентов – в моделях КСГ 2016 и 2017 гг., до применения методических подходов к формированию КСГ на основе стандартизированных модулей, разработанных при формировании стандартов медицинской помощи, и в моделях КСГ 2018 – 2023 гг., сформированных в соответствии с вышеописанными методическими подходами.

Таблица 4.4 – Количество групп КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии солидных опухолей у взрослых пациентов в моделях КСГ 2016 – 2020 гг.

Условия оказания медицинской помощи	Год	Количество групп КСГ
Круглосуточный стационар	2016	3
	2017	3
	2018	10
	2019	10
	2020	13
	2021	13
	2022	17
	2023	19
Дневной стационар	2016	3
	2017	3
	2018	8
	2019	10
	2020	13
	2021	13
	2022	17
	2023	19

Как следует из таблицы 4.4, применение методических подходов к формированию КСГ на основе стандартизированных модулей позволило дифференцировать подходы к оплате противоопухолевой лекарственной терапии, увеличив количество групп и для круглосуточного, и для дневного стационаров, а также пересчитав коэффициенты затратоемкости. В таблице 4.5 приведены

значения коэффициентов затратоемкости групп КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии солидных опухолей у взрослых пациентов (минимальное и максимальное) в моделях КСГ 2016 – 2023 гг. и размах коэффициентов затратоемкости (разность между максимальным и минимальным значениями).

Таблица 4.5 – Значение коэффициентов затратоемкости групп КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии солидных опухолей у взрослых пациентов (минимальное и максимальное) в моделях КСГ 2016 – 2023 гг.

Условия оказания медицинской помощи	Год	Минимальный коэффициент затратоемкости	Максимальный коэффициент затратоемкости	Размах коэффициентов затратоемкости (max-min)
Круглосуточный стационар	2016	2,05	7,92	5,87
	2017	2,05	7,92	5,87
	2018	0,56	11,02	10,46
	2019	0,57	14,64	14,07
	2020	0,61	29,52	28,91
	2021	0,51	34,58	34,07
	2022	0,4	29,17	28,77
	2023	0,38	35,35	34,97
Дневной стационар	2016	3,73	14,41	10,68
	2017	3,73	14,41	10,68
	2018	0,45	18,44	17,99
	2019	0,76	38,1	37,34
	2020	1,18	48,92	47,74
	2021	0,48	35,24	34,76
	2022	0,49	56,65	56,16
	2023	0,39	61,22	60,83

Из таблицы 4.5 следует, что до применения предложенных методических подходов значения коэффициентов затратоемкости в модели КСГ 2016 и 2017 гг. не изменялись и размах коэффициентов затратоемкости групп модели КСГ составлял 5,87 для круглосуточного стационара и 10,68 для дневного стационара. Начиная с 2018 г., то есть с момента использования данных методических подходов, значения коэффициентов затратоемкости ежегодно пересматривались, и в модели КСГ 2023 г. был получен наибольший размах коэффициентов затратоемкости групп, который составил 34,97 для круглосуточного стационара и

60,83 для дневного стационара. Увеличение разницы между коэффициентами обусловлено не только включением новых дорогостоящих схем лекарственной терапии в модели КСГ, но и расширением количества групп КСГ до 19 – как для круглосуточного, так и для дневного стационаров. При этом следует отметить, что более высокие значения коэффициентов затратоемкости для дневного стационара по сравнению с круглосуточным стационаром обусловлены более низкой базовой ставкой.

Оценка степени дифференциации КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, проведена путем сопоставления средневзвешенных значений отклонения расчетной стоимости схем лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи в моделях КСГ 2019 – 2023 гг. для круглосуточного и дневного стационаров. Расчет произведен для КСГ, применяющихся для оплаты случаев оказания медицинской помощи, при стоимости, превышающей 100 тыс. руб. (формула указана в главе 2). Значения отклонения представлены в таблице 4.6.

Таблица 4.6 – Средневзвешенное расчетное значение отклонения стоимости схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи в моделях КСГ 2019 – 2023 гг. и отношение средневзвешенного расчетного значения отклонения в модели КСГ к отклонению модели КСГ 2019 г.

Условия оказания медицинской помощи	Год	Средневзвешенное расчетное значение отклонения стоимости схем лекарственной терапии от стоимости случая по КСГ, руб.	Отношение средневзвешенного расчетного значения отклонения в модели КСГ к отклонению модели КСГ 2019 года, %
Круглосуточный стационар	2019	19 698,84	-
	2020	18 710,76	5
	2021	18 242,61	7
	2022	10 673,17	46
	2023	8 545,91	57
Дневной стационар	2019	19 473,13	-
	2020	14 130,61	27
	2021	18 222,83	6
	2022	10 764,73	45
	2023	9 702,28	50

Как следует из таблицы 4.6, в моделях КСГ наблюдалось меньшее средневзвешенное отклонение стоимости схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи в модели КСГ. При расчете отношения отклонения моделей КСГ 2020 – 2023 гг. от отклонения в модели КСГ 2019 г. наибольшее отношение отклонения было получено для моделей 2022 и 2023 гг. как для круглосуточного, так и дневного стационаров. Полученные результаты оценки степени дифференциации КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, свидетельствуют о том, что модели КСГ, начиная с 2020 г., становились более дифференцированными и в них происходило сокращение средневзвешенной «профицитности» и «дефицитности» схем лекарственной терапии, то есть значительных отклонений стоимости схемы от стоимости случая оказания медицинской помощи в модели КСГ.

Описанные в данной главе методические подходы к формированию КСГ на основе стандартизированных модулей позволяют рассчитать коэффициенты затратоемкости, исходя из расчетной стоимости стандартизированных моделей, а именно стоимости, в которой учтены затраты медицинских организаций при оказании медицинской помощи с применением определенного метода лечения. Кроме того, предложенные методические подходы дают возможность более дифференцированно и адекватно возмещать затраты медицинским организациям при сохранении основного принципа формирования КСГ – объединения в одну группу случаев лечения, однородных клинически и схожих по ресурсоемкости.

Методические подходы к формированию КСГ, применяющихся при оплате противоопухолевой лекарственной терапии, на основе стандартизированных модулей дали возможность начиная с 2018 г. дифференцировать оплату медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии путем увеличения количества групп КСГ. При этом предложенные методические подходы к формированию КСГ с использованием кластерного анализа позволили объективизировать процесс выделения групп КСГ и получить экономически однородные группы с минимальной дисперсией по стоимости. Увеличение

количества групп КСГ в модели, то есть увеличение дифференциации модели КСГ, привело к меньшему отклонению стоимости случая лечения при применении определенной схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи в моделях КСГ – к уменьшению «профицитности» и «дефицитности» случаев. Средневзвешенное расчетное значение отклонения для КСГ, применяющихся для оплаты случаев оказания медицинской помощи при стоимости выше 100 тыс. руб., в 2023 г. сократилась на 57% для модели круглосуточного стационара и на 50% для модели дневного стационара – по сравнению с моделью КСГ 2019 г.

Использование стандартизированных модулей, отражающих отдельные методы медицинских вмешательств, дали возможность ввести в модель КСГ новый классификационный критерий – «схему лекарственной терапии», что, в свою очередь, позволило относить объем реально оказанной медицинской помощи в медицинской организации к группе КСГ и более адекватно возмещать затраты медицинской организации.

В то же время модели КСГ строятся на принципе усреднения стоимости нескольких методов медицинских вмешательств в рамках группы КСГ, необходимом для сдерживания роста затрат в системе здравоохранения на оказание медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах и способствующем эффективному использованию ресурсов системы здравоохранения. Таким образом, сохраняется баланс между степенью усреднения стоимости и степенью дифференцированности в модели КСГ. Кроме того, применение стандартизированных модулей, разработанных на основе клинических рекомендаций при формировании стандартов медицинской помощи и КСГ, позволило выстроить систему связи между клиническими рекомендациями и способами оплаты медицинской помощи посредством стандартов медицинской помощи, что создало экономические стимулы для внедрения клинических рекомендаций в клиническую практику.

ГЛАВА 5. ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЕМОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Для того чтобы оценить изменения объемов оказания медицинской помощи в системе ОМС при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в круглосуточном и дневном стационарах до и после внедрения в субъектах Российской Федерации моделей КСГ, сформированных с использованием стандартизированных модулей, был проведен анализ реестров счетов системы ОМС с 2017 по 2023 гг.

Как было описано в главе «Материалы и методы», на основании результатов оценки отклонения показателя отношения заболеваемости на 100 тыс. населения к смертности на 100 тыс. населения для онкологических заболеваний (МКБ-10 C00-C80) от среднего российского показателя для 2017 г. субъекты Российской Федерации были разделены на пять кластеров. На рисунке 5.1. представлены результаты кластеризации субъектов Российской Федерации по данному показателю.

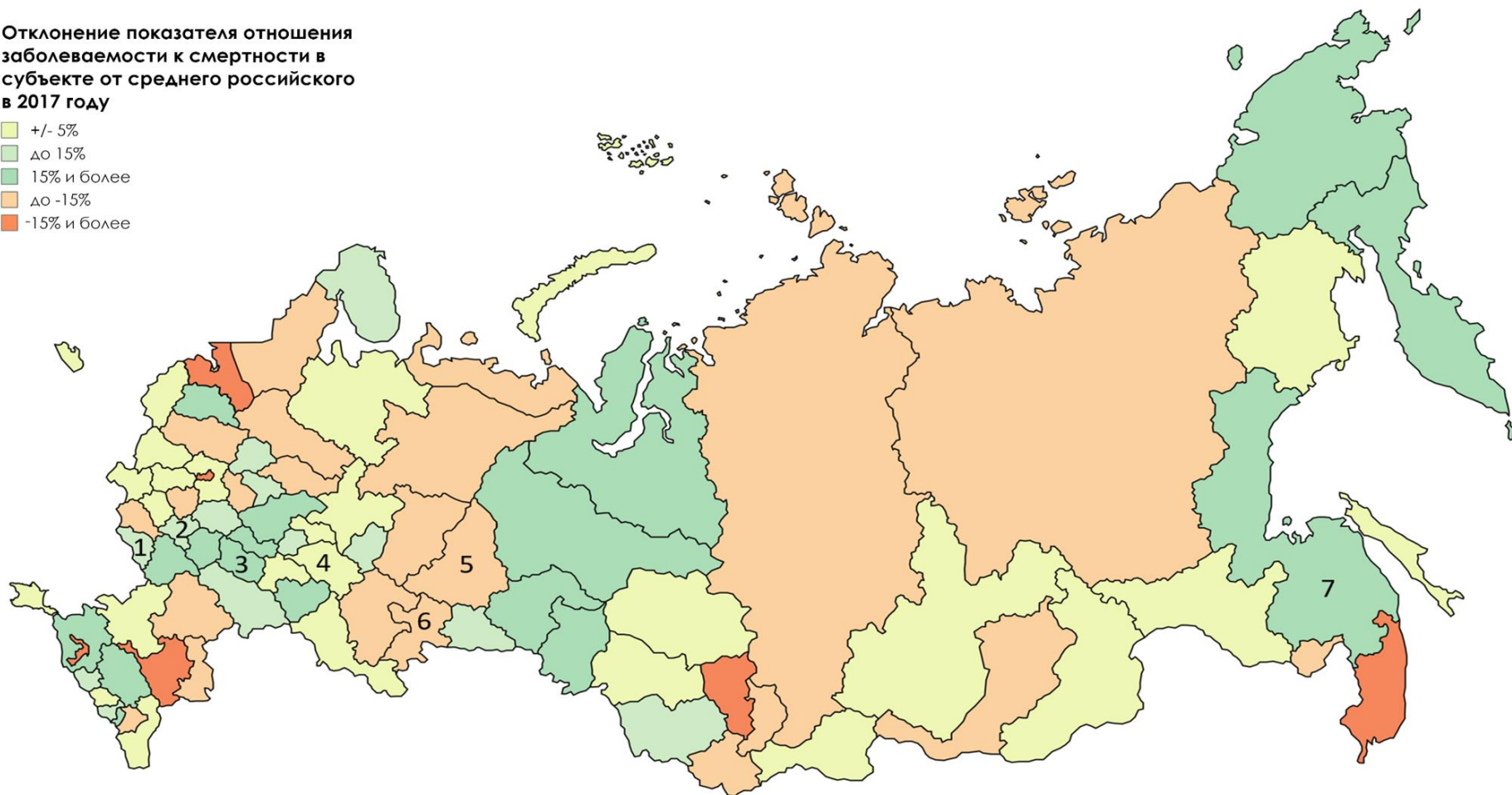
Субъекты Российской Федерации распределились следующим образом:

- в первый кластер с показателем отношения « $\pm 5\%$ » вошло 25 субъектов;
- во второй кластер с показателем отношения «до 15%» – 13 субъектов;
- в третий кластер с показателем отношения «более 15%» – 17 субъектов;
- в четвертый кластер с показателем отношения «до -15%» – 24 субъекта;
- в пятый кластер с показателем отношения «более -15%» – 6 субъектов.

В соответствии с критериями включения сведений об оплаченной медицинской помощи с 2017 по 2023 гг., в анализ вошло из четырех кластеров 7 субъектов Российской Федерации, использовавших для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии модели КСГ текущего года и имевших отклонения в количестве случаев оказания медицинской помощи от норматива

Отклонение показателя отношения
заболеваемости к смертности в
субъекте от среднего российского
в 2017 году

- +/- 5%
- до 15%
- 15% и более
- до -15%
- 15% и более



1 – Белгородская область, 2 – Липецкая область, 3 – Пензенская область, 4 – Республика Татарстан, 5 – Свердловская область, 6 – Челябинская область, 7 – Хабаровский край

Рисунок 5.1 – Распределение субъектов Российской Федерации по кластерам на основе результатов оценки отклонения показателя отношения заболеваемости к смертности в субъекте Российской Федерации от среднего российского показателя в 2017 г.

ПГГ в течение семи лет в пределах 20%:

- «+/-5%» – Республика Татарстан;
- «до 15%» – Белгородская и Липецкая области;
- «более 15%» – Пензенская область, Хабаровский край;
- «до -15%» – Свердловская и Челябинская области.

Из кластера «более -15%» в анализ не было включено ни одного субъекта Российской Федерации ввиду отсутствия для них сведений об оплаченной медицинской помощи с 2017 по 2023 гг. соответствующих критериям включения в анализ.

В таблице 5.1 представлены характеристики численности населения субъектов Российской Федерации, включенных в анализ [23, 24].

Таблица 5.1 – Характеристики численности населения субъектов Российской Федерации, включенных в анализ

Субъект Российской Федерации	Характеристика	2017 год	2023 год
Белгородская область	Численность населения, тыс. чел.	1552,9	1514,5
	<i>из них:</i>		
	городское	1045,0	989,8
	сельское	507,9	524,7
	Плотность населения, чел. на 1 км ²	57,2	55,8
Липецкая область	Численность населения, тыс. чел.	1156,2	1126,3
	<i>из них:</i>		
	городское	742,2	709,4
	сельское	414,0	416,9
	Плотность населения, чел. на 1 км ²	48,1	46,8
Пензенская область	Численность населения, тыс. чел.	1341,5	1246,6
	<i>из них:</i>		
	городское	916,9	857,5
	сельское	424,6	389,1
	Плотность населения, чел. на 1 км ²	30,9	28,8
Республика Татарстан	Численность населения, тыс. чел.	3885,2	4001,6
	<i>из них:</i>		
	городское	2976,2	3071,3
	сельское	909,0	930,3
	Плотность населения, чел. на 1 км ²	57,3	59,0
Свердловская область	Численность населения, тыс. чел.	4329,4	4239,1
	<i>из них:</i>		
	городское	3664,0	3639,1

продолжение таблицы 5.1

Субъект Российской Федерации	Характеристика	2017 год	2023 год
	сельское	665,4	600,0
	Плотность населения, чел. на 1 км ²	22,3	21,8
Челябинская область	Численность населения, тыс. чел.	3502,3	3407,1
	<i>из них:</i>		
	городское	2893,6	2814,1
	сельское	608,7	593,0
	Плотность населения, чел. на 1 км ²	39,6	38,5
Хабаровский край	Численность населения, тыс. чел.	1333,3	1 284,1
	<i>из них:</i>		
	городское	1094,2	1 072,2
	сельское	239,1	211,9
	Плотность населения, чел. на 1 км ²	1,7	1,6

Из таблицы 5.1 следует, что во всех субъектах Российской Федерации, за исключением Республики Татарстан, отмечается снижение численности населения в 2022 г. по сравнению с 2017 г.

В таблице 5.2 представлены «грубые» показатели заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний (коды МКБ-10 C00-C80) в 2017 г. на 100 тыс. населения во включенных в анализ субъектах Российской Федерации, значение показателя отношения заболеваемости к смертности, а также его отклонение от значения среднего российского показателя отношения заболеваемости к смертности от онкологических заболеваний.

Таблица 5.2 – «Грубые» показатели заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний (коды МКБ-10 C00-C80) 2017 г. на 100 тыс. населения, значение показателя отношения заболеваемости к смертности, отклонение его от значения среднего российского показателя отношения заболеваемости к смертности от онкологических заболеваний

	Заболеваемость на 100 тыс. населения (C00-C80)	Смертность на 100 тыс. населения (C00-C80)	Показатель отношения заболеваемости к смертности	Отклонение показателя отношения заболеваемости к смертности в субъекте от среднего российского показателя, %	Кластер
Российская Федерация	400,39	187,3	2,14	-	-

продолжение таблицы 5.2

	Заболеваемость на 100 тыс. населения (С00-С80)	Смертность на 100 тыс. населения (С00-С80)	Показатель отношения заболеваемости к смертности	Отклонение показателя отношения заболеваемости к смертности в субъекте от среднего российского показателя, %	Кластер
Белгородская область	437,1	183,77	2,38	111	до 15%
Липецкая область	431,57	176,89	2,44	114	до 15%
Пензенская область	500,75	182,4	2,75	128	более 15%
Республика Татарстан	394,11	179,34	2,20	103	+/-5%
Свердловская область	411,6	211,52	1,95	91	до -15%
Челябинская область	452,16	224,18	2,02	94	до -15%
Хабаровский край	447,93	178,92	2,50	117	более 15%

Как следует из таблицы 5.2, во всех субъектах Российской Федерации, кроме Республики Татарстан, «грубый» показатель заболеваемости на 100 тыс. населения был выше среднего российского значения, а «грубый» показатель смертности во всех субъектах Российской Федерации, кроме Свердловской и Челябинской областей, был ниже среднего российского значения.

Оценка изменения количества случаев оказания медицинской помощи на 100 тыс. застрахованных граждан при проведении противоопухолевой лекарственной терапии с 2017 по 2023 гг.

Сначала был проведен расчет количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в круглосуточном и дневном стационарах с 2017 по 2023 гг. на 100 тыс. застрахованных граждан для включенных в анализ субъектов Российской Федерации (таблица 5.3).

Таблица 5.3 – Количество случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационаров на 100 тыс. застрахованных граждан (2017 – 2023 гг.)

Субъект Российской Федерации	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Белгородская область	533,27	528,72	948,42	1095,29	1338,13	1524,77	1512,46
Липецкая область	958,71	1276,85	1583,99	1653,83	1717,9	1759,31	1274,14
Пензенская область	589,55	660,71	1032,89	1197,67	1176,56	1257,76	1247,89
Республика Татарстан	421,93	517,81	837,75	1004,18	1153,14	1237,87	997,59
Свердловская область	933,83	1006,73	1301,87	1333,9	1718,29	2050,04	1945,14
Челябинская область	1131,77	1180,95	1362,8	1345,05	1383,74	1554,12	1540,87
Хабаровский край	426,85	464,63	506,5	774,4	973,14	1440,26	1599,25

Как следует из таблицы 5.3, в 2017 г. во включенных в исследование субъектах Российской Федерации имелись различия в количестве случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии на 100 тыс. застрахованных граждан. Наименьшее количество было отмечено в Республике Татарстан (421,93 случай на 100 тыс. застрахованных граждан) и наибольшее – в Челябинской области (1131,77 на 100 тыс. застрахованных граждан). При этом во всех субъектах Российской Федерации отмечался рост количества случаев противоопухолевой лекарственной терапии и увеличение более чем в 2 раза в 2023 г. по сравнению с 2017 г. в Белгородской, Пензенской, Свердловской областях, Республике Татарстан и Хабаровском крае (рисунок 5.2).

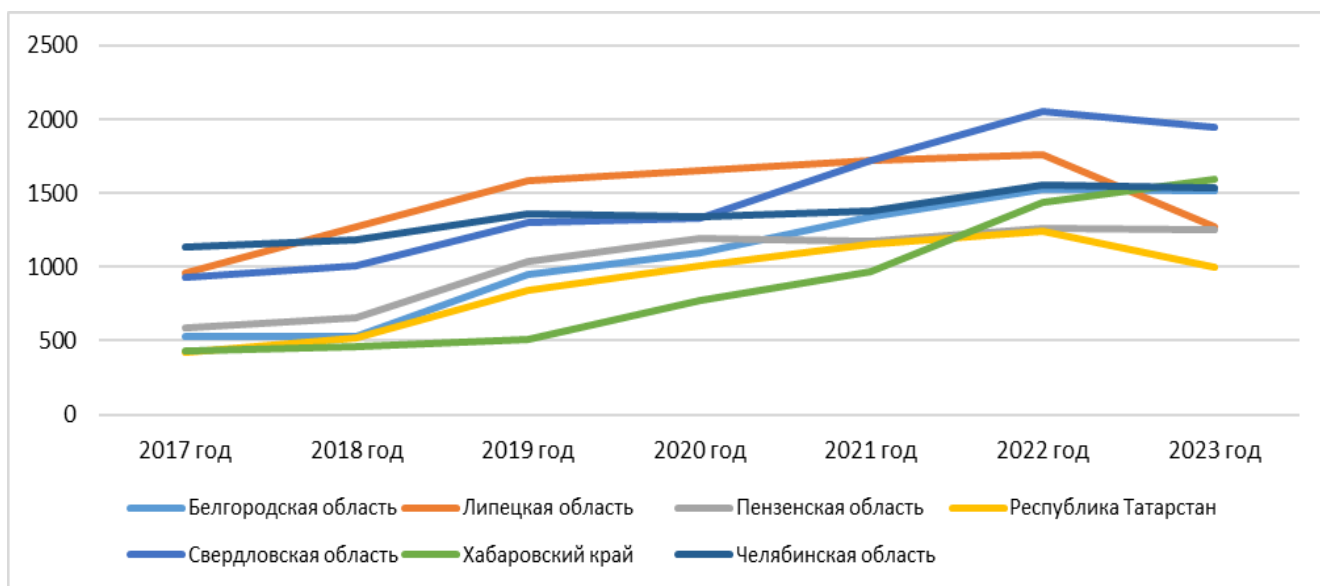


Рисунок 5.2 – Количество случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационаров на 100 тыс. застрахованных граждан (2017 – 2023 гг.)

Как следует из рисунка 5.2., резкое увеличение количества случаев произошло в 2019 г. во всех анализируемых субъектах за исключением Хабаровского края. Рост количества случаев обусловлено выделением дополнительного финансового обеспечения оказания медицинской помощи в рамках реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями».

В то же время анализ уровня заболеваемости онкологическими заболеваниями на 100 тыс. населения во включенных в анализ субъектах Российской Федерации с 2017 по 2022 гг. не показал роста заболеваемости, сопоставимого с увеличением количества случаев (таблица 5.4 и таблица 5.5).

Таблица 5.4 – «Грубый» показатель заболеваемости онкологическими заболеваниями на 100 тыс. населения (2017 – 2022 гг.)

Субъект Российской Федерации	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год
Белгородская область	455,02	456,59	460,19	455,86	457,96	466,73
Липецкая область	455,42	472,84	474,73	437,92	432,14	442,59
Пензенская область	529,03	536,58	550,68	450,54	491,39	531,08
Республика Татарстан	412,47	418,46	423,17	372,66	429,48	426,13
Свердловская область	430,73	431,09	443,96	417,06	472,6	519,66
Челябинская область	472,97	484,13	515,29	445,52	465,71	515,47
Хабаровский край	468,52	461,4	470,89	412,11	445,52	464,21

Как следует из таблицы 5.4, в 2020 г. во всех субъектах Российской Федерации наблюдалось снижение «грубого» показателя заболеваемости на 100 тыс. населения. Наибольшее снижение в 2020 г. по отношению к 2017 г. было отмечено в Пензенской области и Хабаровском крае.

Таблица 5.5 – Темп роста «грубого» показателя заболеваемости онкологическими заболеваниями на 100 тыс. населения с 2018-2022 гг. к 2017 г.

Субъект Российской Федерации	2017 год, %	2018 год, %	2019 год, %	2020 год, %	2021 год, %	2022 год, %
Белгородская область	100	100	101	100	101	103
Липецкая область	100	104	104	96	95	97
Пензенская область	100	101	104	85	93	100
Республика Татарстан	100	101	103	90	104	103
Свердловская область	100	100	103	97	110	121
Челябинская область	100	102	109	94	98	109
Хабаровский край	100	98	101	88	95	99

Как следует из таблицы 5.5, в 2022 г. темп роста «грубого» показателя заболеваемости онкологическими заболеваниями на 100 тыс. населения к 2017 г. остался отрицательным в двух анализируемых субъектах Российской Федерации (Липецкой области, Хабаровском крае) и стал положительным в пяти субъектах (Белгородской, Пензенской, Свердловской, Челябинской областях и Республике Татарстан).

Рассчитав темпы роста количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в период с 2017 по 2023 гг., можно констатировать, что положительный темп роста сохранялся во всех анализируемых субъектах Российской Федерации (таблица 5.6), несмотря на снижение уровня заболеваемости в 2020 г. и отсутствие восстановления уровня заболеваемости в 2022 г. до уровня 2017 г. в двух субъектах Липецкой области и Хабаровском крае.

Таблица 5.6 – Темп роста количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационаров на 100 тыс. застрахованных граждан в 2018 – 2023 гг. к 2017 г.

Субъект Российской Федерации	2017 год, %	2018 год, %	2019 год, %	2020 год, %	2021 год, %	2022 год, %	2023 год, %
Белгородская область	100	99	178	205	251	286	284
Липецкая область	100	133	165	173	179	184	133
Пензенская область	100	112	175	203	200	213	212
Республика Татарстан	100	123	199	238	273	293	236
Свердловская область	100	108	139	143	184	220	208
Челябинская область	100	104	120	119	122	137	136
Хабаровский край	100	109	119	181	228	337	375

Если исключить из расчета темпа роста случаев отдельные случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с применением схем лекарственной терапии, включающих пероральные лекарственные препараты, которые требуют ежедневного приема, то можно отметить сохранение положительного темпа роста в 2018 – 2023 г. по отношению к 2017 г. (таблица 5.7).

Таблица 5.7 – Темп роста количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационаров на 100 тыс. застрахованных граждан в 2018 – 2023 гг. к 2017 г. при исключении из расчета схем лекарственной терапии, включающих пероральные лекарственные препараты, которые требуют ежедневного приема

Субъект Российской Федерации	2017 год, %	2018 год, %	2019 год, %	2020 год, %	2021 год, %	2022 год, %	2023 год, %
Белгородская область	100	98	170	190	230	263	266
Липецкая область	100	133	159	160	165	168	122
Пензенская область	100	112	168	187	185	195	189
Республика Татарстан	100	119	192	227	273	269	213
Свердловская область	100	108	137	128	157	183	178
Челябинская область	100	104	118	112	112	123	119
Хабаровский край	100	108	117	172	214	313	345

Результаты анализа распределения случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по условиям оказания медицинской помощи в период с 2017 по 2023 гг. представлены в таблице 5.8.

Таблица 5.8 – Соотношение распределения количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по условиям оказания медицинской помощи

Условия оказания медицинской помощи	Субъект Российской Федерации	2017 год, %	2018 год, %	2019 год, %	2020 год, %	2021 год, %	2022 год, %	2023 год, %
Круглосуточный стационар	Белгородская область	67	63	52	47	46	41	39
	Липецкая область	71	59	49	43	58	57	51
	Пензенская область	54	50	43	30	35	36	33
	Республика Татарстан	54	47	35	35	35	32	33
	Свердловская область	49	44	42	34	27	23	24
	Челябинская область	54	53	49	43	39	33	33
	Хабаровский край	73	69	61	54	42	38	38
Дневной стационар	Белгородская область	33	37	48	53	54	59	61
	Липецкая область	29	41	51	57	42	43	49
	Пензенская область	46	50	57	70	65	64	67
	Республика Татарстан	46	53	65	65	65	68	67
	Свердловская область	51	56	58	66	73	77	76
	Челябинская область	46	47	51	57	61	67	67
	Хабаровский край	27	31	39	46	58	62	62

Как следует из таблицы 5.8, во всех анализируемых субъектах Российской Федерации в период с 2017 по 2023 гг. произошло сокращение количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного стационара и, наоборот, увеличение – в условиях дневного стационара, начиная с 2018 г.

На рисунке 5.3 представлено соотношение количества случаев оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в анализируемых субъектах в 2017 и 2023 гг.



Рисунок 5.3 – Соотношение количества случаев оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в анализируемых субъектах в 2017 и 2023 гг., %

Как следует на рисунке 5.3, в 2017 г. наименьшее количество случаев в дневном стационаре наблюдалось в Хабаровском крае (27%), наибольшее – в Свердловской области (51%). В 2023 г. наименьшее количество случаев в дневном стационаре было выявлено в Липецкой области (49%), наибольшее – также в Свердловской области (76%).

Таким образом, оценка темпов роста количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии демонстрирует увеличение объемов оказания медицинской помощи и повышение доступности противоопухолевой лекарственной терапии при сохраняющемся уровне заболеваемости. Изменения в доступности противоопухолевой лекарственной терапии в первую очередь обусловлены увеличением финансового обеспечения оказания медицинской помощи в рамках ПГГ с 2019 г., но стоит подчеркнуть, что результаты анализа показали положительный темп роста с 2018 г., то есть до выделения дополнительного финансирования. Следует отметить, что модель КСГ в той части групп, которые используются для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, начиная с 2018 г. ежегодно пересматривалась с использованием стандартизированных модулей, сформированных на основе клинических рекомендаций. Увеличение количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии свидетельствует о повышении доступности медицинской помощи, оказываемой в соответствии с клиническими рекомендациями. Кроме того, наблюдалось перераспределение количества случаев в пользу дневного стационара, что является подтверждением увеличения экономической привлекательности тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС в условиях дневного стационара, так как повысилась адекватность возмещения затрат медицинским организациям при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Анализ распределения количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по группам КСГ с 2017 по 2023 гг.

Распределение количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии представлено в таблице 5.9.

Таблица 5.9 – Распределение количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по уровням КСГ с 2017 по 2023 гг.

Условия оказания медицинской помощи	Уровень КСГ	2017 год		2018 год		2019 год		2020 год		2021 год		2022 год		2023 год	
		КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев
Круглосуточный стационар	1	2,05	51%	0,56	30%	0,57	15%	0,61	16%	0,51	10%	0,4	13%	0,38	13%
	2	2,8	41%	1,04	16%	1,0	28%	1,54	34%	0,71	7%	0,76	16%	0,79	21%
	3	7,92	8%	1,56	30%	1,67	20%	2,42	14%	1,39	31%	1,07	16%	1,09	22%
	4			2,23	12%	2,18	8%	3,26	15%	1,86	5%	1,37	14%	1,45	2%
	5			2,4	1%	2,69	7%	4,06	5%	2,43	14%	2,16	6%	2,08	9%
	6			2,92	3%	3,44	11%	4,9	2%	3,32	11%	2,68	10%	2,49	7%
	7			3,3	5%	4,42	3%	5,87	4%	4,23	6%	3,53	8%	3,21	7%
	8			4,22	2%	5,39	3%	7,87	3%	5,14	5%	4,44	2%	3,97	2%
	9			5,3	1%	8,65	3%	8,91	1%	7,18	3%	4,88	3%	4,47	2%
	10			11,02	1%	14,64	2%	10,71	1%	8,49	3%	5,25	2%	4,89	3%
	11							12,3	2%	13,38	4%	5,74	1%	5,51	1%
	12							15,04	2%	17,89	1%	6,76	0%	7,23	1%
	13							29,52	1%	34,58	1%	8,07	1%	8,84	2%

продолжение таблицы 5.9

Условия оказания медицинской помощи	Уровень КСГ	2017 год		2018 год		2019 год		2020 год		2021 год		2022 год		2023 год	
		КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Уровень КСГ	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев
	14											10,11	3%	10,57	3%
	15											13,86	3%	13,73	2%
	16											17,2	1%	16,29	2%
	17											29,17	1%	19,96	0%
	18													26,46	1%
	19													35,35	0%
Дневной стационар	1	3,73	47%	0,45	22%	0,76	10%	1,18	27%	0,48	16%	0,49	21%	0,39	18%
	2	5,1	44%	1,2	37%	1,06	30%	3,34	32%	0,83	5%	1,41	8%	1,06	6%
	3	14,41	8%	2,19	10%	1,51	2%	5,45	13%	1,58	9%	2,03	17%	1,64	17%
	4			3,65	14%	2,4	19%	7,33	4%	2,45	13%	2,63	5%	2,33	8%
	5			5,05	10%	4,26	22%	9,12	5%	3,46	11%	4,19	8%	3,51	11%
	6			7,06	4%	7,09	7%	10,77	3%	4,55	10%	4,93	2%	4,91	7%
	7			8,92	1%	9,46	2%	13,06	2%	5,97	7%	5,87	8%	6,01	3%
	8			18,44	2%	14,57	3%	15,87	5%	7,73	4%	7,66	3%	7,09	2%

продолжение таблицы 5.9

Условия оказания медицинской помощи	Уровень КСГ	2017 год		2018 год		2019 год		2020 год		2021 год		2022 год		2023 год	
		КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев	КЗ	Доля случаев
	9					20,01	3%	18,85	2%	9,19	4%	8,57	3%	8,07	3%
	10					38,1	1%	21,4	1%	11,25	4%	9,65	2%	9,22	3%
	11							22,71	3%	15,26	10%	10,57	4%	10,83	3%
	12							27,09	2%	23,85	5%	13,5	4%	13,25	2%
	13							48,92	1%	35,24	2%	16,03	7%	15,43	8%
	14											20,54	3%	19,97	3%
	15											27,22	4%	24,82	5%
	16											34,01	1%	30,78	1%
	17											56,65	0%	34,42	0%
	18													45,47	0%
	19													61,22	0%

КЗ – коэффициент затратоемкости

Как следует из таблицы 5.9, в структуре распределения количества случаев оказания медицинской помощи в анализируемый период преобладают КСГ с наименьшими коэффициентами затратоемкости, несмотря на большую дифференцировку коэффициентов затратоемкости начиная с 2018 г.

При этом если максимальное количество случаев в 2017 г. в круглосуточном стационаре приходилось на группу КСГ с коэффициентом затратоемкости 2,05, то в период с 2018 по 2023 г. – на группы КСГ с коэффициентами затратоемкости не более 2. В дневном стационаре в 2017 г. – для групп КСГ с коэффициентом затратоемкости 3,73, а в 2018 – 2023 гг. – для группы КСГ с коэффициентом затратоемкости не более 2, за исключением 2020 г., в котором максимальное количество отмечалось для группы КСГ с коэффициентом затратоемкости 3,34.

Перераспределение случаев на группы КСГ с меньшими коэффициентами затратоемкости свидетельствует о более адекватном возмещении затрат медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь и об эффективном использовании имеющихся финансовых ресурсов системы здравоохранения.

Для того чтобы оценить динамику распределения количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по КСГ с 2017 по 2023 гг., случаи оказания медицинской помощи были распределены по трем группам, исходя из значений коэффициентов затратоемкости.

Для круглосуточного стационара:

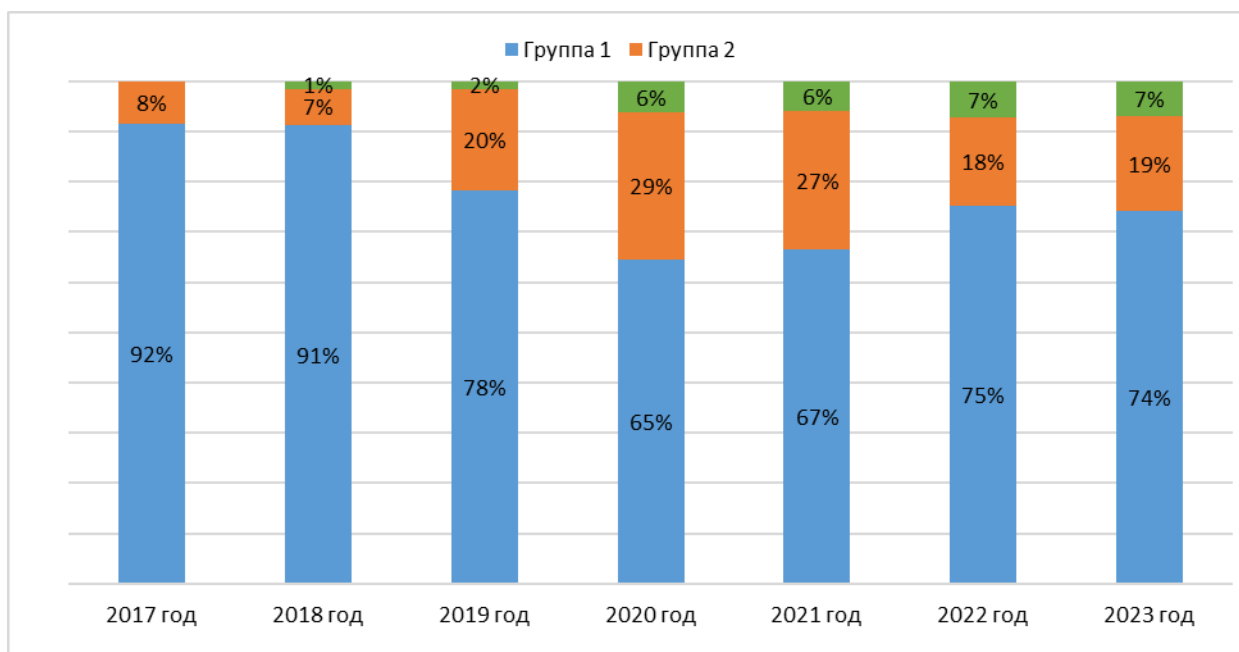
- 1 группа, включала случаи оказания медицинской помощи с коэффициентом затратоемкости менее 3;
- 2 группа – с коэффициентом затратоемкости от 3 до 10;
- 3 группа – с коэффициентом затратоемкости более 10.

Для дневного стационара:

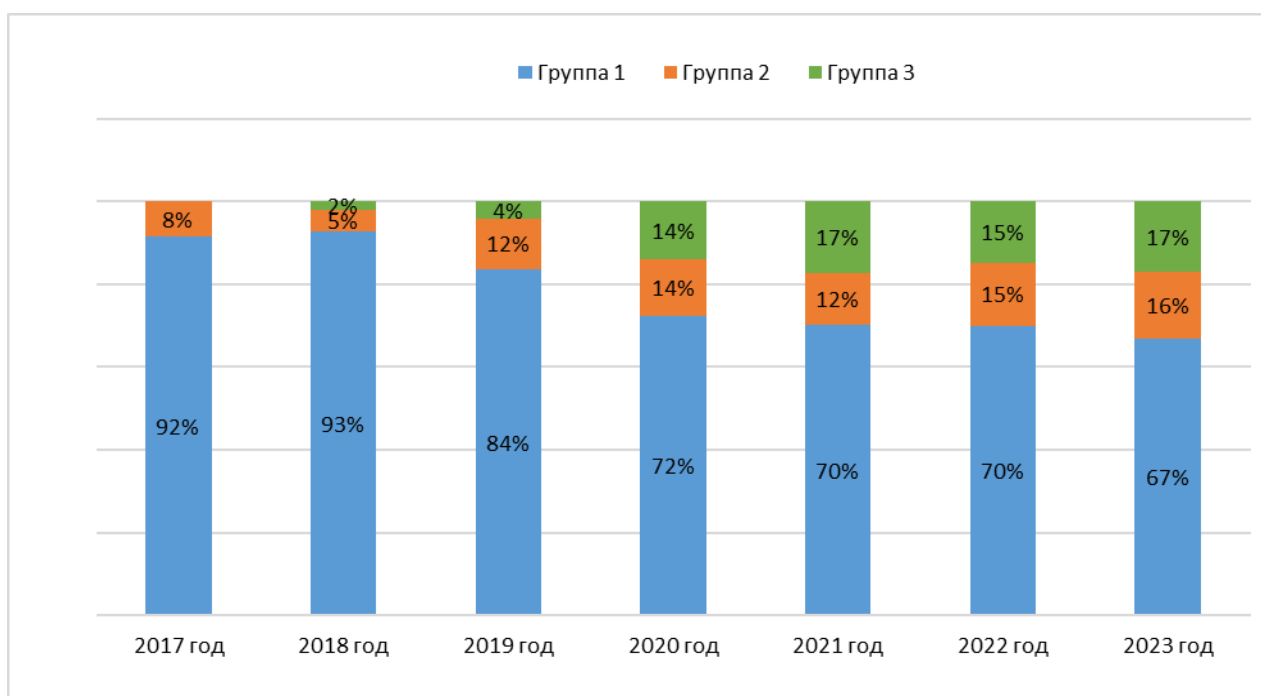
- 1 группа, включала случаи оказания медицинской помощи с коэффициентом затратоемкости менее 6;
- 2 группа – с коэффициентом затратоемкости от 6 до 15;

- 3 группа – с коэффициентом затратно-емкости более 15.

На рисунке 5.4 представлено распределение количества случаев оказания медицинской помощи по объединенным группам КСГ.



А.



Б.

Рисунок 5.4 – Распределение количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии по объединенным группам КСГ в зависимости от значения коэффициента затратно-емкости для круглосуточного (А) и дневного (Б) стационаров, %

Как следует на рисунке 5.4, начиная с 2019 г. происходило увеличение количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии, относящихся к КСГ с коэффициентами затратоемкости более 10 для круглосуточного стационара (группа 3) и более 15 для дневного стационара (группа 3). Следует отметить, что в модели КСГ 2017 г. было по одной группе с коэффициентами затратоемкости более 10 для круглосуточного стационара и более 15 для дневного, а в модели КСГ 2017 г. групп с такими коэффициентами не было. Большая доля случаев приходится на группы КСГ с коэффициентами затратоемкости менее 3 для круглосуточного и менее 6 для дневного стационаров.

Оценка изменения средневзвешенной стоимости случая оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии с 2017 по 2023 гг.

Результаты расчета средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии с 2017 по 2023 гг. для круглосуточного и дневного стационаров представлены в таблице 5.10 и таблице 5.11 соответственно.

Таблица 5.10 – Средневзвешенная стоимость одного случая оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в круглосуточном стационаре с 2017 по 2023 гг.

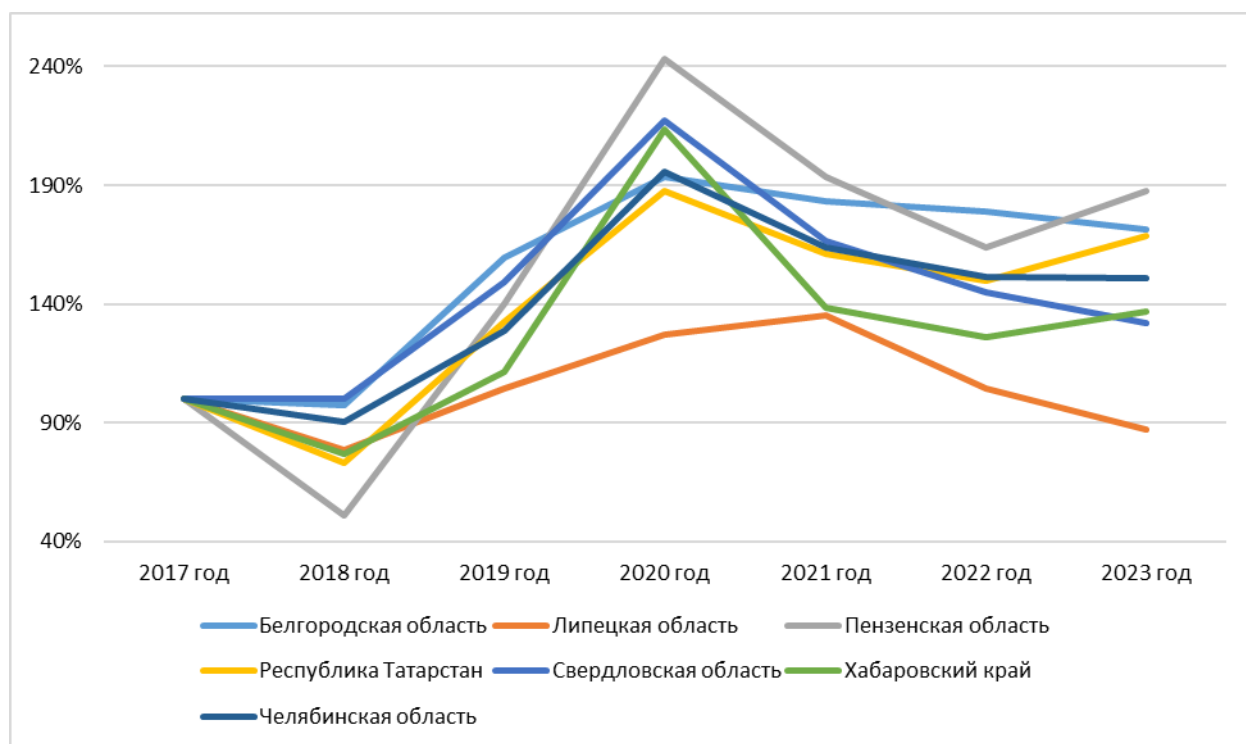
	Средневзвешенная стоимость одного случая оказания медицинской помощи, руб.						
	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Белгородская область	39 006	37 943	62 152	75 533	71 425	69 704	66 824
Липецкая область	45 734	35 914	47 857	58 109	61 951	47 838	39 894
Пензенская область	43 696	22 391	61 087	106 213	84 528	71 531	81 936
Республика Татарстан	56 404	41 183	74 739	105 953	90 772	84 574	95 162
Свердловская область	38 102	38 111	56 924	82 851	63 357	55 222	50 213
Челябинская область	47 536	42 851	61 237	93 098	77 758	71 873	71 706
Хабаровский край	77 035	59 234	85 752	164 270	106 478	96 898	105 479

Таблица 5.11 – Средневзвешенная стоимость одного случая оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в дневном стационаре с 2017 по 2023 гг.

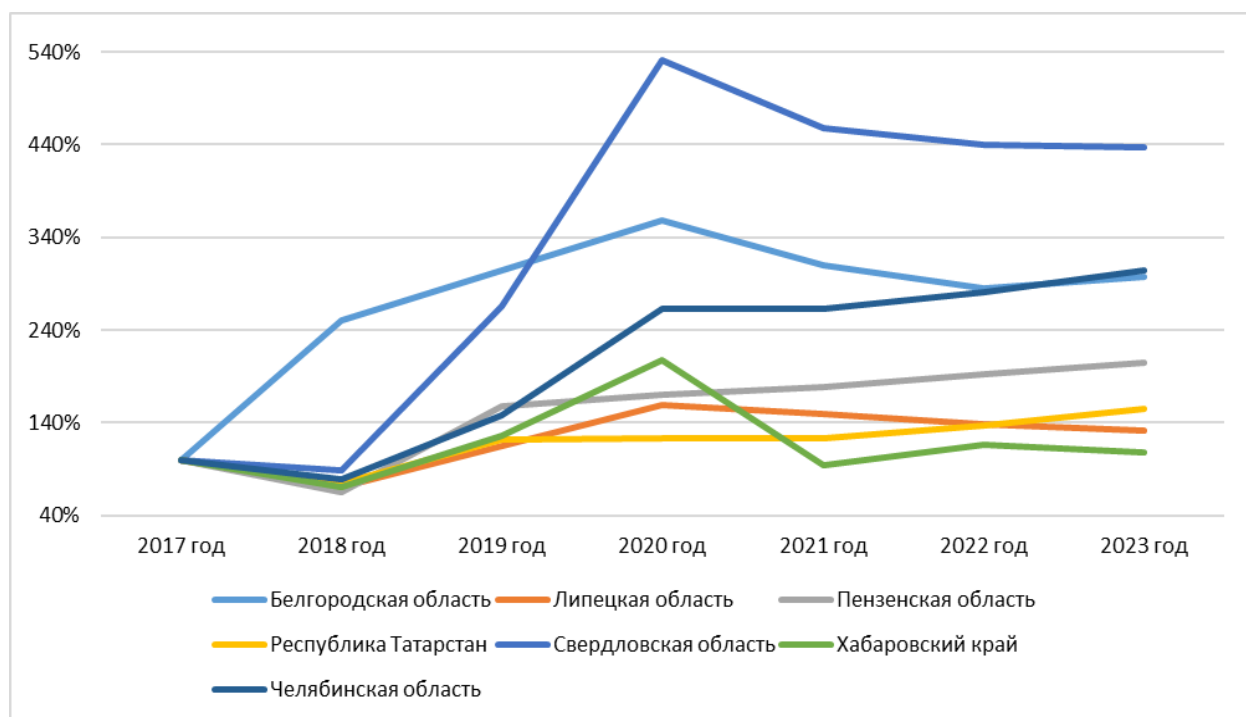
	Средневзвешенная стоимость одного случая оказания медицинской помощи, руб.						
	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Белгородская область	22 639	56 594	68 831	81 156	70 200	64 383	67 409
Липецкая область	61 454	43 719	70 362	98 043	92 015	85 029	80 816
Пензенская область	38 517	24 952	60 739	65 665	68 575	73 900	78 576
Республика Татарстан	58 079	43 251	71 047	71 370	71 449	79 488	90 228
Свердловская область	18 933	16 792	50 173	100 605	86 567	83 250	82 780
Челябинская область	33 586	26 245	49 596	88 192	88 459	94 467	102 106
Хабаровский край	76 923	54 106	96 956	159 536	72 187	88 944	83 356

Как следует из таблиц 5.10 и 5.11, во всех анализируемых субъектах Российской Федерации в 2018 г. по отношению к 2017 г. произошло снижение средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи как в круглосуточном, так и в дневном стационарах, за исключением средневзвешенной стоимости случая в дневном стационаре в Белгородской области. При этом проводить сравнение значений средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи между субъектами некорректно в связи с различиями значений коэффициента дифференциации между субъектами Российской Федерации.

На рисунках 5.5 показан темп роста средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах соответственно в 2018 – 2023 гг. по отношению к 2017 г.



А.



Б.

Рисунок 5.5 – Темп роста средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи в круглосуточном (А) и дневном (Б) стационарах в 2018 – 2023 гг. по отношению к 2017 г., %

Как следует из рисунка 5.5, в 2019 и 2020 гг. во всех анализируемых субъектах Российской Федерации наблюдалось увеличение средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи как в круглосуточном, так

и дневном стационарах. Начиная с 2021 г. динамика изменений средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи по сравнению с предыдущим годом неоднородна: для круглосуточного стационара увеличение средневзвешенной стоимости произошло в 2021 г. в Липецкой области, в 2023 г. – в Пензенской области, Республике Татарстан и Хабаровском крае; для дневного стационара в 2021 г. – в Пензенской и Челябинской областях, в 2022 г. – в Пензенской и Челябинской областях, Республике Татарстан и Хабаровском крае, в 2023 г. – в Белгородской, Пензенской, Челябинской областях и Республике Татарстан. Во всех оставшихся субъектах Российской Федерации из включенных в анализ начиная с 2021 г. наблюдалось снижение средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи по сравнению с предыдущим годом. В 2023 году по отношению к 2017 г. максимальный темп роста средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи был зафиксирован в круглосуточном стационаре в Пензенской области и в дневном стационаре в Свердловской области.

Полученные результаты анализа средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи свидетельствуют о том, что в 2018 г. в связи с большей дифференциацией модели КСГ произошло снижение средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии. Это обусловлено с тем, что большее количество случаев оказания медицинской помощи стало приходиться на КСГ с коэффициентом затратоемкости менее 2. Благодаря росту финансового обеспечения оказания медицинской помощи в рамках реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», в круглосуточном стационаре увеличилось количество случаев оказания медицинской помощи, относящихся к КСГ с коэффициентом затратоемкости более 10, а в дневном стационаре – к КСГ с коэффициентом затратоемкости более 15. Произошло увеличение количества случаев оказания медицинской помощи с применением схем лекарственной терапии, включающих дорогостоящие противоопухолевые

лекарственные препараты, что, как следствие, привело к росту средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи. Но повышение степени дифференциации моделей КСГ в 2021 – 2023 г. при сохраняющемся уровне финансирования оказания медицинской помощи в большинстве анализируемых субъектов Российской Федерации не стало причиной роста средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи, а, наоборот, наблюдалось некоторое снижение стоимости.

Таким образом, пересмотр модели КСГ, и применение классификационного критерия, отражающего схемы лекарственной терапии, описанные в клинических рекомендациях, и увеличение дифференциации модели КСГ позволяют адекватнее возмещать расходы за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям, о чем свидетельствует перераспределение количества случаев оказания медицинской помощи между группами КСГ с большими и меньшими коэффициентами затратоемкости. При этом большее количество случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии относилось к группам КСГ с наименьшими коэффициентами затратоемкости и максимальное количество случаев оказания медицинской помощи приходилось на группы с коэффициентами затратоемкости менее 2 как для круглосуточного, так и для дневного стационаров. Увеличение средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в анализируемых субъектах Российской Федерации произошло в период увеличения финансового обеспечения оказания медицинской помощи, связанного с реализацией федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». В то же время при сохранении финансирования на одном уровне в 2021 – 2023 гг. увеличение дифференциации модели КСГ не привело к повышению средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии. Полученные результаты анализа позволяют сделать вывод о том, что дифференциация модели КСГ может повышать ее экономическую эффективность,

то есть способствовать эффективному распределению финансовых ресурсов системы здравоохранения.

Оценка изменения количества случаев оказания медицинской помощи на 100 тыс. застрахованных граждан при применении схем противоопухолевой лекарственной терапии, содержащих лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП с 2018 г. и относящиеся к группе моноклональных антител и ингибиторов протеинкиназы

Суммарное количество случаев оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах при проведении противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, относящихся к группе моноклональных антител (ниволумаб, пембролизумаб, пертузумаб) и ингибиторов протеинкиназы (даброфениб), с 2018 по 2023 гг. на 100 тыс. застрахованных граждан, представлено в таблице 5.12.

Таблица 5.12 – Количество случаев оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах с применением лекарственных препаратов, относящихся к группе моноклональных антител (ниволумаб, пембролизумаб, пертузумаб) и ингибиторов протеинкиназы (даброфениб), на 100 тыс. застрахованных граждан

Субъект Российской Федерации	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год
Белгородская область	3,4	29,65	44,44	73,17	72,76	79,72
Липецкая область	3,62	34,36	64,24	71,29	47,51	31,48
Пензенская область	2,35	30,66	50,1	44,56	53,12	63,03
Республика Татарстан	1,24	16,09	43,72	н/д	66,62	79,71
Свердловская область	1,7	28,2	91,41	134,56	132,28	142,97
Хабаровский край	1,41	21,79	79,61	78,97	120,61	136,85
Челябинская область	0,7	16,48	48,56	74,71	88,08	98,89

Как следует из таблицы 5.12, в 2018 г. количество случаев оказания медицинской помощи с применением лекарственных препаратов ниволумаб, пембролизумаб, пертузумаб и даброфениб не превышало 4 случаев на 100 тыс. застрахованных граждан. В 2017 г. наименьшее количество случаев на 100 тыс. застрахованных граждан наблюдалось в Челябинской области (0,7 случаев на 100 тыс. застрахованных граждан), наибольшее – в Липецкой области (3,62 случая на

100 тыс. застрахованных граждан). В 2023 г. во включенных в анализ субъектах Российской Федерации отмечался кратный рост количества случаев оказания медицинской помощи с применением указанных лекарственных препаратов на 100 тыс. застрахованных граждан. Максимальный рост количества случаев был зафиксирован в Хабаровском крае, минимальный – в Липецкой области. При этом наибольшее количество случаев оказания медицинской помощи в 2023 г. на 100 тыс. застрахованных граждан было получено в Свердловской области и наименьшее – в Липецкой области.

На рисунке 5.6 представлен темп роста количества случаев оказания медицинской помощи с применением лекарственных препаратов, относящихся к группе моноклональных антител (ниволумаб, пембролизумаб, пертузумаб) и ингибиторов протеинкиназы (даброфениб), на 100 тыс. застрахованных граждан в 2018 – 2023 гг. по отношению к 2017 г.

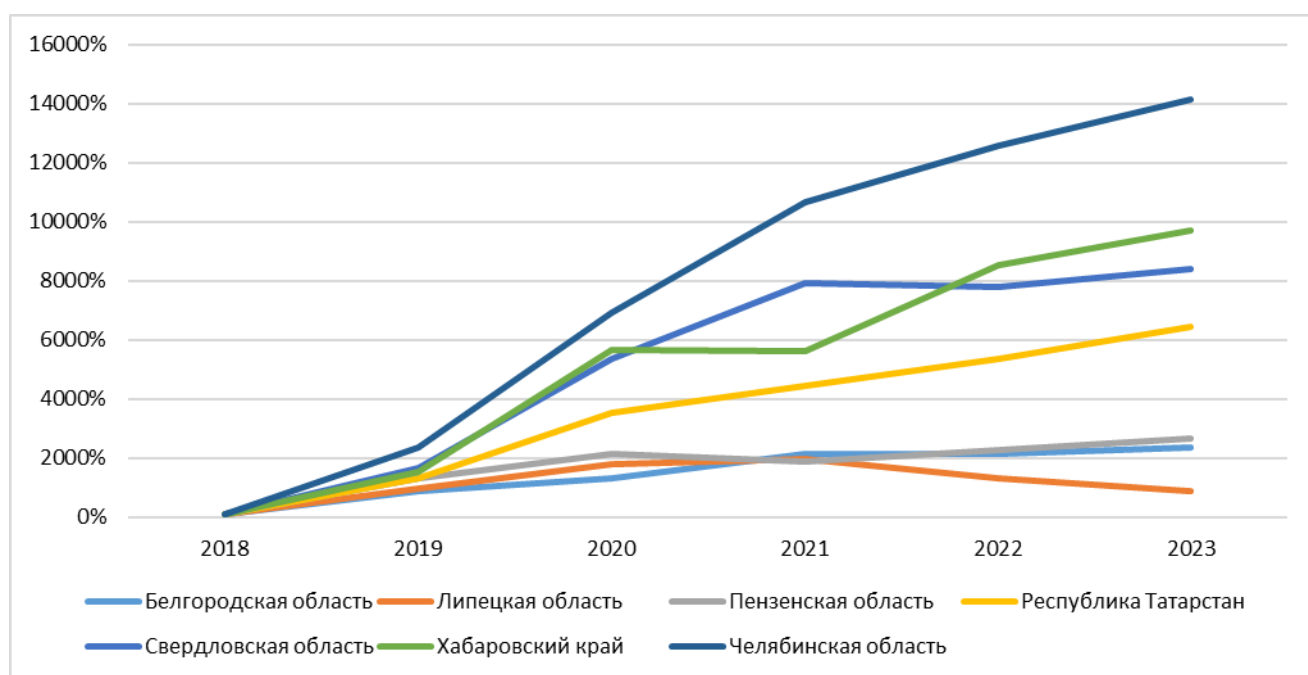


Рисунок 5.6 – Темп роста количества случаев оказания медицинской помощи с применением лекарственных препаратов, относящихся к группе моноклональных антител (ниволумаб, пембролизумаб, пертузумаб) и ингибиторов протеинкиназы (даброфениб), на 100 тыс. застрахованных граждан в 2018 – 2023 гг. по отношению к 2017 г., %

Из рисунка 5.6 следует, что наибольший темп роста к 2023 г. отмечался в Челябинской области, а наименьший – в Липецкой области.

Полученные результаты анализа свидетельствуют о повышении доступности иммуноонкологических и таргетных лекарственных препаратов, рекомендованных в клинических рекомендациях, при оказании медицинской помощи в системе ОМС. Необходимо подчеркнуть, что рост количества случаев оказания медицинской помощи с применением иммуноонкологических и таргетных лекарственных препаратов, в первую очередь обусловлен увеличением финансового обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях по ПГГ, но при этом имеющиеся на момент включения лекарственных препаратов в перечень ЖНВЛ механизмы оплаты медицинской помощи способствовали повышению доступности лекарственных препаратов. Таким образом, методические подходы, предложенные для формирования КСГ на основе клинических рекомендаций с использованием стандартизированных модулей медицинской помощи, создают экономическую основу для оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций.

Изменение показателя отклонения отношения заболеваемости к смертности в субъекте Российской Федерации в 2022 г. от среднего российского показателя в анализируемых субъектах продемонстрировало положительную динамику (рисунок 5.7). Так, Белгородская область переместилась из кластера «до 15%» в кластер «более 15%», Республика Татарстан – из кластера «отклонение +/-5%» в кластер «до 15%», Свердловская и Челябинская области – из кластера «до -15%» в кластер «+/-5%». Два субъекта остались в прежних кластерах: Липецкая область – в кластере «до 15%» и Пензенская область – в кластере «более 15%». Отклонение отношения заболеваемости к смертности от среднего российского в Хабаровском снизилось, и субъект переместился из кластера «более 15%» в кластер «отклонение +/-5%».

Следует отметить, что во всех включенных в анализ субъектах Российской Федерации, кроме Республики Татарстан, «грубый» показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в 2022 г. остался на уровне выше среднего российского значения, при этом «грубый» показатель смертности на 100 тыс. населения выше

среднего российского сохранился в Свердловской и Челябинской областях, а также стал выше среднего российского в Пензенской области и Хабаровском крае. В то же время во всех анализируемых субъектах в 2022 г. по сравнению с 2017 г. произошло снижение «грубого» показателя смертности на 100 тыс. населения, за исключением Пензенской области и Хабаровского края. Но при этом, если Пензенская область сохранила свое положение в кластере, то Хабаровский край сместился на два кластера ниже.

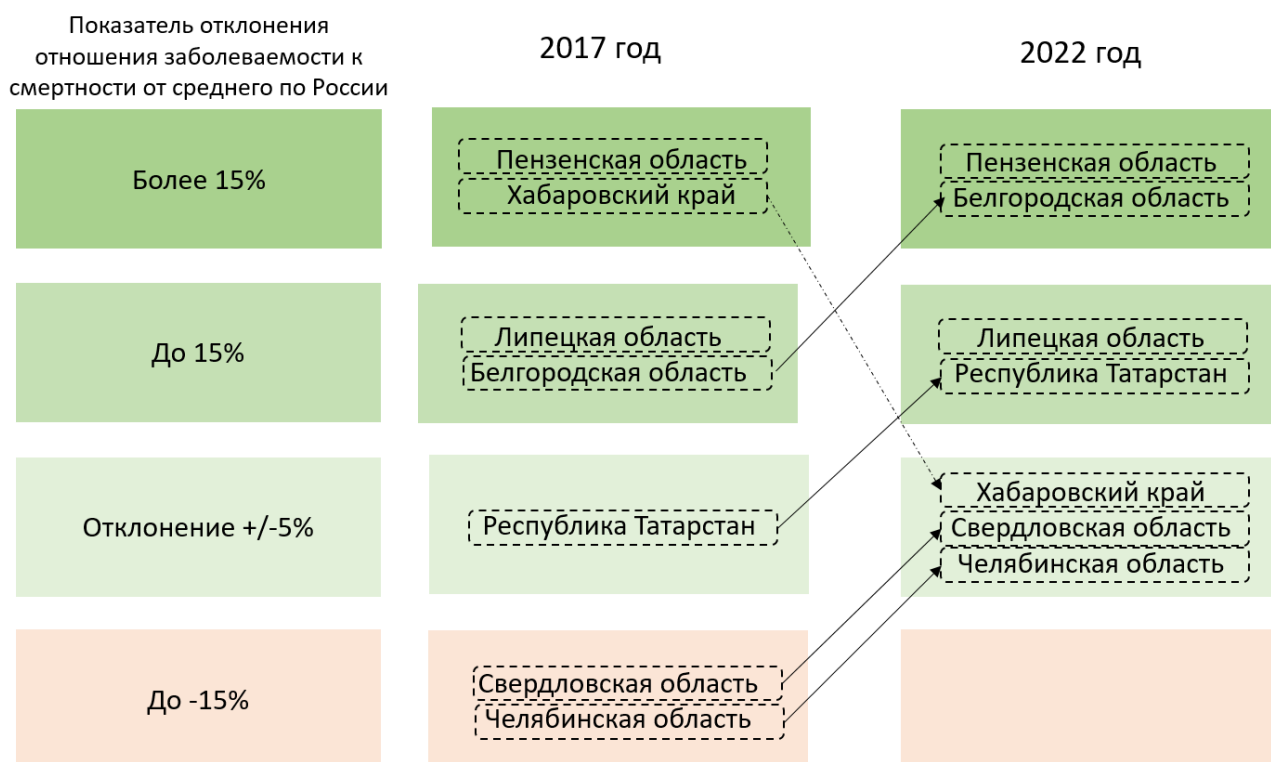


Рисунок 5.7 – Распределение субъектов Российской Федерации по кластерам в 2017 и 2022 гг. (изменение цветовой шкалы от оранжевого до темно-зеленого отражает положительную динамику)

Отношение заболеваемости к смертности для Российской Федерации выросло на 6 % в 2022 г. по сравнению с 2017 г. При этом «грубый» показатель смертности на 100 тыс. населения уменьшился во всех анализируемых субъектах Российской Федерации, кроме Пензенской области и Хабаровского края.

На рисунке 5.8 представлено изменение показателя отношения заболеваемости к смертности на 100 тыс. населения в 2022 г. по сравнению с 2017 г. в анализируемых субъектах и в целом в Российской Федерации.

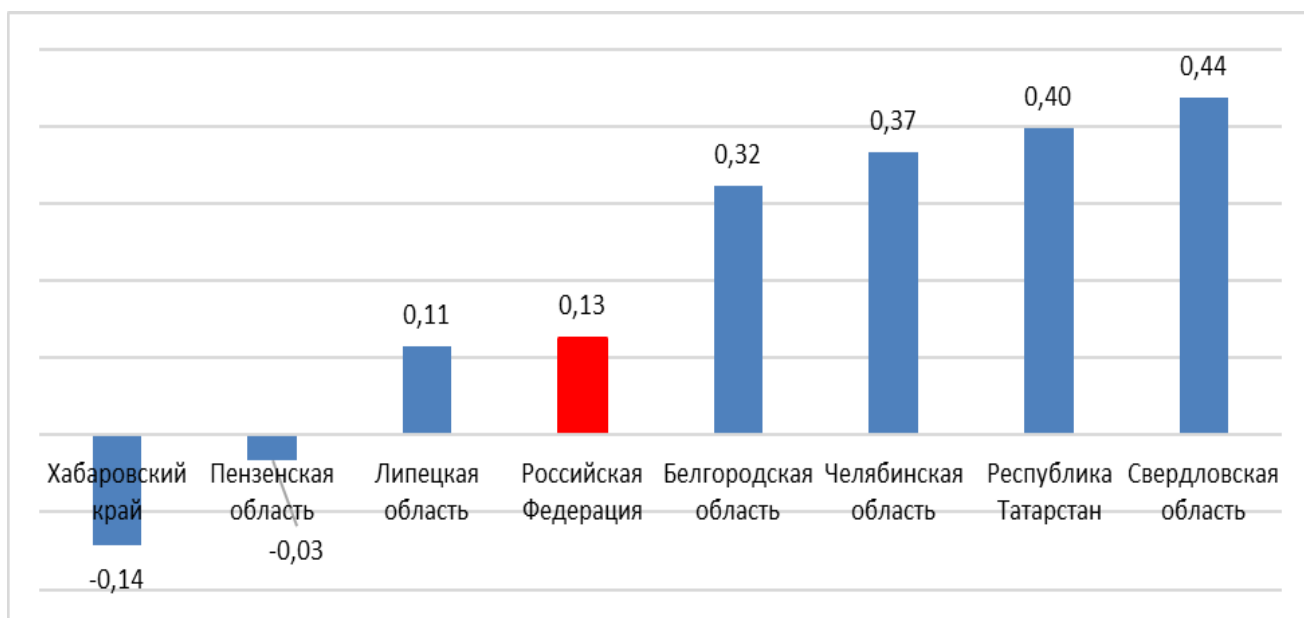


Рисунок 5.8 – Изменение показателя отношения заболеваемости к смертности на 100 тыс. населения в 2022 г. по сравнению с 2017 г.

Как следует из рисунка 5.7, показатель отношения заболеваемости к смертности на 100 тыс. населения в 2022 г. по сравнению с 2017 г. в целом в Российской Федерации увеличился на 0,13. Максимальное увеличение показателя произошло в Свердловской области и Республике Татарстан на 0,44 и 0,40 соответственно. Снижение показателя наблюдалось в Хабаровском крае (-0,14) и Пензенской области (-0,03).

Таким образом, анализ изменения объемов случаев оказания медицинской помощи в системе ОМС при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в круглосуточном и дневном стационарах в семи субъектах Российской Федерации показал, что в период с 2017 по 2023 гг. произошло увеличение количества случаев оказания медицинской помощи на 100 тыс. застрахованных граждан при проведении противоопухолевой лекарственной терапии, в том числе при применении иммуноонкологических и таргетных препаратов. Полученные

результаты свидетельствуют о повышении доступности медицинской помощи, что в первую очередь обусловлено увеличением финансового обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях в системе ОМС начиная с 2019 г. Увеличение финансирования привело к росту средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в анализируемых субъектах Российской Федерации. При этом связь, выстроенная между способами оплаты медицинской помощи по КСГ и клиническими рекомендациями, позволяет говорить о том, что происходит не просто повышение доступности противоопухолевой лекарственной терапии, а ее повышение в соответствии с клиническими рекомендациями. Кроме того, проведенный анализ выявил, что пересмотр модели КСГ, применяющейся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, создал экономические стимулы для перераспределения количества случаев оказания медицинской помощи между круглосуточными стационаром и дневными стационаром в пользу последнего. Перераспределение количества случаев оказания медицинской помощи между группами КСГ с большими и меньшими коэффициентами затратоемкости свидетельствует об увеличении адекватности возмещения затрат за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям. Как в круглосуточном, так и в дневном стационарах за период с 2019 по 2023 гг. произошло увеличение количества случаев оказания медицинской помощи, относящихся к группам КСГ с коэффициентом затратоемкости более 10 и более 15 соответственно. В то же время максимальное количество случаев оказания медицинской помощи приходится на группы КСГ с коэффициентом затратоемкости менее 2 в круглосуточном и дневном стационарах, то есть на группы с коэффициентом затратоемкости ниже, чем минимальное значение коэффициента затратоемкости в модели КСГ 2017 г. Можно констатировать, что произошло повышение эффективности использования имеющихся финансовых ресурсов системы здравоохранения.

В пяти из семи анализируемых субъектах Российской Федерации произошло снижение «грубого» показателя смертности на 100 тыс. населения, можно полагать, что это обусловлено, в том числе повышением доступности противоопухолевой лекарственной терапии.

ГЛАВА 6. ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ И ВРАЧЕЙ-РАДИОТЕРАПЕВТОВ К ИЗМЕНЕНИЯМ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЗРОСЛЫХ В РАМКАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

При анализе результатов анкетирования врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов были получены данные об оценке использования клинических рекомендаций в практике, об отношении к изменению модели КСГ и о доступности противоопухолевой терапии взрослым с онкологическими заболеваниями. Результаты социологического исследования опубликованы в виде собственной научной статьи автора диссертации [55].

Респондентам было задано четыре вопроса, предполагающих разные варианты ответов и позволяющих оценить использование клинических рекомендаций в практике.

1. Используете ли Вы в своей практике клинические рекомендации, разработанные в России?

Респонденты дали следующие ответы:

- 404 (93,3%; 95% ДИ 90,5 – 95,50), что является преобладающей долей, указали на регулярное использование;
- 27 (6,2%; 95% ДИ 4,12 – 8,88) выбрали вариант ответа «да, время от времени»;
- 1 (0,2%; 95% ДИ 0,00 – 0,84) – «просматриваю, но почти не использую»;
- 1 (0,2%; 95% ДИ 0,00 – 0,84) – «затрудняюсь ответить».

2. Укажите, какие российские клинические рекомендации Вы используете в своей практике?

Респонденты дали следующие ответы:

- 295 (67,7%; 95% ДИ 63,05 – 72,03) используют одновременно клинические рекомендации Ассоциации онкологов России (АОР) и практические рекомендации Российского общества клинической онкологии (RUSSCO);
- 74 (17,0%; 95% ДИ 13,57 – 20,83) – только клинические рекомендации АОР;
- 58 (13,3%; 95% ДИ 10,26 – 16,86) – только клинические рекомендации RUSSCO;
- 7 (1,6%; 95% ДИ 0,65 – 3,28) – затруднились ответить.

3. *Какой ресурс Вы используете для ознакомления с российскими клиническими рекомендациями?*

Респонденты дали следующие ответы:

- 126 (28,9%; 95% ДИ 24,69 – 33,40), то есть преобладающая доля, используют сайты ассоциаций специалистов в сети Интернет и Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России;
- 98 (22,5%; 95% ДИ 18,64 – 26,69) – Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России;
- 90 (20,6%; 95% ДИ 16,94 – 24,75) – сайты ассоциации специалистов в сети Интернет, Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России и печатные версии;
- 40 (9,2%; 95% ДИ 6,64 – 12,28) – Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России и печатные версии.

Ресурсы, используемые оставшимися респондентами, представлены на рисунке 6.1.

4. *По Вашему мнению, всегда ли понятно изложен текст российских клинических рекомендаций?*

Респонденты дали следующие ответы:

- 258 (59,2%; 95% ДИ 54,16 – 63,60), то есть преобладающая доля респондентов, отметили, что, исходя из клинических рекомендаций, всегда

можно легко определиться с оптимальной тактикой ведения пациента в разных клинических ситуациях;

- 169 (38,8%; 95% ДИ 34,16 – 43,51) – что оптимальная тактика ведения пациента не всегда ясно описана для всех клинических ситуаций;
- 7 (1,6%; 95% ДИ 0,65 – 3,28) затруднились с ответом.



Рисунок 6.1 – Ресурсы, используемые респондентами для ознакомления с клиническими рекомендациями, %

Таким образом, анализ результатов анкетирования врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов показал, что респонденты регулярно используют в своей практике российские клинические рекомендации АОР, но при этом часть респондентов обращается к практическим рекомендациям RUSSCO. Основными ресурсами для ознакомления с клиническими рекомендациями являются Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России и сайты ассоциации специалистов в сети Интернет. Также результаты опроса продемонстрировали: большинство респондентов считают, что по клиническим рекомендациям всегда можно определить оптимальную тактику ведения пациентов.

Далее респондентам было задано пять вопросов, позволяющих оценить отношение врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов к изменению способов оплаты медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения.

1. По Вашему мнению, достаточными ли были тарифы в 2019 – 2022 гг. в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) для методов противоопухолевого лечения?

Абсолютное большинство респондентов для всех трех видов противоопухолевого лечения (противоопухолевой лекарственной терапия, лучевой и химиолучевой терапии, хирургического лечения) оценили достаточность тарифов положительно («определенно да» и «скорее да»), при этом около 1/3 респондентов выбрали вариант «скорее да» (таблица 6.1).

Полученные результаты являются статистически значимыми, так как доверительные интервалы для долей респондентов, ответивших «скорее да», не пересекаются с доверительными интервалами для долей респондентов, выбравших варианты «определенно да», «скорее нет» и «определенно нет».

2. Как Вы можете охарактеризовать изменения системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по клинко-статистическим группам (КСГ) начиная с 2018 г. (включение в КСГ конкретных схем лекарственной терапии)?

Абсолютное большинство респондентов оценили изменения как положительные («определенно да» и «скорее да»); преобладающая доля респондентов выбрала вариант ответа «скорее да» для предложенных характеристик системы оплаты: «стала адекватнее затратам», «стала понятнее», «стала сложнее» и «стала в большей степени покрывать затраты медицинских организаций» (таблица 6.2).

Таблица 6.1 – Результаты оценки респондентами достаточности тарифов в системе ОМС в 2019 – 2022 гг. для оплаты методов противоопухолевого лечения (противоопухолевой лекарственной терапии, лучевой и химиолучевой терапии, хирургического лечения)

Вид противоопухолевого лечения	"Определенно да"			"Скорее да"			"Скорее нет"			"Определенно нет"			"Затрудняюсь ответить"		
	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%
Противоопухолевая лекарственная терапия	53	12,2	9,24 — 15,60	144	33,0	28,63 — 37,66	92	21,1	17,36 — 25,24	81	18,6	15,04 — 22,55	66	15,1	11,90 — 18,85
Лучевая и химиолучевая терапия	55	12,6	9,65 — 16,10	150	34,4	29,95 — 39,07	77	17,7	14,20 — 21,57	57	13,1	10,05 — 16,60	97	22,2	18,43 — 26,45
Хирургическое лечение	52	11,9	9,04 — 15,34	129	29,6	25,34 — 34,11	83	19,0	15,46 — 23,04	65	14,9	11,70 — 18,60	107	24,5	20,57 — 28,86

Таблица 6.2 – Результаты оценки респондентами изменений системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по КСГ начиная с 2018 г. (включение в КСГ конкретных схем лекарственной терапии)

	"Определенно да"			"Скорее да"			"Скорее нет"			"Определенно нет"			"Затрудняюсь ответить"		
	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%
Стала адекватнее затратам	35	8,0	5,65 — 10,99	153	35,1	30,61 — 30,78	113	25,9	21,87 — 30,30	43	9,9	7,23 — 13,05	92	21,1	17,36 — 25,24
Стала понятнее	53	12,2	9,24 — 15,60	178	40,8	36,17 — 45,60	90	20,6	16,94 — 24,75	27	6,2	4,12 — 8,88	88	20,2	16,51 — 24,26
Стала сложнее	67	15,4	12,11 — 19,10	150	34,4	29,95 — 39,07	108	24,8	20,79 — 29,10	24	5,5	3,56 — 8,08	87	20,0	16,30 — 24,02
Стала в большей степени покрывать затраты медицинской организации	31	7,1	4,88 — 9,94	128	29,4	25,12 — 33,88	109	25,0	21,00 — 29,34	74	17,0	13,57 — 20,83	94	21,6	17,79 — 25,72

Полученные результаты являются статистически значимыми для вариантов ответов «стала адекватнее», «стала понятнее» и «стала сложнее». Для характеристики «стала в большей степени покрывать затраты медицинской организации» результаты статистически не значимы, поскольку доверительный интервал для доли респондентов, ответивших «скорее да», пересекается с доверительным интервалом для доли респондентов, выбравших вариант «скорее нет».

3. Как Вы оцениваете количество схем противоопухолевой терапии в расшифровке содержания КСГ?

Респонденты дали следующие ответы:

- 201 (46,1%; 95% ДИ 41,35 – 50,91), что составляет преобладающую долю респондентов, отметили недостаточность перечня и необходимость расширения его расширения;
- 111 (25,5%; 95% ДИ 21,43 – 29,82) – достаточность количества схем;
- 29 (6,7%; 95% ДИ 4,50 – 9,41) – избыточность;
- 91 (20,9%; 95% ДИ 17,15 – 24,99) – «затрудняюсь ответить»;
- 4 респондента (0,9%; 95% ДИ 0,25 – 2,33) выбрали «другое»: необходимость сокращения лишних схем и добавление в перечень схем в соответствии с клиническими рекомендациями.

Результаты, полученные для долей респондентов, считающих недостаточным количество схем противоопухолевой терапии в расшифровке КСГ, являются статистически значимыми.

4. Как Вы оцениваете количество групп КСГ для противоопухолевой лекарственной терапии начиная в 2018 – 2022 г.?

Респонденты дали следующие ответы:

- 160 (36,7%; 95% ДИ 32,16 – 41,41), то есть преобладающая доля респондентов, сочли, что количество групп недостаточное;
- 139 (31,9%; 95% ДИ 27,53 – 36,48) указали на достаточность количества групп;

- 37 (8,5%; 95% ДИ 6,05 – 11,51) – на избыточность групп;
- 100 (22,9%; 95% ДИ 19,07 – 27,17) затруднились ответить.

Результаты, полученные для долей респондентов, отмечающих достаточность и недостаточность количества групп КСГ, являются статистически не значимыми.

5. Как Вы оцениваете описание схем противоопухолевой терапии в расшифровке содержания КСГ?

Превалирующая доля респондентов отметила достаточность описания (содержит все необходимые характеристики, чтобы определить и закодировать применяющуюся схему), понятность описания (содержит параметры, по которым легко определить схему противоопухолевой лекарственной терапии, применяемую в каждом конкретном случае), соответствие реальной практике в описании режимов дозирования – преобладали ответы «определенно да» и «скорее да» (таблица 6.3). Кроме того, большинство респондентов указали, что описание схем не избыточно, а содержит характеристики, которые необходимы для определения и кодировки применяющейся схемы. Полученные результаты являются статистически значимыми.

Таким образом, исходя из анализа ответов респондентов о достаточности тарифов на оплату методов противоопухолевого лечения, используемых в системе ОМС в 2019 – 2022 г., и об изменении системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по КСГ, можно прийти к выводу, что врачи-онкологи и врачи-радиотерапевты в основном оценивают тарифы как достаточные, а также положительно относятся к изменению системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по КСГ начиная с 2018 г, то есть к включению в КСГ конкретных схем лекарственной терапии. Однако респонденты считают необходимым увеличение количества схем противоопухолевой лекарственной терапии – расширение их перечня. При этом мнения относительно достаточности количества групп КСГ для противоопухолевой лекарственной терапии разделились: 36,7% респондентов полагают, что требуется увеличение групп КСГ,

Таблица 6.3 – Результаты оценки респондентами описания схем противоопухолевой терапии в расшифровке содержания КСГ

Описание схем ПОЛТ	"Определенно да"			"Скорее да"			"Скорее нет"			"Определенно нет"			"Затрудняюсь ответить"		
	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%
Достаточное (содержит все характеристики, необходимые для того, чтобы определить и закодировать применяющуюся схему)	125	28,7	24,47 – 33,16	182	41,7	37,07 – 46,53	43	9,9	7,23 – 13,05	8	1,8	0,80 – 3,58	78	17,9	14,41 – 21,82
Избыточное (содержит характеристики, которые не требуются для определения и кодировки применяющейся схемы)	39	8,9	6,44 – 12,03	85	19,5	15,88 – 23,53	147	33,7	29,29 – 38,37	72	16,5	13,15 – 20,34	93	21,3	17,58 – 25,48
Понятное (легко определить схему противоопухолевой лекарственной терапии, применяемую в каждом конкретном случае)	112	25,7	21,65 – 30,06	182	41,7	37,07 – 46,53	40	9,2	6,64 – 12,28	17	3,9	2,29 – 6,17	85	19,5	15,88 – 23,53
Соответствующее реальной практике в описании режимов дозирования	88	20,2	16,51 – 24,26	193	44,3	39,54 – 49,07	56	12,8	9,85 – 16,35	18	4,1	2,46 – 6,45	81	18,6	15,04 – 22,55

31,9% респондентов – что групп КСГ достаточно. Респонденты положительно оценивают предложенные в КСГ подходы к описанию схем противоопухолевой лекарственной терапии и считают описание достаточным, понятным, соответствующим реальной практике, а не избыточным. Результаты опроса выявили положительную оценку врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами изменений системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по КСГ.

Далее было задано 4 вопроса, позволяющих оценить достаточность объемов медицинской помощи для проведения противоопухолевой терапии взрослым с онкологическими заболеваниями и доступность противоопухолевых лекарственных препаратов.

1. Сталкиваетесь ли Вы в своей практике со сложностями, связанными с назначением противоопухолевых лекарственных препаратов для перорального приема из перечня схем лекарственной терапии КСГ, применение которых оплачивается в дневном стационаре?

Респонденты дали следующие ответы:

- 217 (49,8%; 95% ДИ 44,98 – 54,57), то есть преобладающая доля респондентов, ответили, что сталкивалась со сложностями;
- 119 (27,3%; 95% ДИ 23,16 – 31,73) – что сложностей не возникало;
- 100 (22,9%; 95% ДИ (19,07 – 27,17) затруднились ответить.

Полученные результаты являются статистически значимыми.

2. По Вашему мнению, нужно ли исключить из перечня схем лекарственной терапии КСГ противоопухолевые лекарственные препараты для перорального применения, которые оплачиваются в дневном стационаре?

Респонденты дали следующие ответы:

- 217 (49,8%; 95% ДИ 44,98 – 54,57), преобладающая доля респондентов, считают, что исключать указанные в вопросе лекарственные препараты не следует;

- 92 (21,1%; 95% ДИ 17,36 – 25,24) – что указанные препараты следует исключить;
- 127 (29,1%; 95% ДИ 24,90 – 33,64%) затруднились ответить.

Полученные результаты являются статистически значимыми.

3. Сталкивались ли Вы в своей практике с недоступностью противоопухолевых лекарственных препаратов для пациентов в круглосуточном стационаре, дневном стационаре в системе ОМС или с недоступностью льготного лекарственного обеспечения для лечения в амбулаторных условиях в своем субъекте Российской Федерации в 2019 – 2022 г.?

Большинство респондентов ответили, что сталкивались с недоступностью противоопухолевых лекарственных препаратов (таблица 6.4). Полученные результаты являются статистически значимыми, так как доверительный интервал для доли респондентов, ответивших «да, сталкивались», не пересекается с доверительным интервалом для доли, выбравших вариант «нет, не сталкивался».

4. Сталкивались ли Вы в своей практике с ограничением выделяемых объемов медицинской помощи при ее оказании по профилю «онкология» в условиях круглосуточного стационара или дневного стационаров в 2019 – 2022 гг.?

Превалирующая доля респондентов ответила, что сталкивалась с ограничением объемов медицинской помощи, оказываемой при проведении противоопухолевой лекарственной терапии как в круглосуточном, так и в дневном стационарах (таблица 6.5). Полученные результаты статистически значимы.

Для хирургического лечения, лучевой терапии и химиолучевой терапии превалирующая доля респондентов либо отметила, что не сталкивалась с ограничением, либо затруднилась с ответом. Полученные результаты статистически не значимы.

Таким образом, анализ результатов опроса о доступности противоопухолевого лечения показал, что респонденты сталкиваются с ограничением объемов медицинской помощи по профилю «онкология» для

Таблица 6.4 – Результаты оценки респондентами недоступности противоопухолевых лекарственных препаратов по условиям оказания медицинской помощи

Условия оказания медицинской помощи	"Да, сталкивался"			"Нет, не сталкивался"			"Затрудняюсь ответить"		
	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%
Круглосуточный стационар	259	59,4	54,63 – 64,05	91	20,9	17,15 – 24,99	86	19,7	16,09 – 23,77
Дневной стационар	243	55,7	50,93 – 60,46	99	22,7	18,86 – 26,93	94	21,6	17,79 – 25,72
Амбулаторно (лекарственное обеспечение)	256	58,7	53,93 – 63,38	80	18,3	14,83 – 22,31	100	22,9	19,07 – 27,17

Таблица 6.5 – Результаты оценки респондентами ограничения выделяемых объемов медицинской помощи по профилю «онкология» в круглосуточном и дневном стационарах по видам противоопухолевого лечения

Условия оказания медицинской помощи	Вид противоопухолевого лечения	"Да, сталкивался"			"Нет, не сталкивался"			"Затрудняюсь ответить"		
		Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%	Кол-во	Доля, %	Доверительный интервал, 95%
Круглосуточный стационар	Хирургическое лечение	124	28,4	24,25 – 32,93	149	34,2	29,73 – 38,84	163	37,4	32,83 – 42,11
	Противоопухолевая лекарственная терапия	205	47,0	42,25 – 51,82	107	24,5	20,57 – 28,86	124	28,4	24,25 – 32,93
	Лучевая терапии и химиолучевая терапия (лучевая терапии в сочетании с лекарственной терапией)	121	27,8	23,60 – 32,2	145	33,3	28,85 – 37,90	170	39,0	34,39 – 43,75
Дневной стационар	Хирургическое лечение	93	21,3	17,58 – 25,48	154	35,3	30,83 – 40,01	189	43,3	38,64 – 48,15
	Противоопухолевая лекарственная терапия	178	40,8	36,17 – 45,60	117	26,8	22,73 – 31,26	141	32,3	27,97 – 36,95
	Лучевая терапии и химиолучевая терапия (лучевая терапии в сочетании с лекарственной терапией)	97	22,2	18,43 – 26,45	152	34,9	30,39 – 39,54	187	42,9	38,19 – 47,69

противоопухолевой лекарственной терапии как в круглосуточном, так и в дневном стационарах в системе ОМС в 2019 – 2022 гг.

При этом врачи-онкологи и врачи-радиотерапевты отмечают недоступность противоопухолевых лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи по системе ОМС в круглосуточном и дневном стационарах и амбулаторно, по программе льготного лекарственного обеспечения. Респонденты при назначении пероральных лекарственных препаратов в рамках системы ОМС в дневном стационаре сталкиваются со сложностями, вызванными ограниченным финансированием, но в то же время считают, что исключать пероральные противоопухолевые лекарственные препараты из перечня схем противоопухолевой лекарственной терапии, применение которых возможно в дневном стационаре, не следует.

Далее респондентам было задано пять вопросов, позволяющих оценить отношение к системе финансирования противоопухолевой терапии.

1. По Вашему мнению, из каких источников должно производиться финансирование лекарственного обеспечения противоопухолевыми лекарственными препаратами при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях?

Респонденты дали следующие ответы:

- 137 (31,4%; 95% ДИ 27,09 – 36,01) считают, что финансирование должно осуществляться из бюджета субъекта Российской Федерации (так же, как и в настоящее время, но с увеличением объема финансовых средств);
- 130 (29,8%; ДИ 25,56 – 34,35) – из федерального бюджета;
- 98 (22,5%; ДИ 18,64 – 26,69) – через систему ОМС»;
- 71 (16,3%; ДИ 12,94 – 20,09) – затруднился ответить.

Полученные результаты статистически не значимы.

2. По Вашему мнению, оказывает ли влияние на выбор схемы противоопухолевого лечения при оказании медицинской помощи ее

профицитность (затраты на оказание медицинской помощи меньше тарифа) или дефицитность (затраты на оказание медицинской помощи выше тарифа) в модели КСГ?

Респонденты дали следующие ответы:

- 162 (37,2%; 95% ДИ 32,61 – 41,88), превалирующая доля респондентов, ответили положительно, выбрав вариант «определенно да»;
- 147 (33,7%; 95% ДИ 29,29 – 38,37) – «скорее да»;
- 40 (9,2%; 95% ДИ 6,64 – 12,28) – «скорее нет»;
- 81 (18,6%; 95% ДИ 15,04 – 22,55) – «затрудняюсь ответить».

Положительные ответы респондентов статистически значимы.

3. По Вашему мнению, каким образом должно осуществляться финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при онкологических заболеваниях?

Респонденты дали следующие ответы:

- 165 (37,8%; 95% ДИ 33,27 – 42,58), то есть превалирующая доля респондентов, считают, что финансирование должно осуществляться по законченным случаям госпитализации по КСГ;
- 123 (28,2%; 95% ДИ 24,03 – 32,69) – по смете (бюджетное финансирование);
- 47 (10,8%; 95% ДИ 8,03 – 14,08) – по средней стоимости профиля (клинико-профильной группе);
- 98 (22,5%; 95% ДИ 18,64 – 26,69) затруднились ответить;
- 3 (0,7%; 95% ДИ 0,14 – 2,00) выбрали вариант «другое» (по факту выполненных процедур или медицинских услуг).

Полученные результаты статистически значимы.

4. По Вашему мнению, увеличение количества противоопухолевых лекарственных препаратов в перечне ЖНВЛП приводит к дефициту бюджета субъектов Российской Федерации?

Респонденты дали следующие ответы:

- 166 (38,1%; 95% ДИ 33,50 – 42,81), превалирующая доля респондентов, затруднились ответить;
- 139 (31,9%; 95% ДИ 27,53 – 36,48) отметили, что увеличение количества лекарственных препаратов приводит к дефициту бюджета;
- 131 (30,0%; 95% ДИ 25,78% – 34,59) – что не приводит к дефициту бюджета.

Полученные результаты статистически не значимы.

5. *По Вашему мнению, какой подход к включению противоопухолевых лекарственных препаратов в перечень ЖНВЛП является правильным?*

Респонденты дали следующие ответы:

- 231 (53,0%; 95% ДИ 48,18 – 57,75), превалирующая доля, полагает, что следует ограничить включение препаратов в перечень ЖНВЛП, но при этом гарантировать стопроцентную доступность включенных в перечень препаратов для всех пациентов;
- 62 (14,2%; 95% ДИ 11,08 – 17,86) – что надо включать препараты в перечень, но не нужно гарантировать стопроцентную доступность (декларативный подход);
- 40 (9,2%; 95% ДИ 6,64 – 12,28) – что следует включать препараты в перечень, но в то же время гарантировать доступность на условиях соплатежа со стороны пациента;
- 103 (23,6%; 95% ДИ 19,71 – 27,09) затруднились ответить.

Полученные результаты статистически значимы.

Таким образом, мнения врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов относительно источников финансирования лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях противоопухолевыми лекарственными препаратами разделились: часть респондентов полагает, что источником финансирования должен быть бюджет субъекта Российской Федерации, другая часть – что федеральный бюджет, третья часть – что система ОМС. Врачи-онкологи и врачи-радиотерапевты отметили, что финансирование медицинских организаций,

оказывающих медицинскую помощь при онкологических заболеваниях, должно осуществляться по законченным случаям госпитализации по КСГ, то есть в той форме, в какой это реализуется сегодня в системе здравоохранения. Стоит подчеркнуть, что, по мнению респондентов, на выбор схемы противоопухолевой лекарственной терапии влияет ее профицитность – затраты на оказание медицинской помощи с применением схемы меньше тарифа. Врачи-онкологи и врачи-радиотерапевты не сошлись во мнениях и по вопросу о том, влияет ли расширение перечня ЖНВЛП на дефицит бюджета субъекта Российской Федерации. Однако респонденты считают, что правильным принципом формирования перечня ЖНВЛП будет ограничение включения лекарственных препаратов в перечень, притом с гарантией стопроцентной доступности для всех пациентов препаратов из перечня ЖНВЛП.

Последний вопрос анкеты был нацелен на оценку врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами доступности медицинской помощи при онкологических заболеваниях: *по Вашему мнению, стала ли доступнее медицинская помощь для пациентов, страдающих ЗНО, в 2019 – 2022 гг.?*

Респонденты дали следующие ответы:

- 322 (73%; 95% ДИ 69,46 – 77,92), превалирующая доля респондентов, отметили, что помощь стала доступнее;
- 68 (15,6%; 95% ДИ 12,32 – 19,35) – что помощь не стала доступнее;
- 46 (10,6%; 95% ДИ 7,84 – 13,82) затруднились ответить.

Полученные результаты статистически значимы.

На основе результатов анкетирования можно констатировать, что 99,5% врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов используют в своей практике клинические рекомендации, 84,7% – клинические рекомендации АОР, размещенные в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России и на сайтах ассоциаций специалистов, но при этом 81% от общего количества

опрошенных обращается к практическим рекомендациям RUSSCO. Респонденты положительно оценивают предложенные изменения, заключающиеся во включении нового классификационного критерия «схема лекарственной терапии» и в увеличении количества групп КСГ. Более того, респонденты считают, что количество групп КСГ следует увеличить, но в целом оценивают тарифы в системе ОМС для противоопухолевого лечения как достаточные. Результаты анкетирования показывают, что в период с 2019 по 2022 гг. врачи-онкологи и врачи-радиотерапевты в клинической практике сталкивались с ограничением доступности противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационаров и по программе лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях. По вопросам, связанным с оптимальными источниками финансирования лекарственного обеспечения и с принципами финансирования медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь, респонденты высказались в пользу реализуемых сегодня в системе здравоохранения подходов. Стоит отметить, что врачи-онкологи и врачи-радиотерапевты считают правильным подход, требующий ограничивать включение противоопухолевых лекарственных препаратов в перечень ЖНВЛП, но при этом гарантировать стопроцентную доступность для всех пациентов лекарственных препаратов из перечня ЖНВЛП. Данный подход в настоящее время в системе здравоохранения не реализуется.

Результаты опроса дали понять, что респонденты отмечают повышение уровня доступности медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения в 2019 – 2022 гг. для пациентов, страдающих ЗНО.

Таким образом, можно считать, что по профилю «онкология» клинические рекомендации являются действенным инструментом внедрения в клиническую практику научно обоснованных методов противоопухолевого лечения, несмотря на то что не все респонденты используют для ознакомления с клиническими рекомендациями Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России, а часть респондентов обращается к практическим рекомендациям RUSSCO.

Актуализация модели КСГ, применяемой для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, позволила сделать модель более понятной, более адекватной затратам, а значит, и повысить доступность медицинской помощи при применении определенных методов противоопухолевого лечения.

ГЛАВА 7. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

7.1. Прогнозирование объемов медицинской помощи для планирования потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг.

Прогнозирование объемов медицинской помощи на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг. с целью планирования потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях в соответствии с клиническими рекомендациями было проведено для 17 онкологических заболеваний, для которых в 2023 г. суммарная потребность в финансовых ресурсах, рассчитанная по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций, составляла не менее 95% от общей финансовой потребности (таблица 7.1).

Таблица 7.1 – Перечень онкологических заболеваний, для которых в 2023 г. суммарная потребность в финансовых ресурсах, рассчитанная по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций, составляла не менее 95% от общей финансовой потребности

Онкологические заболевания	Доля от суммарной расчетной потребности в финансовых ресурсах, %
Злокачественное новообразование бронхов и легкого	18,6
Рак молочной железы	15,9
Меланома кожи и слизистых оболочек	10,2
Рак паренхимы почки	9,0
Злокачественные новообразования ободочной кишки и ректосигмоидного отдела	5,9
Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины	5,6
Рак тела матки и саркомы матки	5,4
Базальноклеточный рак кожи	4,0
Рак прямой кишки	4,0
Рак желудка	3,7
Рак предстательной железы	3,5

продолжение таблицы 7.1

Онкологические заболевания	Доля от суммарной расчетной потребности в финансовых ресурсах, %
Рак мочевого пузыря	3,3
Рак шейки матки	2,2
Рак поджелудочной железы	1,5
Рак гортани	1,4
Дифференцированный рак щитовидной железы	1,0
Рак пищевода и кардии	0,7
Итого	95,6

Расчет количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой терапии для круглосуточного и дневного стационаров был произведен на основе прогноза заболеваемости ЗНО и разработанных математических моделей и стандартизированных модулей в целом по Российской Федерации и по семи субъектам. Прогнозирование проводилось для субъектов Российской Федерации, включенных в анализ изменения объемов оказания медицинской помощи в системе ОМС при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в 2017 – 2023 гг. Прогнозное количество случаев оказания медицинской помощи для периода с 2025 по 2030 гг. на 100 тыс. застрахованных представлено в таблице 7.2.

Таблица 7.2 – Прогнозное количество случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой терапии в 2025 – 2030 гг. на 100 тыс. застрахованных граждан

Условия оказания медицинской помощи	Субъект Российской Федерации	2025 год	2026 год	2027 год	2028 год	2029 год	2030 год
Дневной стационар	Российская Федерация	2 181	2 227	2 272	2 317	2 361	2 407
	Белгородская область	2 137	2 188	2 237	2 287	2 337	2 388
	Липецкая область	2 064	2 095	2 125	2 159	2 189	2 219
	Пензенская область	2 531	2 587	2 639	2 695	2 749	2 805
	Республика Татарстан	2 101	2 137	2 175	2 200	2 235	2 272
	Свердловская область	1 927	1 952	1 976	2 002	2 027	2 053
	Хабаровский край	2 175	2 240	2 289	2 353	2 403	2 468
	Челябинская область	2 581	2 645	2 733	2 791	2 881	2 946

продолжение таблицы 7.2

Условия оказания медицинской помощи	Субъект Российской Федерации	2025 год	2026 год	2027 год	2028 год	2029 год	2030 год
Круглосуточный стационар	Российская Федерация	1 418	1 444	1 469	1 494	1 520	1 545
	Белгородская область	1 421	1 452	1 483	1 515	1 545	1 578
	Липецкая область	1 343	1 357	1 371	1 385	1 400	1 412
	Пензенская область	1 665	1 702	1 736	1 773	1 807	1 846
	Республика Татарстан	1 415	1 442	1 472	1 489	1 516	1 545
	Свердловская область	1 288	1 305	1 321	1 339	1 355	1 373
	Хабаровский край	1 421	1 458	1 488	1 524	1 555	1 592
	Челябинская область	1 696	1 735	1 796	1 829	1 891	1 930

Из таблицы 7.2. следует, что как в целом по Российской Федерации, так и по семи субъектам, согласно прогнозу, в 2025 – 2030 гг. будет расти количество случаев оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационаре. По результатам расчета было получено наибольшее число на 100 тыс. застрахованных для дневного стационара в Челябинской области, которое в 2025 г. составит 2581 случай госпитализации, а в 2030 г. – 2 946. При этом среднее российское прогнозное количество случаев госпитализации для 2025 г. будет таким: в круглосуточном стационаре – 1 418, в дневном стационаре – 2 181; а в 2030 г. – 1 545 и 2407 соответственно.

Анализ роста количества случаев в 2030 г. по сравнению с 2025 г. в субъектах Российской Федерации выявил неравномерный рост относительно увеличения количества случаев по России (рисунок 7.1).

Рост количества случаев ниже среднего российского был получен для круглосуточного стационара в Липецкой, Свердловской, Пензенской областях и Хабаровском крае, а рост выше среднего российского – в Белгородской, Челябинской областях и Республике Татарстан. При этом в дневном стационаре во всех анализируемых субъектах, кроме Челябинской области, был отмечен рост количества случаев ниже среднего российского.

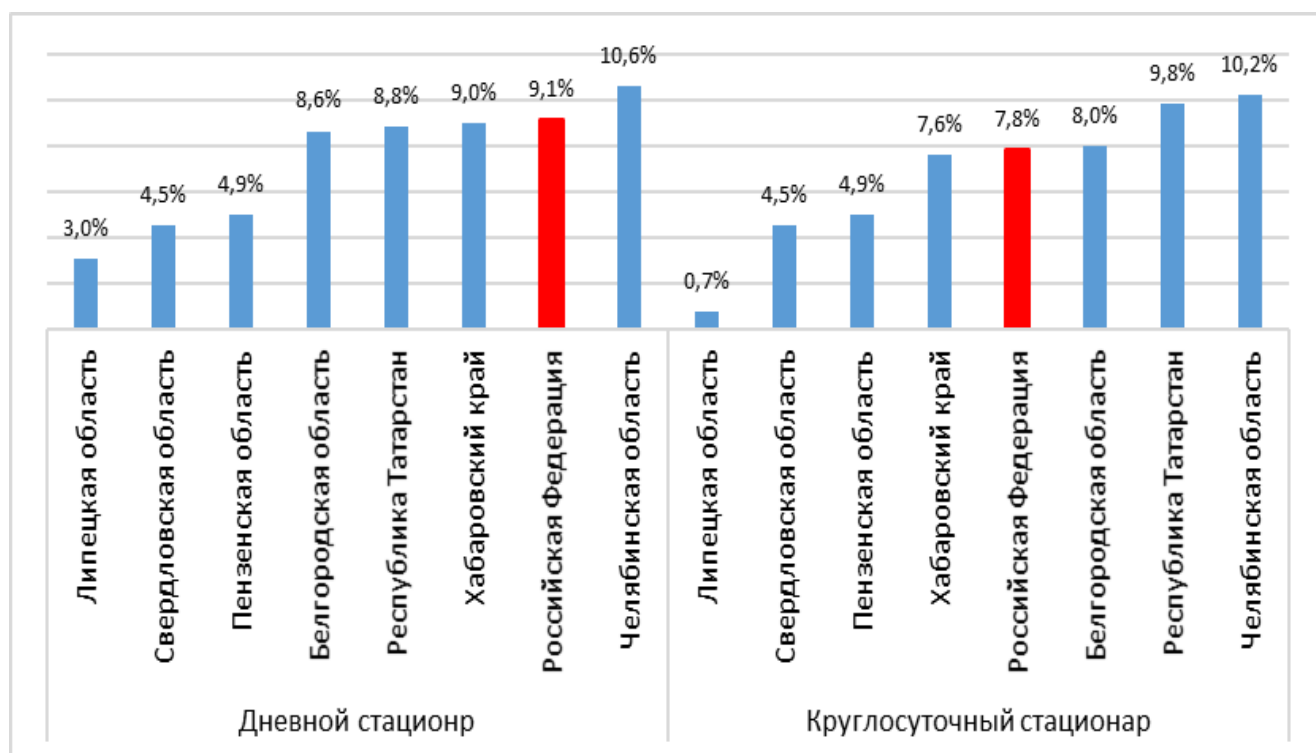
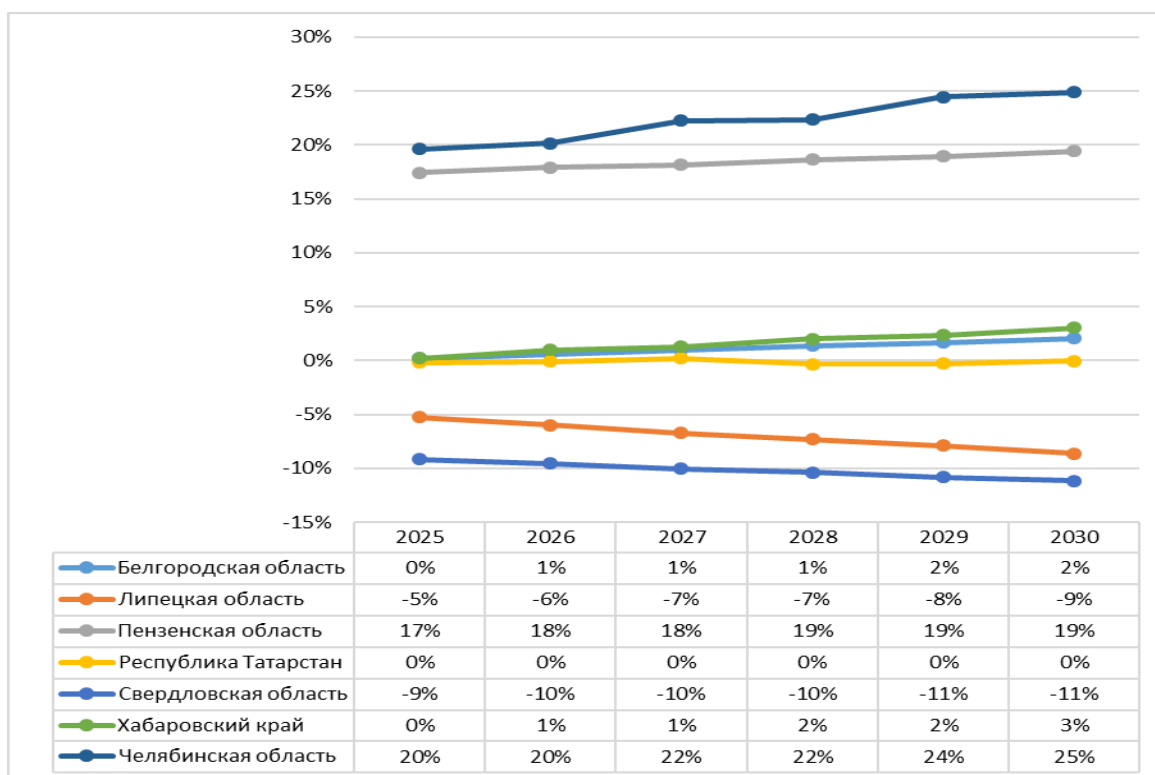
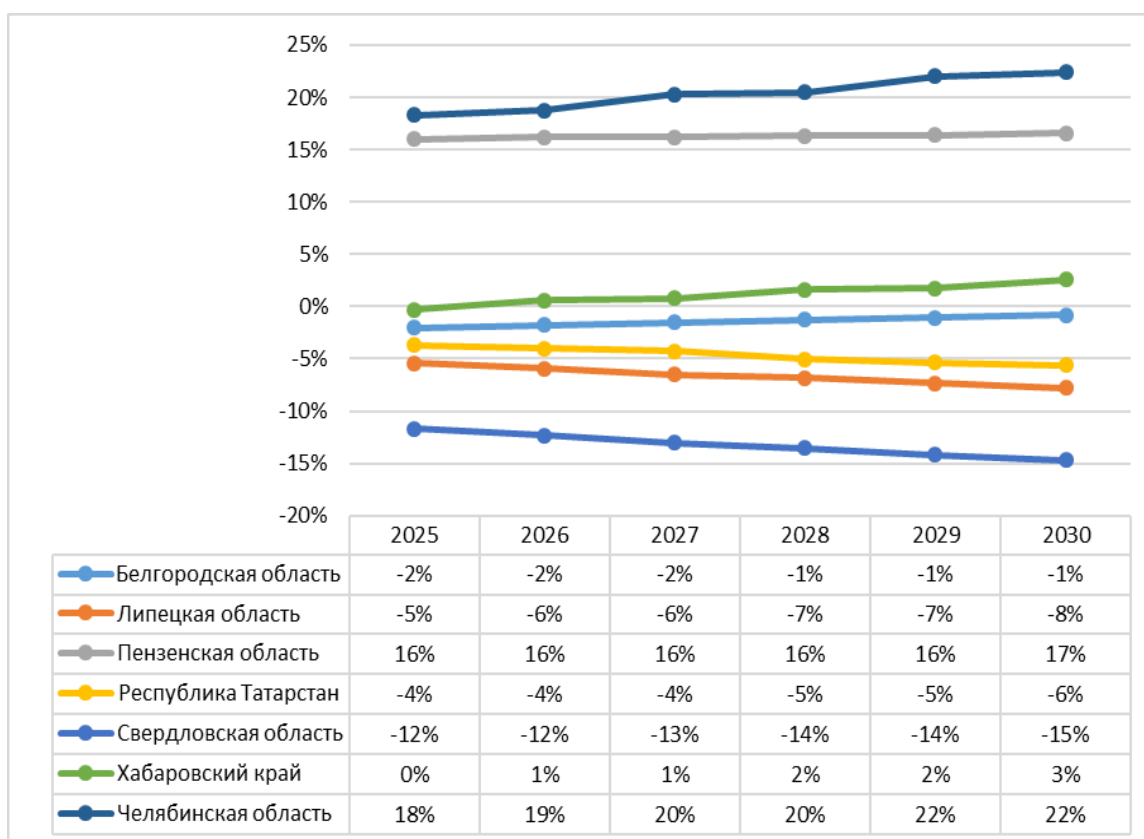


Рисунок 7.1 – Рост прогнозного количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения в 2030 г. по сравнению с 2025 г. для круглосуточного и дневного стационаров, %

Выполненный для 2025 – 2030 гг. анализ отклонения прогнозного количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения в субъекте Российской Федерации на одного застрахованного от среднего российского количества случаев в круглосуточном и дневном стационарах (рисунок 7.2) показал, что в круглосуточном стационаре во всех субъектах Российской Федерации, кроме Липецкой и Свердловской областей, будет наблюдаться положительное отклонение, то есть превышение среднего российского количества случаев. В дневном стационаре отклонение количества случаев в положительную сторону от среднего российского будет происходить только в трех субъектах Российской Федерации (Пензенской и Челябинской областях, Хабаровском крае). При анализе отклонения по годам была отмечена его неравномерность. Максимальный рост отклонения от среднероссийского для периода с 2025 по 2030 гг. был получен в круглосуточном стационаре в Челябинской области (25%), а минимальный – в Белгородской (2%).



А.



Б.

Рисунок 7.2 – Отклонения прогнозного количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения в субъекте Российской Федерации на одного застрахованного от среднего российского для 2025 – 2030 гг. в круглосуточном (А) и дневном (Б) стационарах, %

В дневном стационаре максимальный рост отклонения был отмечен тоже в Челябинской области – 12%, а минимальный, в размере 1%, также в Белгородской области.

В результате расчета прогнозной финансовой потребности для 2025 – 2030 гг. как в целом по Российской Федерации, так и по семи субъектам было выявлено, что в среднем увеличение финансовой потребности в Российской Федерации в 2023 г. по сравнению с 2025 г. составит 14,6% (76,3 млрд руб.), максимальное увеличение потребности произойдет в Челябинской области – 16,9% (2 401 млн руб.), минимальное – в Липецкой области – 6,9 % (271 млн руб.). Рост прогнозной потребности в финансовом обеспечении проведения противоопухолевого лечения в 2023 г. по сравнению с 2025 г. представлен на рисунке 7.3.

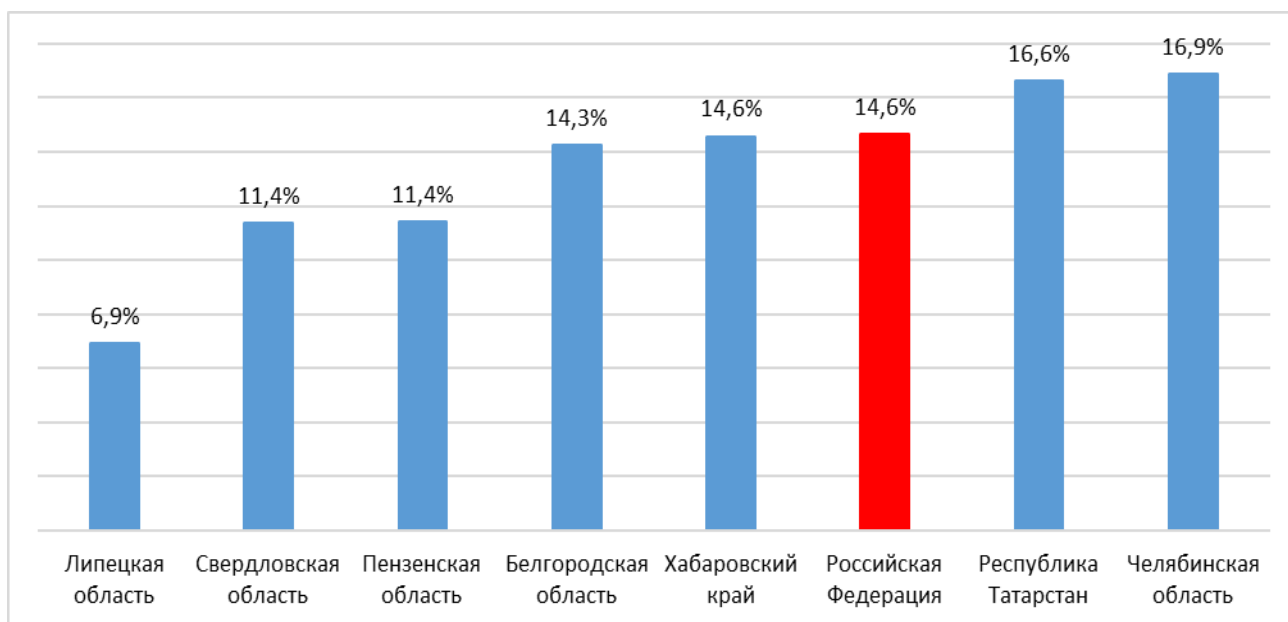


Рисунок 7.3 – Рост прогнозной потребности в финансовом обеспечении проведения противоопухолевого лечения в 2030 г. по сравнению с 2025 г., %

Оценка прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при противоопухолевой терапии на одного застрахованного показала, что максимальное значение будет наблюдаться в Пензенской области (4 242 руб.) в 2025 г. и в Челябинской области в 2030 г. (5 036 руб.), а минимальное в 2025 г. и в 2030 г. – в Свердловской области (3 352 руб. и 3 808 руб.

соответственно). При этом среднее российской значение в 2025 г. составит 3 616 руб., а в 2030 г. – 4 191 руб. (таблица 7.3).

Таблица 7.3 – Потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при противоопухолевой терапии на одного застрахованного в 2025 – 2030 гг.

	Финансовая потребность на одного застрахованного, руб.					
	2025 год	2026 год	2027 год	2028 год	2029 год	2030 год
Российская Федерация	3 616	3 735	3 843	3 955	4 071	4 191
Свердловская область	3 352	3 448	3 531	3 622	3 711	3 808
Пензенская область	4 242	4 402	4 534	4 688	4 829	4 991
Хабаровский край	3 783	3 937	4 067	4 215	4 355	4 514
Челябинская область	4 173	4 328	4 523	4 663	4 874	5 036
Липецкая область	3 486	3 572	3 641	3 730	3 807	3 890
Белгородская область	3 705	3 838	3 960	4 088	4 215	4 353
Республика Татарстан	3 528	3 645	3 753	3 857	3 970	4 088

На рисунке 7.4 представлены результаты расчета изменения прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи в 2030 г. по сравнению с 2025 г. для двух онкологических заболеваний, требующих на проведение противоопухолевого лечения не менее 35% от прогнозной финансовой потребности для Российской Федерации в 2025 г.: злокачественного новообразования бронхов и легкого, рака молочной железы.

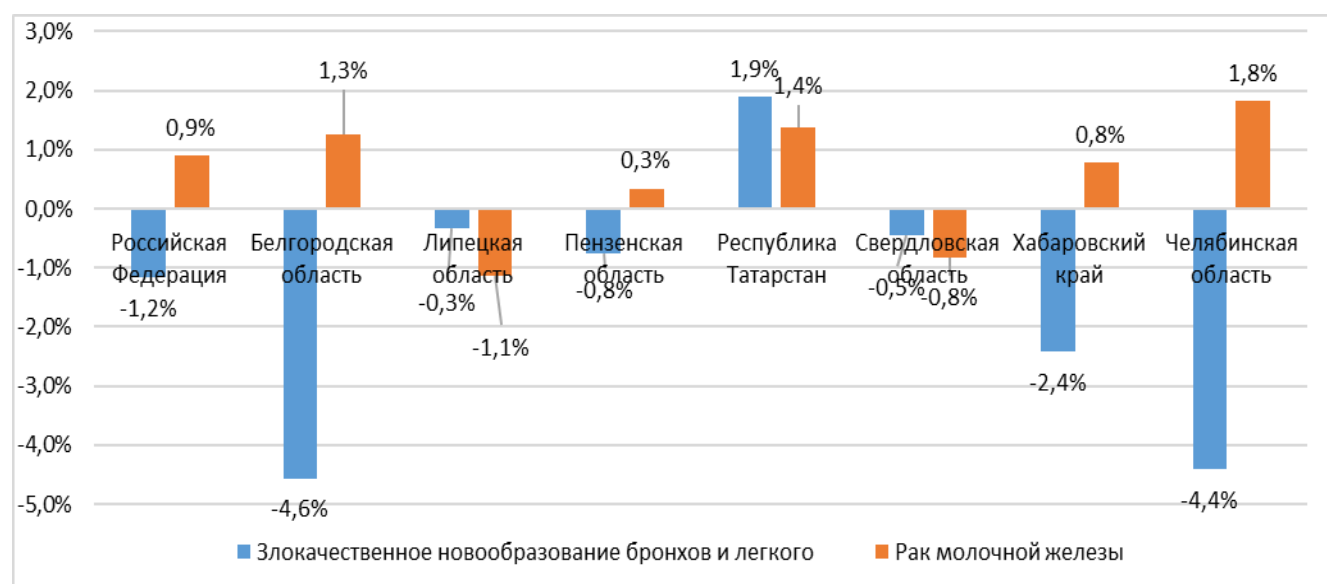


Рисунок 7.4 – Изменение потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи в 2030 г. по сравнению с 2025 г. при двух онкологических заболеваниях, требующих для проведения противоопухолевого лечения не менее 35% от общей финансовой потребности в 2025 г., %

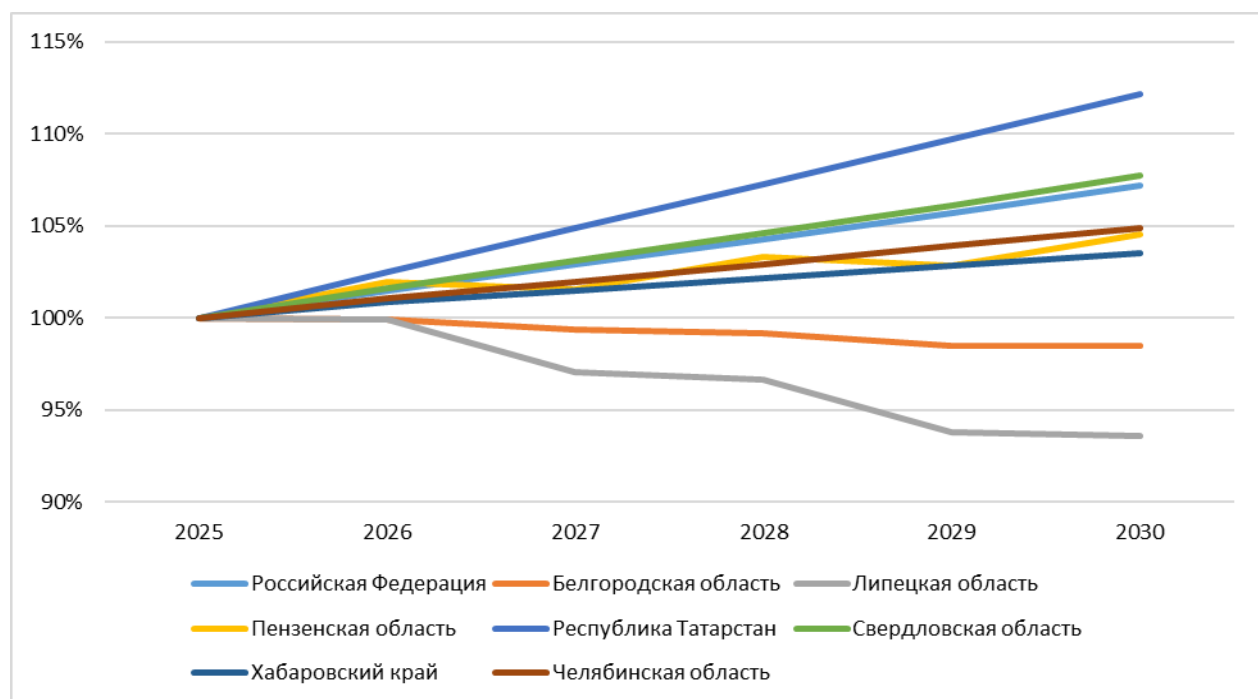
Как следует из рисунка 7.4, если для Российской Федерации в целом изменение прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи в 2030 г. по сравнению с 2025 г. при ЗНО бронхов и легкого, рака молочной железы не превысит $\pm 1,5\%$, то в отдельных субъектах Российской Федерации изменение составит немногим более 4%.

Так, в Липецкой области к 2030 году произойдет снижение прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при ЗНО легкого на 4,6%, в Челябинской области – на 4,4%. В то же время в этих субъектах вырастет прогнозная потребность при раке молочной железы. Результаты среднесрочного прогноза потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи в субъектах Российской Федерации показали, что будет происходить неравномерный рост потребности или даже ее снижение в отдельных субъектах.

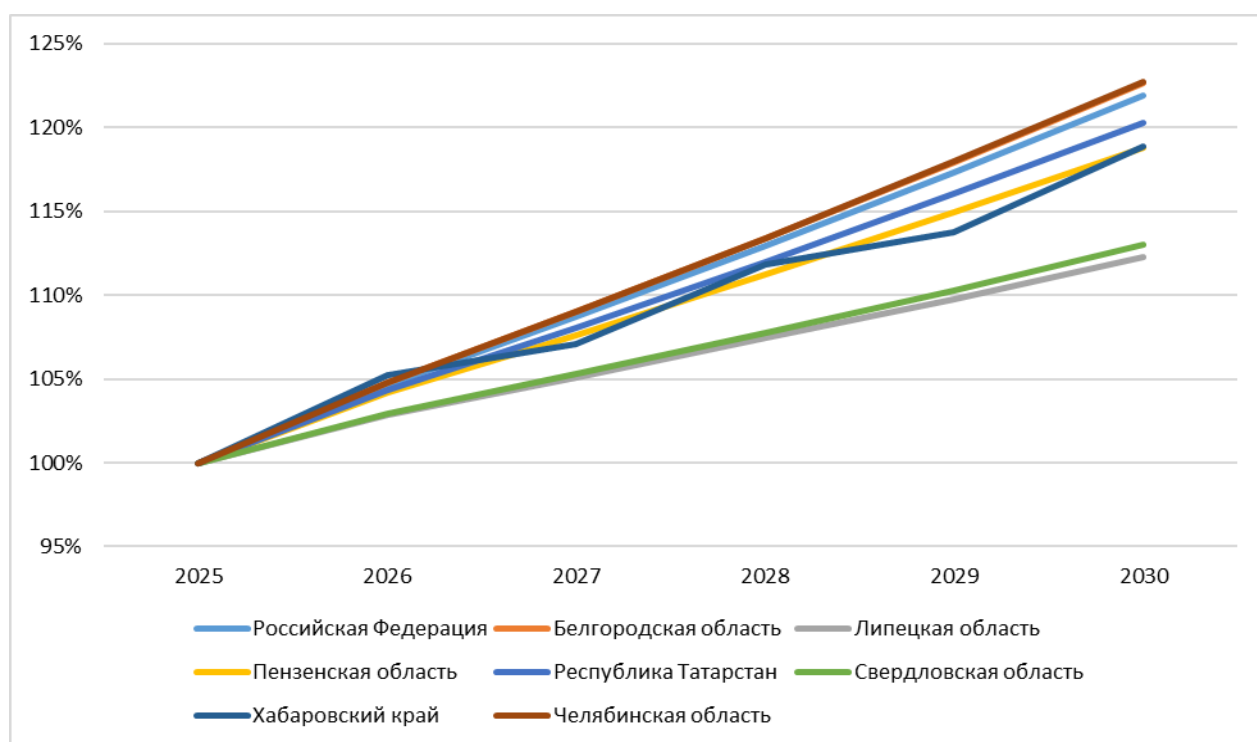
Ввиду того что расчет прогнозной потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при проведении противоопухолевой терапии для субъектов Российской Федерации не учитывал коэффициент региональной дифференциации, полученные изменения обусловлены различием уровня и структуры заболеваемости ЗНО в субъекте Российской Федерации.

При сравнении темпа роста прогнозной потребности в финансовых ресурсах на противоопухолевую терапию при отдельных заболеваниях в 2026 – 2030 гг. по отношению к 2025 г. были получены результаты, предполагающие как положительный темп роста, так и отрицательный, что также обусловлено различием в тенденциях заболеваемости между субъектами Российской Федерации.

На рисунке 7.5 представлены различия в темпах роста прогнозной потребности на примере двух наиболее ресурсоемких онкологических заболеваний: ЗНО бронхов и легкого, рака молочной железы.



А.



Б.

Рисунок 7.5 – Темп роста прогнозной потребности в финансовых ресурсах на противоопухолевую терапию при ЗНО бронхов и легкого (А), рака молочной железы (Б) в 2026 – 2030 гг. по отношению к 2025 г., %

Как следует из рисунка 7.5, для рака молочной железы был получен положительный темп роста как в целом по Российской Федерации, так и по семи субъектам. При этом для ЗНО бронхов и легкого в Российской Федерации и в пяти

субъектах темп роста положительный, в то время как в двух субъектах (Белгородской и Липецкой областях) – отрицательный.

Оценка различий изменения прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи по условиям ее оказания при проведении противоопухолевого лечения в 2030 г. по сравнению с 2025 г. (рисунок 7.6) выявила большой рост прогнозной потребности к 2030 г. для круглосуточного стационара как в целом Российской Федерации, так и в отдельных субъектах Российской Федерации. Полученные результаты логичны, так как оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара является более ресурсоемким. При этом в анализируемых субъектах Российской Федерации было отмечено отклонение прогнозной потребности в финансовом обеспечении по условиям оказания медицинской помощи от средней российской потребности и в большую, и меньшую стороны.

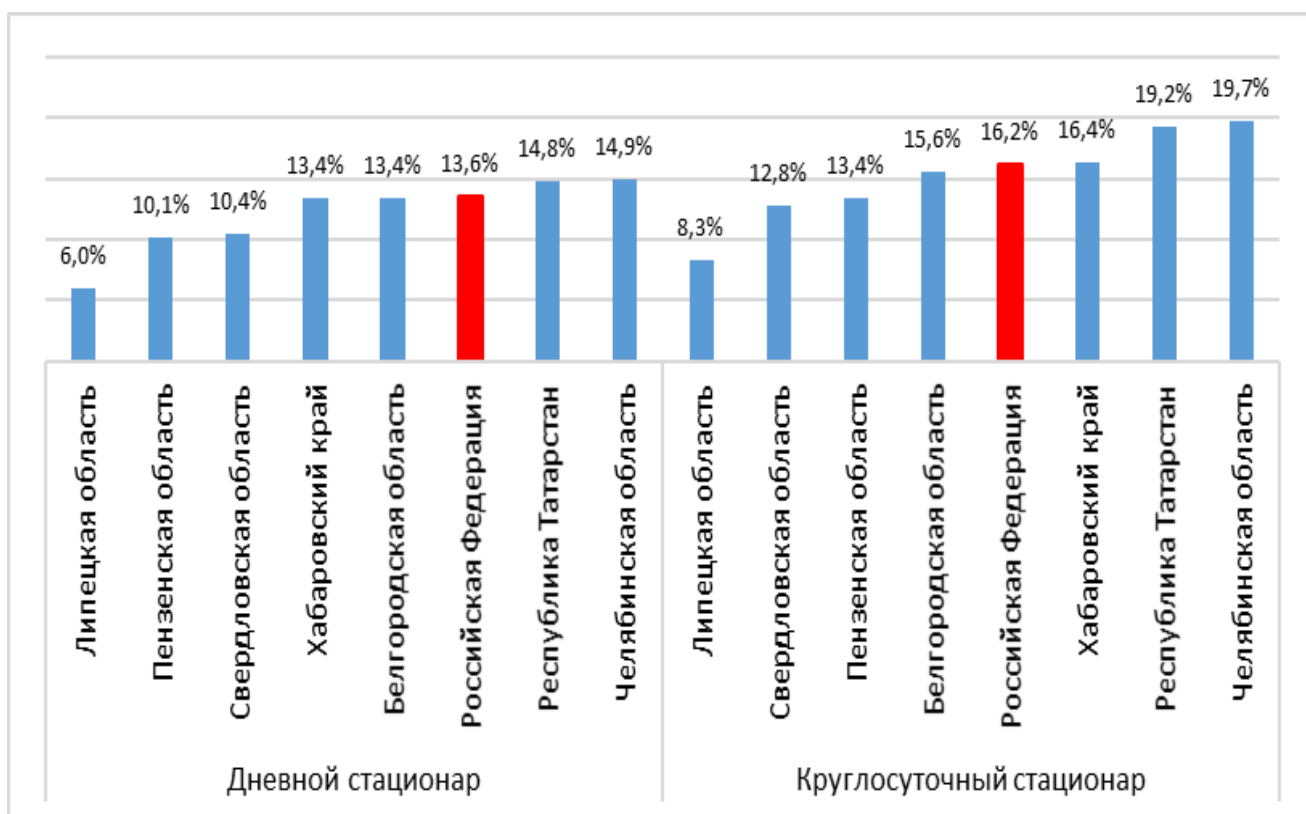


Рисунок 7.6 – Изменение прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи по условиям ее оказания при проведении противоопухолевого лечения в 2030 г. по сравнению с 2025 г. в круглосуточном и дневном стационарах, %

При анализе вклада, который внесет вид противоопухолевого лечения в изменение прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи в 2030 г. по сравнению с 2025 г., выяснилось, что как для Российской Федерации, так и для семи субъектов наибольшее значение в увеличении прогнозной потребности будут иметь хирургическое лечение (рисунок 7.7) и лучевая терапия (рисунок 7.8), наименьшее – противоопухолевая лекарственная терапия (рисунок 7.9).

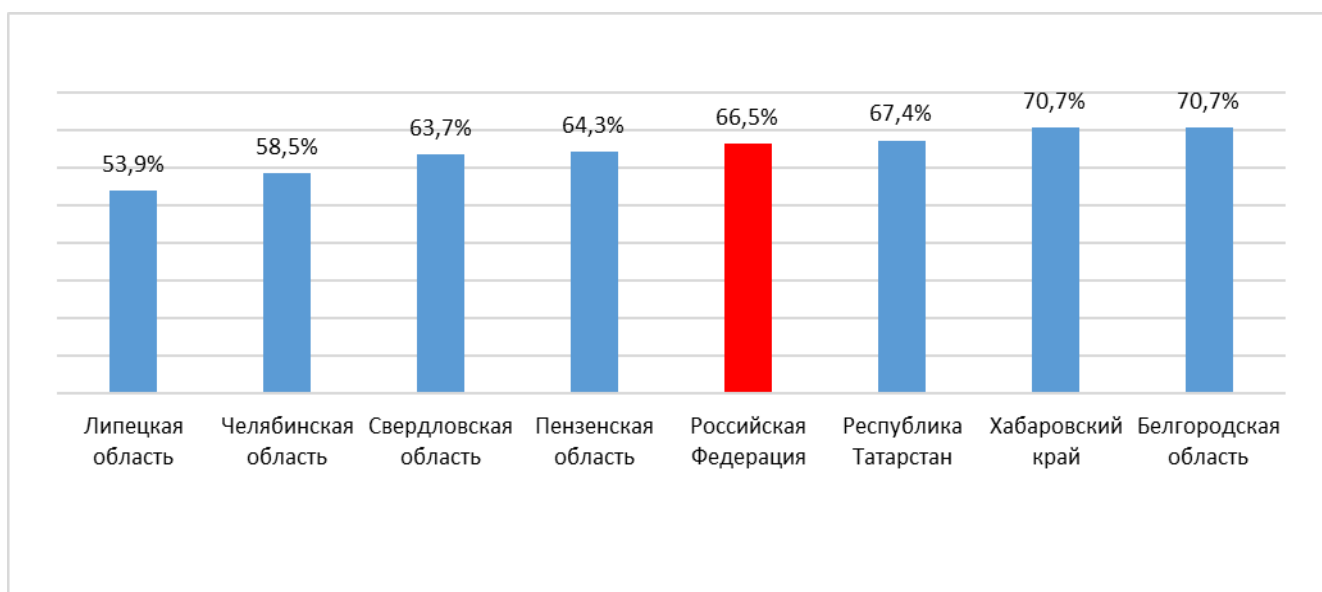


Рисунок 7.7 – Изменение потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при проведении хирургического лечения для 2030 г. по сравнению с 2025 г., %

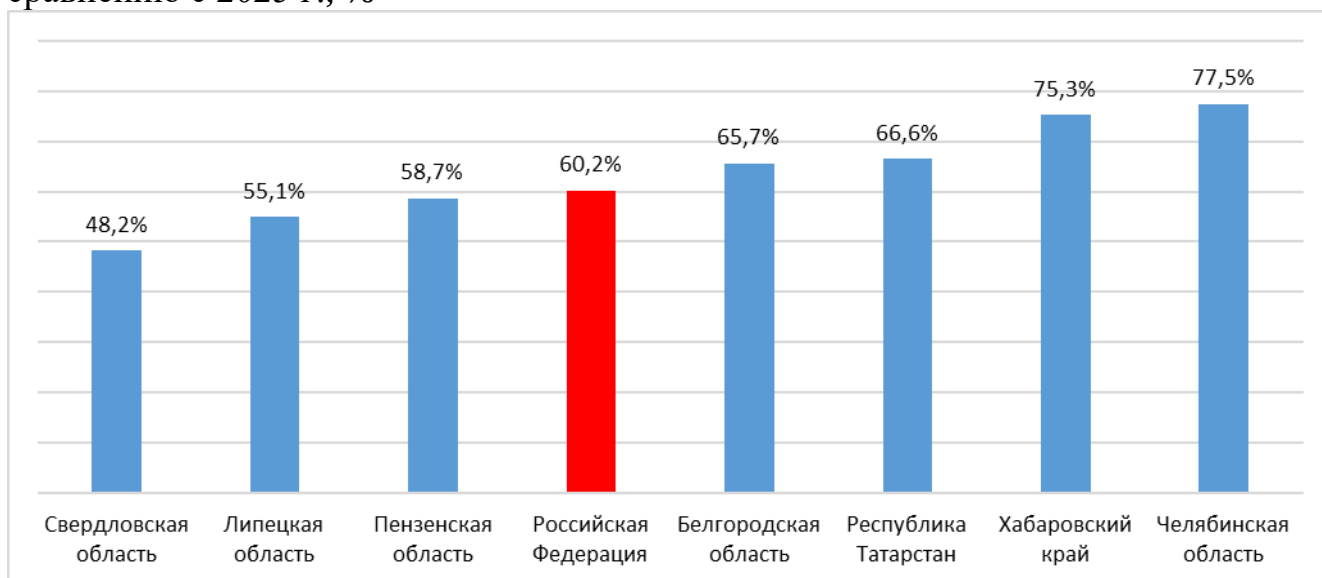


Рисунок 7.8 – Изменение потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при проведении лучевой терапии для 2030 г. по сравнению с 2025 г., %

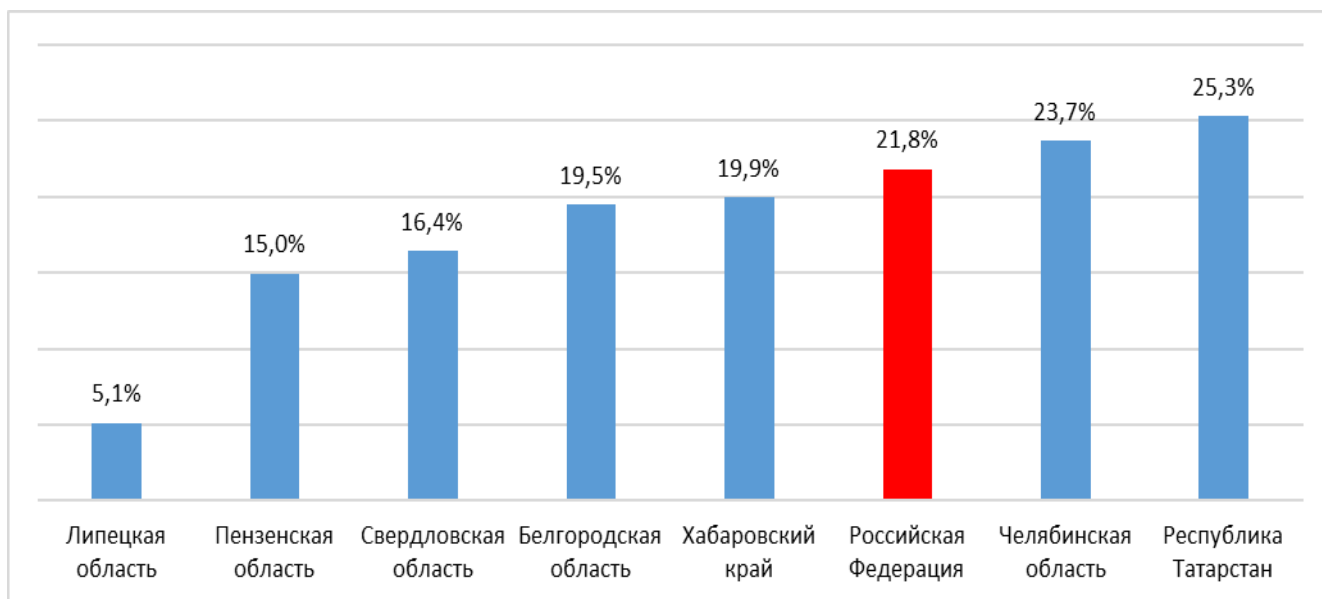


Рисунок 7.9 – Изменение потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии для 2030 г. по сравнению с 2025 г., %

Полученные результаты обусловлены различиями в структуре расчета стоимости случаев оказания медицинской помощи при разных видах противоопухолевого лечения, в том числе разницей в затратах на заработную плату медицинского персонала при хирургическом лечении и лучевой терапии.

При этом в целом в структуре прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения в 2030 г. как по Российской Федерации, так и по отдельным субъектам наибольшая доля, около 80%, будет приходиться на противоопухолевую лекарственную терапию (рисунок 7.10). Полученные различия в структуре прогнозной потребности по видам противоопухолевого лечения обусловлены разницей в структуре заболеваемости ЗНО.

Таким образом, результаты прогнозирования объемов медицинской помощи для планирования потребности в финансовом обеспечении противоопухолевого лечения по клиническим рекомендациям на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг. продемонстрировали увеличение количества случаев оказания медицинской помощи и, следовательно, увеличение финансовой потребности как в целом для

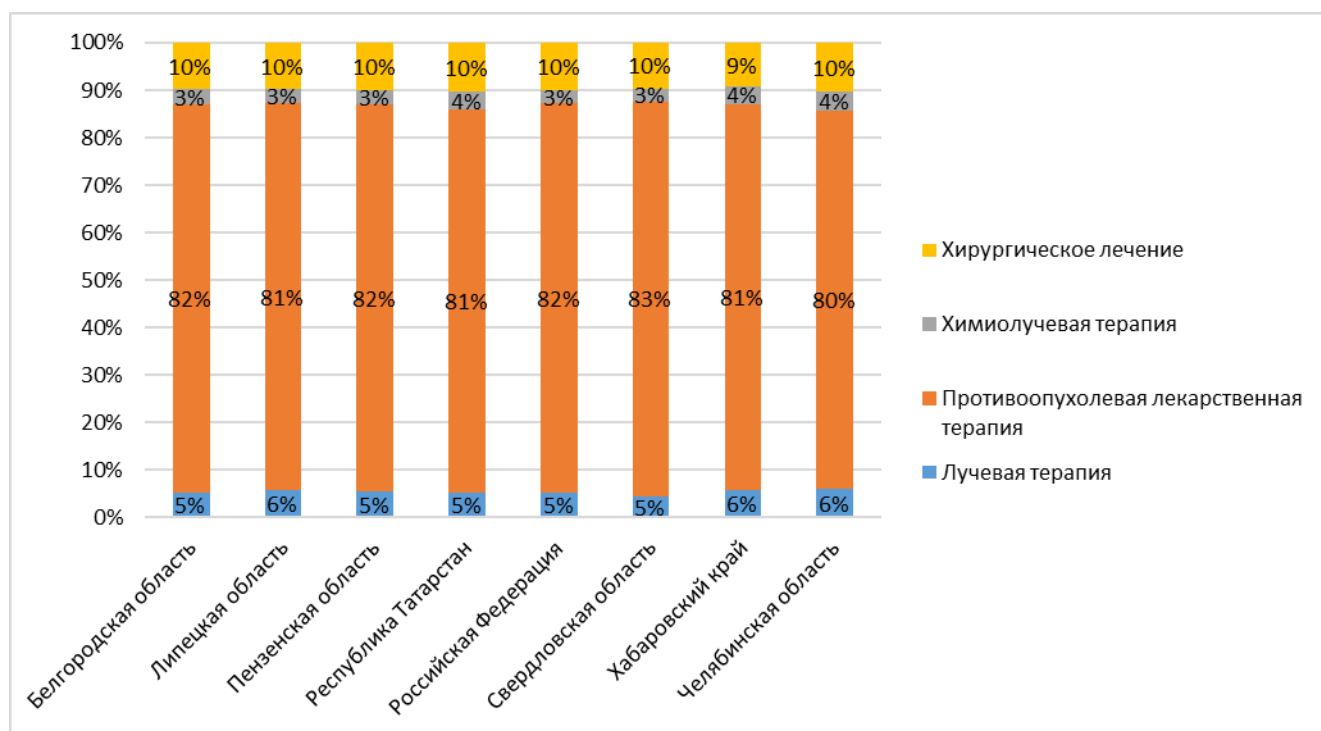


Рисунок 7.10 – Структура прогнозной потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения в 2030 г., %

Российской Федерации, так и для семи субъектов, включенных в анализ. Полученные расхождения в прогнозных объемах количества случаев и объемах финансирования для субъектов Российской Федерации и для всей Российской Федерации обусловлены разницей в структуре заболеваемости ЗНО. Следует отметить, что при условии сохранения тенденции к изменению заболеваемости различия между субъектами Российской Федерации в потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения по клиническим рекомендациям, а также отклонение от средней российской потребности будут только увеличиваться. В связи с этим необходимо пересмотреть принципы выделения направленной на реализацию оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций субвенции для финансового обеспечения оказания медицинской помощи по ОМС в субъектах Российской Федерации. В то же время требуется ежегодная корректировка прогноза ввиду возможного изменения показателей заболеваемости ЗНО, а также ее структуры в субъектах Российской Федерации.

7.2. Предложения по планированию финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи

В настоящее время ПГГ в системе здравоохранения является основным документом, определяющим как гарантированный объем медицинской помощи, предоставляемый пациентам безвозмездно, так и источники финансового обеспечения. Формирование ПГГ осуществляется на основе сведений о ресурсном обеспечении и об оказанной медицинской помощи в предыдущие годы с поправкой на инфляцию. Однако с 2022 г. при формировании ПГГ также должны учитываться клинические рекомендации, что требует совершенствования методики планирования ПГГ. Актуальность пересмотра принципов планирования ПГГ обусловлена тем, что сложившаяся практика оказания медицинской помощи, например, применяемые методы лечения, может не соответствовать ни реальной потребности населения, ни клиническим рекомендациям. Планирование ПГГ по данным прошлых лет не позволяет выстраивать систему финансирования оказания медицинской помощи, способствующую внедрению клинических рекомендаций в практику.

Для решения задачи формирования ПГГ на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи необходимо выстраивание связей между содержанием тезис-рекомендаций клинических рекомендаций и компонентами стандартов медицинской помощи, а также проведение экономических расчетов, в том числе для совершенствования методов оплаты медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, и создание системы взаимосвязи документов. Это объясняется тем, что клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи по отдельности не могут решить задачи планирования ПГГ, так как:

- 1) клинические рекомендации определяют перечень методов диагностики и лечения заболеваний, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках ПГГ;

- 2) стандарты медицинской помощи определяют финансовую потребность на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям.

Таким образом, в результате проведенного исследования становится очевидно, что формирование ПГГ на основе клинических рекомендаций может включать следующие последовательные этапы:

первый этап – разработка и утверждение МПНО клинических рекомендаций по профилю «онкология»;

второй этап – разработка на основе клинических рекомендаций стандартов медицинской помощи;

третий этап – оценка потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи, проводящаяся по стандартам медицинской помощи;

четвертый этап – пересмотр системы оплаты медицинской помощи по КСГ на основе разработанных стандартов медицинской помощи;

пятый этап – обоснование объема финансирования и нормативов ПГГ по профилю «онкология»

Первый этап предполагает сначала разработку клинических рекомендаций МПНО с прохождением процедуры экспертизы и одобрения научно-практическим советом Минздрава России и затем размещение утвержденных МПНО клинических рекомендаций в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России, как это регламентируется сегодня законодательством.

На втором этапе осуществляется разработка на основе клинических рекомендаций стандартов медицинской помощи с использованием стандартизированных модулей и математических моделей заболевания и последующее утверждение стандартов.

На третьем этапе проводится оценка потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по условиям ее оказания и в единицах планирования ПГГ.

На четвертом этапе пересматривается система оплаты медицинской помощи по КСГ, исходя из разработанных стандартов медицинской помощи: определяются

классификационные критерии модели КСГ, рассчитываются коэффициенты затратоемкости.

Пятый этап предполагает обоснование объема финансирования и нормативов ПГГ для профиля «онкология» по условиям оказания медицинской помощи.

Предложенные в данном исследовании методические подходы к разработке стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с использованием функциональных элементов – стандартизированных модулей – позволяют оценить потребность в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях по клиническим рекомендациям, а методические подходы к формированию КСГ на основе клинических рекомендаций дают возможность выстроить связь между клиническими рекомендациями и моделью КСГ посредством пересмотра классификационных критериев в модели. Формирование КСГ с использованием стандартизированных модулей (точнее, результатов расчета стоимости методов медицинских вмешательств) и количества случаев оказания медицинской помощи, полученных по математической модели, учитывающей показатели заболеваемости ЗНО, а также с применением кластерного анализа позволяют увеличить объективность и прозрачность расчета коэффициентов затратоемкости в модели КСГ и, как следствие, повысить адекватность возмещения затрат медицинским организациям при оказании медицинской помощи, поскольку при расчетах учитываются необходимые для реализации метода лечения затраты медицинских организаций.

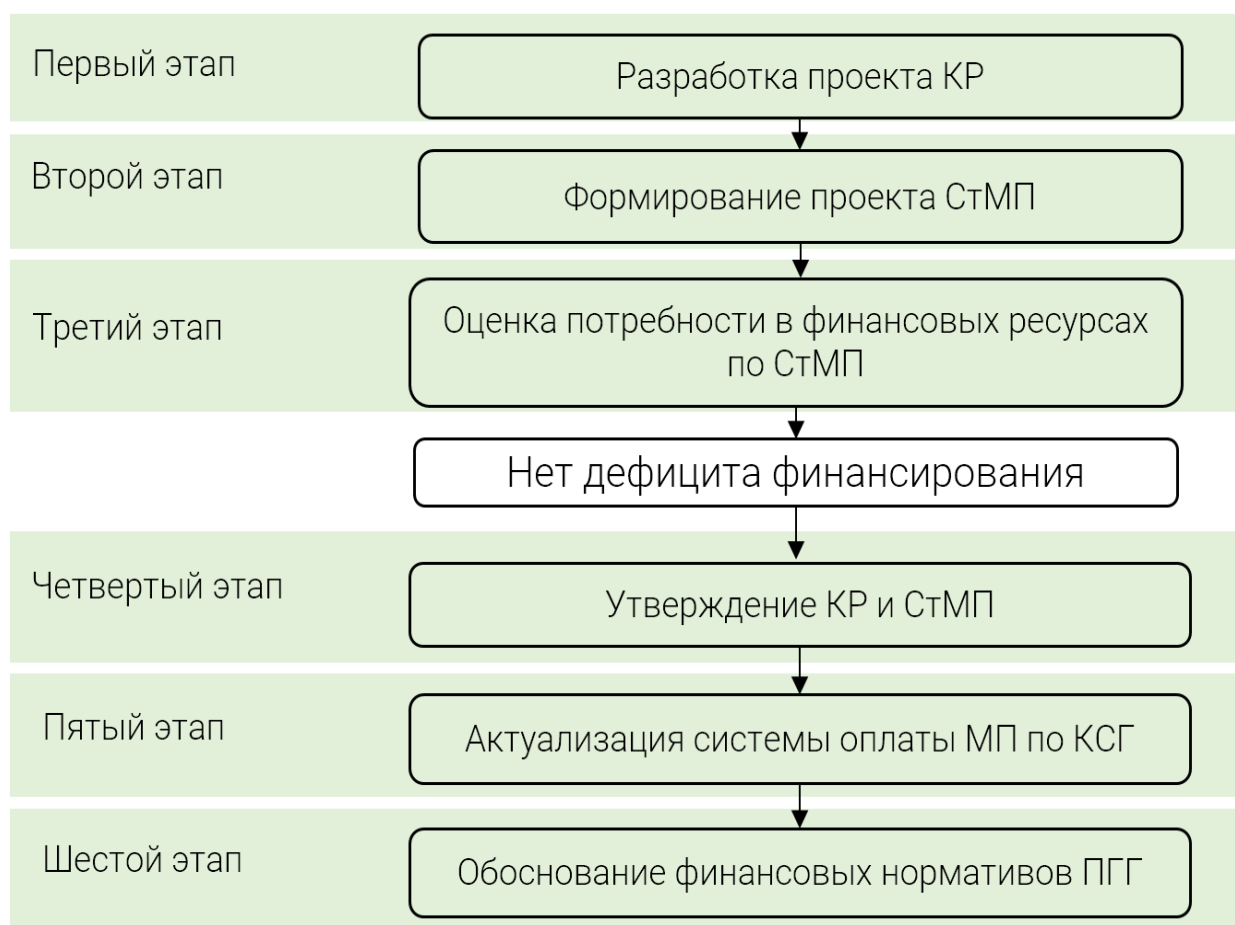
Таким образом, реализация методических подходов помогает обосновывать выделение дополнительных финансовых средств на оказание медицинской помощи с применением методов диагностики и лечения, включенных в клинические рекомендации, по ПГГ. В то же время построение экономической модели заболевания при разработке стандартов медицинской помощи дает возможность отбалансировать ПГГ, например, перераспределять методы лечения между условиями оказания медицинской помощи и, следовательно, финансовые ресурсы между источниками финансирования медицинской помощи.

Онкологические заболевания – вторая причина смерти в Российской Федерации, и реализация программы по борьбе с онкологическими заболеваниями является одним из приоритетов системы здравоохранения. Но сегодня существует дефицит финансирования, что подтверждено результатами сопоставления расчетной потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по стандартам с финансовым обеспечением ПГГ. В данном исследовании продемонстрировано, что, несмотря на выделенное дополнительное финансирование, сохраняется его дефицит, не позволяющий полноценно оказывать медицинскую помощь по клиническим рекомендациям. При этом между дефицитом финансирования ПГГ в круглосуточном стационаре и дефицитом финансирования в дневном существует диспропорция, обусловленная ростом потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в дневном стационаре. Исходя из положения о том, что в основе оказания медицинской помощи должны лежать клинические рекомендации, а стандарты медицинской помощи определяют гарантированный перечень медицинских вмешательств, для возможности оказания медицинской помощи по клиническим рекомендациям требуется увеличение объема финансирования ПГГ по профилю «онкология». Проведенное в данном исследовании прогнозирование на среднесрочный период объемов медицинской помощи для планирования потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях по клиническим рекомендациям демонстрирует увеличение финансовой потребности, вызванное ростом заболеваемости в целом по Российской Федерации. Актуализация клинических рекомендаций, как уже было отмечено в исследовании, обычно приводит к увеличению стоимости оказания медицинской помощи на один пациенто-год.

Таким образом, видится целесообразным изменение последовательности описанных выше этапов планирования ПГГ, вне зависимости от наличия или отсутствия дефицита финансирования, а также предусмотреть

дифференцированный подход к включению медицинских вмешательств в стандарты медицинской помощи с использованием инструментов оценки технологий здравоохранения.

На рисунке 7.11 представлена предлагаемые этапы планирования финансирования медицинской помощи, оказываемой по ПГГ при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций, если в системе здравоохранения имеются достаточные финансовые ресурсы и выделение дополнительных финансовых средств не ограничено.



КР – клинические рекомендации; СтМП – стандарты медицинской помощи; МП – медицинская помощь; КСГ – клинико-статистические группы заболеваний; ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Рисунок 7.11 – Этапы планирования финансирования оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях по ПГГ на основе клинических рекомендаций, при условии достаточного финансирования или отсутствия ограничений в выделении дополнительного финансирования

Как следует из рисунка 7.11, планирование финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций предполагает шесть этапов.

На первом этапе осуществляется подготовка проекта клинических рекомендаций МПНО и проведение его экспертизы.

На втором этапе разрабатываются проекты стандартов медицинской помощи на основе проекта клинических рекомендаций с использованием предложенных в данной работе методических подходов.

На третьем этапе должна проводиться оценка потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по проектам стандартов медицинской помощи с использованием стандартизированных модулей и математических моделей.

На четвертом этапе осуществляется утверждение клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи одновременно.

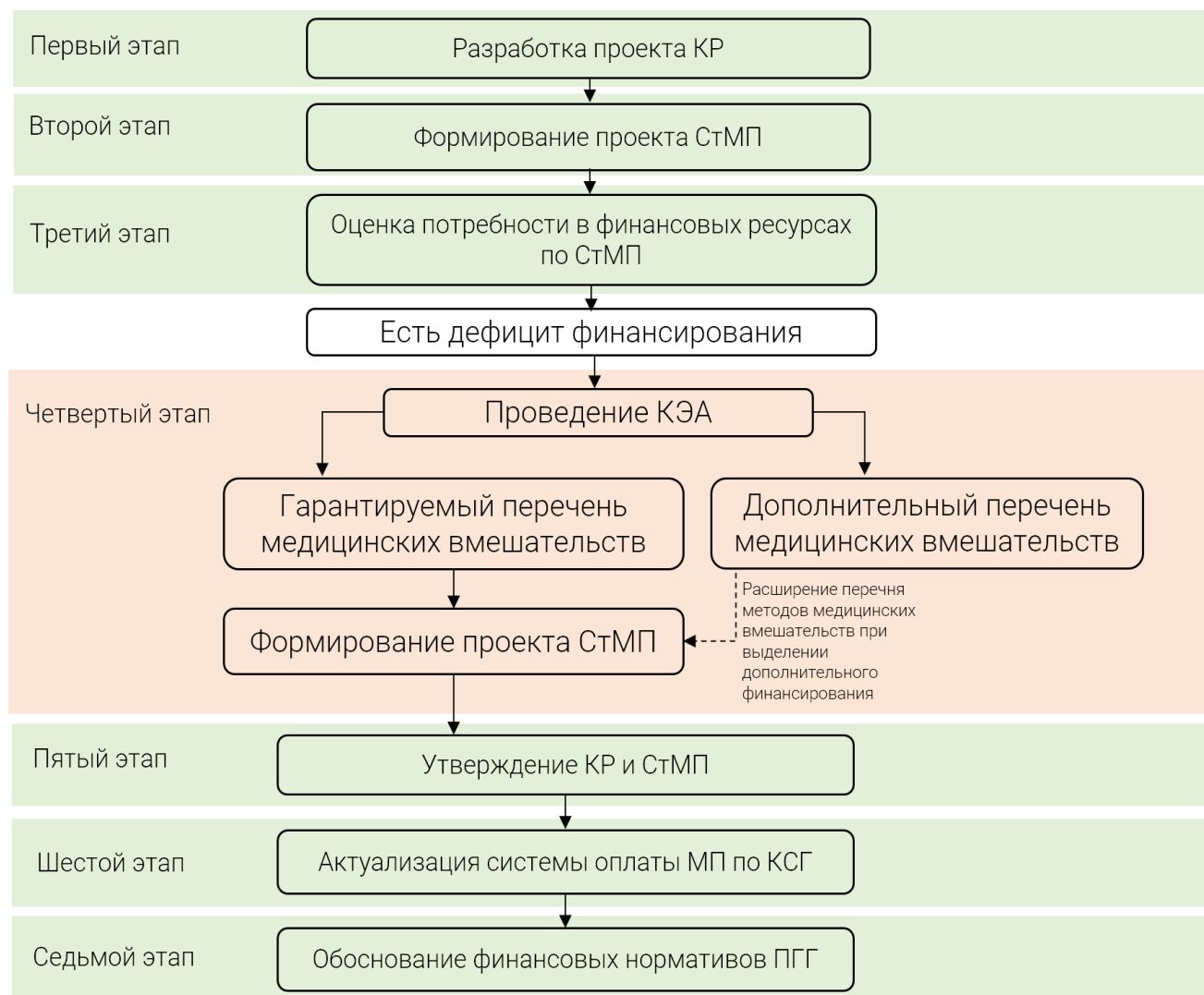
На пятом этапе актуализируется система оплаты по КСГ.

На шестом этапе производится обоснование финансовых нормативов ПГГ по условиям оказания медицинской помощи по медицинскому профилю.

В реальности системы здравоохранения разных стран сталкиваются с ограниченными ресурсами, и система здравоохранения Российской Федерации не исключение, в том числе существуют ограничения в выделении дополнительного финансирования и в возможности отбалансировать ПГГ. Это обуславливает необходимость проведения еще одного этапа при планировании финансирования оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций, необходимого при наличии дефицита финансирования (рисунок 7.12).

Как следует из рисунка 7.12, первые три этапа соответствуют представленным на рисунке 7.11, и заключаются в разработке проектов клинических рекомендаций, формировании на их основе проектов стандартов

медицинской помощи и осуществлении оценки потребности в финансовых ресурсах.



КР – клинические рекомендации; СтМП – стандарты медицинской помощи; КЭА – клинико-экономический анализ; МП – медицинская помощь; КСГ – клинико-статистические группы заболеваний; ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Рисунок 7.12 – Этапы планирования финансирования оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях по ПГГ на основе клинических рекомендаций, при условии дефицита финансирования

На *четвертом этапе* планирование финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях при условии дефицита финансирования предполагает использование инструментов оценки технологий здравоохранения. При ограниченных ресурсах выбор метода медицинского вмешательства из имеющихся в клинических рекомендациях альтернатив может быть основан на результатах проведения клинико-экономического анализа, что позволит

сформировать для отдельных заболеваний перечень приоритетных медицинских вмешательств (медицинских услуг, лекарственных препаратов и др.), гарантируемых при оказании медицинской помощи по ПГГ, и перечень необязательных (дополнительных) медицинских вмешательств. Медицинские вмешательства, включенные в перечень гарантируемых, должны быть обязательными при оказании медицинской помощи и должны быть включены в стандарты медицинской помощи. Медицинские вмешательства из дополнительного перечня могут применяться при оказании медицинской помощи, если будет выделено дополнительное финансирование.

На пятом, шестом и седьмом этапах также осуществляются утверждение клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи одновременно, актуализация системы оплаты по КСГ, обоснование финансовых нормативов ПГГ по условиям оказания медицинской помощи по профилю.

Представленные предложения по планированию финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях по клиническим рекомендациям предполагают не только изменения этапности разработки клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи, но и применение алгоритма в зависимости от наличия или отсутствия дефицита финансирования. Следует отметить, что в представленных предложениях клинические рекомендации в первую очередь являются документами, разрабатываемыми на основе принципов доказательной медицины, и поэтому должны содержать информацию обо всех научно обоснованных медицинских вмешательствах. Проведение клинико-экономического анализа предполагается не для всех медицинских вмешательств, а только для наиболее дорогостоящих и часто применяющихся, то есть определяющих бремя заболевания для системы здравоохранения. Надо подчеркнуть, что проведение клинико-экономического анализа медицинских вмешательств возможно только при наличии в клинических рекомендациях альтернативных вмешательств. При этом перечень обязательных медицинских вмешательств должен быть сформирован так, чтобы решить

следующие задачи, стоящие перед системой здравоохранения: повышение доступности современных противоопухолевых методов лечения, обеспечение качества медицинской помощи, снижение показателей смертности от онкологических заболеваний. Кроме того, могут быть использованы дополнительные инструменты, например, переговорный процесс о снижении цены с производителями лекарственных препаратов и медицинских изделий. Следует отметить, что предлагаемая модель планирования финансирования оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях по ПГГ на основе клинических рекомендаций, при условии дефицита финансирования тесно связана с необходимостью проведения конкретизации ПГГ, что пока не реализовано в системе здравоохранения.

Предложенный подход к совершенствованию планирования финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях по ПГГ на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи требует выстраивания неразрывной связи между документами (клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи, ПГГ) для возможности их ежегодного пересмотра ввиду актуализации клинических рекомендаций и необходимости проведения расчетов для оценки финансовой потребности. Для этого система здравоохранения должна «уметь» динамически реагировать на изменения, обусловленные появлением новых технологий, применением цифровых решений. Но уже сегодня предложенные подходы позволяют рассчитывать стоимость оказания медицинской помощи по стандартам и отбалансировать ПГГ, а также обосновывать выделение дополнительных финансовых средств, как это было реализовано при планировании федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Разработка стандартизированных модулей и создание экономической модели заболевания позволяют использовать инструменты оценки технологий здравоохранения и реализовывать клинико-экономический анализ.

Для того чтобы упростить как на федеральном уровне, так и на уровне субъекта Российской Федерации планирование финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях по стандартам медицинской помощи и моделировать потребность в финансовых ресурсах, исходя из источников финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях, целесообразным видится создание аналитических систем, в основе которых будут лежать математические модели онкологических заболеваний и стандартизированные модули, разработанные при формировании стандартов медицинской помощи. Это даст возможность организаторам здравоохранения при планировании финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях принимать научно обоснованные решения. На данный момент такая аналитическая система разработана для планирования оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии – программа для ЭВМ «Аналитическая система поддержки принятия решений при организации онкологической помощи», свидетельство о государственной регистрации № 2022616863 (приложение Е).

В то же время, для того чтобы оценить эффективность использования ресурсов при оказании медицинской помощи, необходима разработка инструментов, позволяющих проверить согласованность между оказываемой медицинской помощью и клиническими рекомендациями. Это может быть реализовано уже сегодня в рамках проекта цифровой трансформации системы здравоохранения.

Предложенные в данной главе подходы к планированию финансового обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях ориентированы на создание экономической основы для оказания медицинской помощи по клиническим рекомендациям, на повышение доступности методов диагностики и лечения, предусмотренных клиническими рекомендациями, что сделает возможным снижение показателей смертности от онкологических

заболеваний. Кроме того, предложенные методические подходы обеспечат повышение объективности и транспарентности при формировании ПГТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В течение десяти лет в системе здравоохранения Российской Федерации реализуются изменения, направленные на внедрение в клиническую практику клинических рекомендаций, на унификацию способов оплаты специализированной медицинской помощи путем внедрения федеральной модели КСТ, на расширение перечня необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и закрепление связи клинических рекомендаций со стандартами медицинской помощи на законодательном уровне.

В системе здравоохранения Российской Федерации клинические рекомендации являются документами, на основе которых оказывается медицинская помощь, на которые должен ориентироваться врач при выборе тактики лечения пациентов и которые содержат научно обоснованные рекомендации о применении методов медицинских вмешательств. Одна из целей внедрения клинических рекомендаций в систему здравоохранения – оптимизация использования ресурсов за счет отказа от не обоснованных научно медицинских вмешательств в пользу более эффективных и экономически выгодных методов диагностики и лечения. При этом появление новых методов диагностики и лечения, внедрение их в клиническую практику должны поддерживаться как оценкой изменения финансовых ресурсов на оказание медицинской помощи, так и совершенствованием методов оплаты медицинской помощи.

Стандартизация медицинской помощи в последнее десятилетие тесно связана с потребностью в проведении экономических оценок, в том числе оценки эффективности функционирования системы здравоохранения как отрасли с растущей ресурсоемкостью. Потребность в определении финансовых затрат на оказание медицинской помощи актуальна и требует разработки «прозрачных инструментов», позволяющих описать объем оказания медицинской помощи и просчитать стоимость ее оказания. В системе здравоохранения Российской Федерации наряду с клиническими рекомендациями имеются стандарты медицинской помощи, являющиеся медико-экономическим документом. С 2019 г.

связь между стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями закреплена на законодательном уровне, стандарты должны разрабатываться на основе клинических рекомендаций. Кроме того, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи должны использоваться при формировании ПГГ.

Целью исследования было научно обосновать механизмы планирования и финансового обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.

Анализ научных публикаций, посвященных вопросам стандартизации медицинской помощи, роли и функции в системах здравоохранения клинических рекомендаций, показал, что в Российской Федерации при разработке и внедрении клинических рекомендаций в практику возникают проблемы, типичные для других стран. Несколько спорным остается вопрос статуса клинических рекомендаций в системе здравоохранения Российской Федерации в качестве документа, обязательного для исполнения. С одной стороны, в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ нет требований к неукоснительному соблюдению клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи. С другой стороны, приверженность врачей клиническим рекомендациям при оказании медицинской помощи, использование научно обоснованных и эффективных методов лечения не только способствуют повышению качества медицинской помощи, но и влияют на показатели популяционного здоровья, например, на показатели смертности от онкологических заболеваний. Проведенные систематический обзор и метаанализ научных публикаций об оценке влияния на исходы пациентов приверженности врачей клиническим рекомендациям по диагностике и лечению солидных опухолей при оказании медицинской помощи выявили, что оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям снижает смертность пациентов, повышает пятилетнюю выживаемость. Несмотря на то что в систематический обзор не было включено ни одной публикации, посвященной влиянию на исходы пациентов внедрения клинических рекомендаций по диагностике и лечению ЗНО

в Российской Федерации, можно предположить, что оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям при онкологических заболеваниях скажется на показателях выживаемости пациентов. В то же время для проведения подобных исследований в Российской Федерации целесообразно совершенствовать статистический учет ЗНО, направленный на систематизацию сведений о проводимом противоопухолевом лечении и клинических параметрах, влияющих на тактику ведения пациента и выбор метода лечения. Кроме того, интеграция информации, представленной в популяционном раковом регистре, со сведениями об оказанной медицинской помощи в системе ОМС, основанными на реестрах счетов, даст возможность создать инструменты, позволяющие сопоставлять полученную пациентом медицинскую помощь с методами диагностики и лечения, прописанными в клинических рекомендациях, и оценивать исходы проведенного противоопухолевого лечения в зависимости от стадии распространенности опухолевого процесса и других характеристик, описанных в клинических рекомендациях и использованных в рамках данной работы при построении математических моделей онкологических заболеваний. Это должно способствовать совершенствованию подходов к оценке потребности в ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях [48, 91].

Несмотря на то что с 2012 г. законодательно были определены требования к формированию ПГГ с учетом стандартов медицинской помощи, возможности соблюдения данной нормы для онкологических заболеваний были ограничены. Большая часть стандартов при ЗНО взрослых была утверждена в 2012 г. и с тех пор не пересматривалась, то есть не вносились изменения, обусловленные появлением в системе здравоохранения новых методов лечения, в том числе прописанных в клинических рекомендациях, которые были утверждены Ассоциацией онкологов России. Стандарты медицинской помощи разделялись по видам медицинской помощи. Наибольшее количество было утверждено для специализированной медицинской помощи – 120 стандартов, для первичной медико-санитарной помощи в 2,5 раза меньше – 48 стандартов. Анализ стандартов при четырех

наиболее распространенных онкологических заболеваний в Российской Федерации показал, что для всех включенных в исследование онкологических заболеваний были выявлены несогласованности между стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями. Так, в стандартах отсутствовали противоопухолевые лекарственные препараты, рекомендованные в клинических рекомендациях (16 лекарственных препаратов), имеющие показания к применению при определенных онкологических заболеваниях и включенные в перечень ЖНВЛП (11 лекарственных препаратов). В стандартах не было информации о цикличности применения противоопухолевых лекарственных препаратов. Хотя стандарты были детализированы по видам медицинской помощи, условиям ее оказания, стадиям распространенности опухолевого процесса, видам противоопухолевого лечения, но сопоставление их с моделью КСГ 2016 года продемонстрировало, что модель КСГ была более дифференцированной для хирургических методов лечения и лучевой терапии. Это свидетельствует о том, что формирование модели КСГ в части групп для возмещения затрат при оказании медицинской помощи при онкологических заболеваниях происходило независимо от стандартов медицинской помощи. Кроме того, с 2016 г. в модели КСГ предусматривалась возможность возмещения медицинским организациям затрат на медицинскую помощь, оказанную с применением отдельных лекарственных препаратов, не включенных в стандарты, но включенных в клинические рекомендации и перечень ЖНВЛП. Несогласованность между клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи и моделью КСГ не позволяла выстраивать систему финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях, способствующую повышению доступности современных методов лечения, и создавать экономическую основу для внедрения клинических рекомендаций в практику. Стандарты медицинской помощи не могли являться инструментом, дающим возможность оценивать потребность в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях, и использоваться для формирования ППГ.

Закрепление на законодательном уровне с 2019 г. связи между клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи, урегулирование процедуры их разработки решило вопросы сроков актуализации стандартов, но при этом потребовало особых методических подходов, учитывающих опыт разработки стандартов медицинской помощи начиная с 2012 г. и имевшиеся ограничения для планирования ПГГ, для оценок финансовой потребности и выстраивания связи между стандартами и способами оплаты медицинской помощи.

В ходе исследования были разработаны методические подходы к формированию стандартов медицинской помощи, включающие три этапа, последовательная реализация которых обеспечивает структурированность декомпозированной информации о методах медицинских вмешательств, описанных в клинических рекомендациях, и объективность расчета значений усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения для компонентов стандартов медицинской помощи. На первом этапе осуществляется формирование стандартизированных модулей, которые отражают в структурированном виде объем медицинской помощи, оказываемой при обращении в амбулаторных условиях, в случае госпитализации стационарно или случае лечения в условиях дневного стационара, то есть соотносятся с единицами объема медицинской помощи, принятыми в ПГГ, и являются функциональными элементами стандартов медицинской помощи. На втором этапе выполняется построение математической модели, позволяющее визуализировать все особенности ведения пациента и выбора метода медицинского вмешательства в зависимости от клинических параметров, описанных в клинических рекомендациях, рассчитать частоту и кратность применения метода медицинского вмешательства. Для построения математической модели применяется адаптированный метод построения дерева решений, что дает возможность создать экономическую модель онкологического заболевания и провести оценку потребности в финансовых ресурсах по условиям оказания медицинской помощи и видам противоопухолевого лечения. На третьем этапе проводится формирование

включающего объем медицинской помощи на один пациенто-год стандарта медицинской помощи на основе стандартизированных модулей и математической модели. Разработанные методические подходы позволяют пересмотреть подход к формированию стандартов медицинской помощи. Если ранее стандарты отражали отдельные «усредненные» случаи оказания медицинской помощи с применением определенного вида противоопухолевого лечения и включали разные по ресурсоемкости методы, что ограничивало их использование при разработке модели КСГ, то теперь функциональные элементы стандартов медицинской помощи – стандартизированные модули – позволяют разрабатывать КСГ на основе стандартов медицинской помощи. Следует отметить, что разработка единого стандарта на один пациенто-год дает возможность отразить весь объем медицинской помощи, рекомендованный в клинических рекомендациях. Таким образом, стандарт медицинской помощи можно считать «эталонным», дающим возможность оценить ресурсную потребность системы здравоохранения на финансовый год при внедрении клинических рекомендаций в практику, исходя из данных о заболеваемости ЗНО. При этом утвержденные приказами Минздрава России стандарты медицинской помощи не предполагают деления по видам медицинской помощи и условиям ее оказания и тем самым не накладывают на субъекты Российской Федерации ограничений на распределение объемов медицинской помощи по условиям ее оказания при планировании территориальных ПГГ, а наоборот, допускают моделирование и планирование финансовых ресурсов на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях на уровне субъекта Российской Федерации с учетом имеющихся источников финансирования [15, 54]. В то же время функциональный элемент стандарта медицинской помощи – стандартизированные модули – позволяет планировать ПГГ в принятых единицах для условий оказания медицинской помощи и выстраивать связь между клиническими рекомендациями и способами оплаты медицинской помощи.

Проведенная оценка финансовых ресурсов на оказание медицинской помощи по стандартам медицинской помощи, разработанным на основе клинических рекомендаций по годам, с 2019 по 2023 гг., показала увеличение финансовой потребности между 2019 и 2020 гг. – с 248,8 млрд руб. до 440,6 млрд руб., то есть прирост составил 191,8 млрд руб., что связано с пересмотром в 2020 г. клинических рекомендаций ввиду изменений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. При проведении оценки по условиям оказания медицинской помощи и видам противоопухолевого лечения было выявлено, что увеличение финансовой потребности обусловлено увеличением на 126,7 млрд руб. потребности в дневном стационаре для противоопухолевой лекарственной терапии. Объяснить полученные результаты можно несколькими факторами. Во-первых, произошло расширение перечня ЖНВЛП; во-вторых, при актуализации клинических рекомендаций в них были включены дорогостоящие схемы лекарственной терапии, требующие цикличного применения. При сопоставлении расчетной финансовой потребности с нормативами затрат, определенными в ПГГ в 2019 – 2023 гг., дисбаланс был отмечен в большей степени для дневного стационара. При этом если дефицит финансового обеспечения оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций по ПГГ для профиля «онкология» в 2019 г. составлял 60,7 млрд руб., то в 2020 г. дефицит составил уже 153,8 млрд руб., а в 2023 г. – 147,3 млрд руб. Кроме того, оценка потребности в финансовых ресурсах по нозологиям показала, что около трети от суммарной расчетной потребности в финансовых ресурсах приходится на две нозологии: рак молочной железы и злокачественное новообразование легкого.

Апробация методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и проведение оценки потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи при онкологических заболеваниях позволяет утверждать, что разработанные стандарты делают возможным:

- проводить оценку ресурсного обеспечения по условиям оказания медицинской помощи, видам противоопухолевого лечения и онкологическим заболеваниям;
- обосновывать выделение дополнительного финансирования на оказание медицинской помощи по ПГГ для повышения доступности методов лечения, рекомендованных в клинических рекомендациях;
- формировать организационно-экономическую основу для совершенствования модели организации медицинской помощи при онкологических заболеваниях, например, развития центров амбулаторной онкологической помощи.

Разработанные в ходе исследования методические подходы к формированию модели КСГ на основе стандартизированных модулей позволяют выстраивать систему оплаты медицинской помощи по КСГ на основе клинических рекомендаций. Предложенные методические подходы включают два этапа. На первом этапе на основе анализа описания методов медицинских вмешательств, для которых были разработаны стандартизированные модули, определяется классификационный критерий, необходимый в последующем для отнесения случая оказания медицинской помощи к той или иной группе КСГ. Например, для противоопухолевой лекарственной терапии было предложено использовать классификационный критерий «схема лекарственной терапии», описание которого содержит указание на режим дозирования лекарственных препаратов, дни введения и длительность цикла, и согласуется с описанием режимов химиотерапии в клинических рекомендациях. Это обеспечивает согласованность классификационных критериев в модели КСГ с методами, описанными в клинических рекомендациях. На втором этапе на основе стоимости, рассчитанной по стандартизированным модулям, проводится объединение методов медицинских вмешательств в группы с использованием кластерного анализа. На базе полученных групп методов рассчитываются значения коэффициентов затратоемкости групп КСГ. Применение кластерного анализа дает возможность

объединить в одну группу наиболее близкие значения стоимости методов медицинских вмешательств и, как следствие, получить группу, внутри которой дисперсия значений будет минимальна, что обеспечивает повышение объективности и транспарентности объединения методов в группы.

Предложенные методические подходы к формированию КСГ для противоопухолевой лекарственной терапии позволили поэтапно увеличить количество групп КСГ с 3 в модели 2017 г. (до применения предложенных методических подходов) до 19 в модели 2023 г. как для круглосуточного, так и для дневного стационаров, пересчитать коэффициенты затратоемкости с целью повышения адекватности возмещения затрат медицинских организаций при проведении противоопухолевой лекарственной терапии. Модели КСГ начиная с 2019 г. становились более дифференцированными, что приводило к сокращению «профицитности» и «дефицитности» стоимости схем лекарственной терапии, то есть к сокращению количества схем, стоимость которых значительно отклонялась от стоимости случая оказания медицинской помощи по КСГ. Так, средневзвешенное расчетное значение отклонения стоимости схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи по КСГ в 2023 г. сократилась на 57% в модели круглосуточного стационара и на 50% в модели дневного стационара по сравнению с моделью КСГ 2019 г. В то же время в модели КСГ сохранился необходимый для сдерживания роста затрат системы здравоохранения на оказание медицинской помощи принцип усреднения стоимости нескольких методов медицинских вмешательств в группе.

Анализ изменения объемов оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационаров на 100 тыс. застрахованных граждан в семи субъектах Российской Федерации показал увеличение количества случаев начиная с 2018 г., а начиная с 2019 г. – более резкий рост, который в первую очередь обусловлен увеличением объема финансового обеспечения оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях по ППГ. В пяти анализируемых субъектах

Российской Федерации в 2023 г. по сравнению с 2017 г количество случаев выросло более чем в 2 раза. При этом не было отмечено сопоставимого с темпом роста количества случаев роста «грубого» показателя заболеваемости на 100 тыс. населения, а, напротив, было зафиксировано его снижение в 2020 г. Ввиду того что благодаря предложенным методическим подходам в 2018 г. была выстроена связь между моделью КСГ в части групп для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии и клиническими рекомендациями, можно констатировать, что не только выросло количество случаев оказания медицинской помощи из-за увеличения финансирования, но и повысилась доступность методов лечения, описанных в клинических рекомендациях, в том числе таргетных и иммуноонкологических лекарственных препаратов. Анализ изменения количества случаев оказания медицинской помощи при применении иммуноонкологических (ниволумаба, пембролизумаба) и таргетных лекарственных препаратов (пертузумаба, даброфениба), включенных в перечень ЖНВЛП в 2018 г., показал кратный рост количества случаев оказания медицинской помощи на 100 тыс. застрахованных граждан: с 0,7 – 3,62 случаев в зависимости от субъекта Российской Федерации в 2017 г. до 31,48 – 142,97 случаев в 2023 г. Это значит, что повышение доступности современных иммуноонкологических и таргетных лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи по программе ОМС снижает «финансовую токсичность» медицинской помощи для пациента.

Следует подчеркнуть, в период с 2018 по 2023 гг. произошло перераспределение количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии между круглосуточным и дневным стационаром в пользу последнего. Это может быть объяснено тем, что пересмотр модели КСГ для дневного стационара позволил повысить адекватность возмещения затрат медицинским организациям при оказании медицинской помощи в дневном стационаре, что, в свою очередь, способствовало развитию центров амбулаторной онкологической помощи. В то же время при анализе распределения количества случаев по группам КСГ было отмечено, что

максимальное количество случаев оказания медицинской помощи приходится на группы КСГ с коэффициентом затратоемкости менее 2 как в круглосуточном, так и дневном стационарах, то есть на группы с коэффициентом затратоемкости ниже, чем минимальное значение коэффициента затратоемкости в модели КСГ 2017 г. Кроме того, при сохраняющемся уровне финансирования увеличение количества групп КСГ не приводит к росту средневзвешенной стоимости одного случая оказания медицинской помощи. Полученные результаты свидетельствуют о повышении эффективности использования финансовых ресурсов системы здравоохранения.

Анкетирование врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов показало, что 93,3% респондентов регулярно обращаются к клиническим рекомендациям, но при этом только 84,7 % – к клиническим рекомендациям АОР (из них 67,7% респондентов дополнительно используют рекомендации RUSSCO), 13,3% – только к рекомендациям RUSSCO. Надо заметить, что рекомендации RUSSCO с точки зрения законодательства не являются клиническими рекомендациями, так как не проходят процедуру одобрения НПС и не размещаются в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России. Однако рекомендации о методах диагностики и лечения в данных документах не противоречат друг другу, а различия обусловлены только форматом представления информации. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России для поиска клинических рекомендаций применяют 81,4% опрошенных, оставшиеся используют или сайты МПНО, или печатные версии клинических рекомендаций.

Изучение мнения врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов об изменении системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по КСГ, начиная с 2018 г., а именно о включении в модель КСГ классификационного критерия «схема лекарственной терапии», выявило следующие результаты: около половины респондентов положительно оценили изменения; из них 43% указали на то, что система стала адекватнее покрывать затраты медицинских организаций (при 36%, давших негативную оценку), и 53% указали на то, что система стала понятнее (при

27%, давших негативную оценку). Около 2/3 респондентов одобрили предложенный для модели КСГ классификационный критерий «схема лекарственной терапии». На вопросы о достаточности тарифов в системе ОМС в 2019 – 2022 гг. абсолютное число респондентов ответило положительно, из них около 30% отметили, что тарифы «скорее» достаточны. При этом около 20% респондентов и меньше выбрали варианты «определенно» достаточны, «определенно» недостаточны и «скорее» недостаточны. Далее, около 40% опрошенных указали на то, что сталкивались с ограничением выделения объемов для противоопухолевой лекарственной терапии, и только около 20% – для хирургического лечения и лучевой терапии. Более половины респондентов отмечали ограничение доступности противоопухолевых лекарственных препаратов во всех условиях оказания медицинской помощи. Полученные результаты свидетельствуют о том, что имеющийся дисбаланс между потребностью в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям и объемом финансирования по ППГ компенсируется не за счет уменьшения тарифов, а за счет ограничения объемов медицинской помощи, то есть сокращения количества случаев. Около 2/3 респондентов считают, что на выбор схемы противоопухолевой лекарственной терапии оказывает влияние профицитность или дефицитность схемы по сравнению со стоимостью случая оказания медицинской помощи по КСГ. Таким образом, дифференциация модели КСГ и снижение средневзвешенного расчетного значения отклонения стоимости схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи по КСГ в модели КСГ 2023 г. по сравнению с моделью 2019 г. позволили уменьшить влияние искажающих экономических стимулов. Несмотря на сохраняющиеся ограничения доступности противоопухолевой лекарственной терапии, 73% респондентов отметили, что медицинская помощь для пациентов, страдающих ЗНО, в 2019 – 2022 гг. стала доступнее.

Полученные в результате исследования данные о потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям при

онкологических заболеваниях свидетельствуют об имеющемся дефиците финансирования ПГТ, что требует выделения дополнительного финансирования на реализацию оказания медицинской помощи по клиническим рекомендациям в рамках программы борьбы с онкологическими заболеваниями.

При прогнозировании объемов оказания медицинской помощи и расчете прогнозной потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи в среднесрочной перспективе до 2030 г. также был получен рост количества случаев оказания медицинской помощи как в круглосуточном (на 7,8%), так и в дневном (на 9,1%) стационарах и рост финансовой потребности на 14,6% в целом по Российской Федерации в 2030 г. по сравнению с 2025 г. Кроме того, результаты прогнозирования продемонстрировали, что при сохранении в субъектах Российской Федерации тенденций к изменению заболеваемости ЗНО различия потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям будет становиться более явными, а также будет увеличиваться отклонение от средней российской потребности.

Одним из решений, направленных на сдерживание роста потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям, может быть разграничение перечней методов медицинских вмешательств, прописанных в клинических рекомендациях, и деление перечней на обязательный (гарантируемый) при оказании медицинской помощи по ПГТ и необязательный (дополнительный) – на основе результатов клинико-экономического анализа. Медицинские вмешательства из гарантируемого перечня включаются в стандарты медицинской помощи и далее – в модель КСГ. Медицинские вмешательства из дополнительного перечня могут войти в стандарты медицинской помощи при выделении дополнительного финансирования. Обязательным условием формирования перечня гарантируемых медицинских вмешательств должно являться решение задач повышения доступности современных методов противоопухолевого лечения и качества медицинской помощи, а также снижения смертности от онкологических заболеваний.

Разработанные в данном исследовании и апробированные методические подходы к разработке стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций на примере онкологических заболеваний, и методические подходы к формированию КСГ, применяющихся для оплаты противоопухолевой лекарственной терапии, позволяют выстроить связь между клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи и способами оплаты, наиболее рационально и точно оценить финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по клиническим рекомендациям. Предложенные к планированию ПГГ подходы будут способствовать реализации права граждан на получение бесплатной медицинской помощи и снижению смертности от онкологических заболеваний.

ВЫВОДЫ

1. Систематический обзор и метаанализ исследований, оценивающих влияние внедрения клинических рекомендаций по диагностике и лечению онкологических заболеваний, свидетельствует о снижении показателя смертности (отношение угроз – 0,62; 95% ДИ 0,56 – 0,70) и повышении показателя пятилетней выживаемости (относительный риск – 1,14; 95% ДИ 1,05 – 1,24) у пациентов, получавших лечение в соответствии с клиническими рекомендациями.

2. Анализ стандартов медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях, утвержденных в период с 2012 по 2018 гг., позволил выделить два этапа разработки: «основной» этап, длившийся с 2012 по 2013 гг. (утверждено 160 стандартов), и этап «точечных изменений», длившийся с 2014 по 2018 гг. (утверждено 8 стандартов и внесено изменений в 16 стандартов); установить отсутствие критериев, определяющих необходимость разработки стандарта медицинской помощи для отдельных злокачественных новообразований, в том числе стадий и видов медицинских вмешательств, подтвердить отсутствие связи с клиническими рекомендациями и моделью клинико-статистических групп заболеваний. На примере 36 стандартов медицинской помощи, была выявлена их несогласованность с соответствующими клиническими рекомендациями, а именно несоответствие перечней медицинских вмешательств, в том числе противоопухолевых лекарственных препаратов (16 противоопухолевых лекарственных препаратов отсутствовали в стандартах медицинской помощи, из них 11 лекарственных препаратов были включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на момент утверждения стандартов медицинской помощи).

3. На основании разработанных методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций информация, представленная в клинических рекомендациях, была структурирована, что позволило подготовить 1821 стандартизированный модуль и 44 математические модели по 44 клиническим рекомендациям (2018г.) и 2212

стандартизированных модулей и 52 математические модели по 52 клиническим рекомендациям (2020г.). Оценка потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям на основе разработанных стандартов медицинской помощи с 2019 по 2023 гг. свидетельствует об увеличении финансовой потребности в 1,8 раза в 2020 г. по сравнению с 2019 г. (с 248,8 млрд руб. до 440,6 млрд руб.) и наличии дефицита финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по профилю «онкология», который в 2020 г. составил 153,8 млрд руб., а в 2023 г. – 147,3 млрд руб.

4. Методические подходы к формированию клинико-статистических групп заболеваний на основе стандартизированных модулей и кластерного анализа позволили пересмотреть модель клинико-статистических групп и увеличить адекватность возмещения затрат за оказанную медицинскую помощь за счет последовательного увеличения количества групп для круглосуточного и дневного стационаров с 3 в модели клинико-статистических групп 2017 г. (до применения предложенных методических подходов) до 19 в модели клинико-статистических групп 2023 г. и снижение влияния экономических стимулов на выбор схемы лекарственной терапии (сокращение «дефицитности» и «профицитности» схем лекарственной терапии в модели). В модели 2023 г. средневзвешенное расчетное значение отклонения стоимости схемы лекарственной терапии от стоимости случая оказания медицинской помощи по клинико-статистическим группам сократилось на 57% в круглосуточном стационаре и на 50% в дневном стационаре по сравнению с моделью 2019 г.

5. Региональные особенности изменения объемов оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в семи анализируемых субъектах Российской Федерации с 2017 по 2023 гг. заключаются в увеличении количества случаев оказания медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах начиная с 2018 г., наиболее динамичном росте начиная с 2019 г., увеличении более

чем в 2 раза в 2023 г. по сравнению с 2017 г. в пяти из семи анализируемых субъектах Российской Федерации, перераспределении количества случаев оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевой лекарственной терапии между круглосуточным и дневным стационаром в пользу последнего.

6. Результаты социологического исследования свидетельствуют, что 93,3% врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов регулярно используют клинические рекомендации, из них 81,4% для поиска используют Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. Оценка отношения к изменениям системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по клинико-статистическим группам продемонстрировала, что 43% респондентов считают, что система оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по клинико-статистическим группам стала адекватнее покрывать затраты медицинских организаций и 53% отмечают, что система стала понятнее. Около 2/3 респондентов положительно оценивают предложенный классификационный критерий в модели клинико-статистических групп «схема лекарственной терапии». Более 40% указывают, что сталкивались с ограничением выделения объемов для противоопухолевой лекарственной терапии и менее 30% – для хирургического лечения и лучевой терапии. 73% респондентов считают, что медицинская помощь для пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, в 2019-2022 гг. стала доступнее.

7. Прогнозирование объемов медицинской помощи и потребности в финансировании противоопухолевого лечения в соответствии с клиническими рекомендациями на среднесрочный период с 2025 по 2030 гг. демонстрирует увеличение количества случаев оказания медицинской помощи в среднем по Российской Федерации на 7,8% для круглосуточного стационара и на 9,1% для дневного стационара в 2030 г. по сравнению с 2025 г., а также увеличение потребности в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи при проведении противоопухолевого лечения на 14,6%.

8. Предложения по совершенствованию планирования и финансирования медицинской помощи при онкологических заболеваниях, включающие пересмотр этапности разработки и утверждения клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи, алгоритм проведения клинико-экономического анализа, создают экономическую основу для оказания медицинской помощи по клиническим рекомендациям и повышению доступности методов диагностики и лечения, предусмотренных клиническими рекомендациями, что обеспечивает объективность и транспарентность при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Федеральным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения рекомендуется:

1. Пересмотреть порядки разработки клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи, а именно предусмотреть:
формирование проектов стандартов медицинской помощи на основе проектов клинических рекомендаций, прошедших экспертизу на соответствие требованиям, установленным Минздравом России;
проведение клинико-экономического анализа по результатам оценки потребности в финансовых ресурсах на оказание медицинской помощи по клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи.
2. Предусмотреть увеличение финансовых нормативов программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи для профиля «онкология» для возможности обеспечения оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, размещенных в настоящее время в Рубрикаторе Минздрава России, в среднесрочной перспективе в 2025 – 2030 гг.
3. Разработать в рамках реализации задач по цифровой трансформации здравоохранения цифровые решения, позволяющие реализовывать предложенные методические подходы в единой информационной системе.

Федеральному фонду обязательного медицинского страхования рекомендуется:

Учитывать при выделении субвенции субъектам Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения оказания медицинской помощи по профилю «онкология» разработанные методические подходы, исходя из структуры и уровня заболеваемости злокачественными новообразованиями.

Органам исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и территориальным фондам обязательного медицинского страхования рекомендуется:

1. Проводить планирование объемов и финансирования медицинской помощи по стандартам медицинской помощи с учетом показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями и имеющихся источников финансирования.
2. Предусмотреть на уровне региональных медицинских информационных систем интеграцию информации из ракового регистра и сведений об оказанной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, основанных на реестрах счетов, для оценки соответствия оказываемой медицинской помощи при онкологических заболеваниях клиническим рекомендациям.

Образовательным организациям:

Предусмотреть в программах повышения квалификации и профессиональной переподготовки изучение разделов, посвященных вопросам планирования программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АОР – Ассоциация онкологов России

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь

ГРЛС – Государственный реестр лекарственных средств

ДИ – доверительный интервал

ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

ЗНО – злокачественное новообразование

КЗ – коэффициент затратоемкости

КСГ – клинико-статистические группы

МПНО – медицинская профессиональная некоммерческая организация

НПА – нормативный правовой акт

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи

ФОТ – фонд оплаты труда

ФЭМБ – Федеральная электронная медицинская библиотека

DRG – Diagnostic Related Groups

RUSSCO – Российского общества клинической онкологии

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авксентьева, М.В. Фармакоэкономика в онкологии: предпосылки, состояние и перспективы стандартизации онкологической помощи / М.В. Авксентьева // Злокачественные опухоли. – 2015. – Т. 2. – №. 2. – С. 34-36.
2. Авксентьева, М.В. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации / М.В. Авксентьева, С.К. Салахутдинова // Лекарственный вестник. – 2016. – Т. 10. – №. 2. – С. 31-36.
3. Авксентьева, М.В. Новые подходы к формированию клинико-статистических групп, объединяющих случаи госпитализации для лекарственного лечения злокачественных новообразований / М.В. Авксентьева, В.В. Омеляновский, А.В. Петровский, М.И. Давыдов, И.А. Железнякова, С.А. Тюляндин, Ю.А. Ледовских, А.А. Трякин, А.В. Зуев, Д.В. Федяев, М.Ю. Федянин, С.С. Гордеев, М.Л. Лазарева, Е.В. Семакова, А.А. Кравцов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2018. – №. 2 (32). – С. 8-22.
4. Авксентьева, М.В. Развитие клинико-статистических групп для оплаты диагностики и лечения злокачественных новообразований в Российской Федерации / М.В. Авксентьева, А.В. Петровский, И.А. Железнякова, А.В.Зуев, Ю.В. Серяпина, М.В. Сура // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2021. – №. 3 (43). – С. 12-20.
5. Агафонова, Ю.А. Преемственность лекарственного обеспечения на амбулаторном и стационарном этапах терапии онкологических пациентов. Проблемы и пути решения / Ю.А. Агафонова, Д.В. Федяев, В.В. Омеляновский, А.В. Снеговой // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2021. – №. 3 (43). – С. 37-44.
6. Агафонова, Ю.А. Совершенствование эффективности системы лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями / Ю.А. Агафонова, Д.В. Федяев, А.В. Снеговой, В.В. Омеляновский //

Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2022. – Т. 15. – №. 2. – С. 209-220.

7. Александрова, О.Ю. Применение лечебно-диагностических мероприятий и (или) лекарственных препаратов, не входящих в стандарт медицинской помощи, в целях достижения наилучшего результата лечения пациента—обязанность лечащего врача / О.Ю. Александрова, А.А. Крюкова А.А. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2013. – №. 3-4. – С. 9-15.
8. Александрова, О.Ю. Стандарты медицинской помощи-значение понятия для конкретизации государственных гарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи / О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №. 3. – С. 6-15.
9. Александрова, О.Ю. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов-значение понятий для конкретизации государственных гарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи / О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №. 4. – С. 25-32.
10. Александрова, О.Ю. Стандарты медицинской помощи-значение в экспертизе качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Часть 1 / О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин, Г.Г. Савзян // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2015. – №. 7-8. – С. 3-10.
11. Александрова, О.Ю. Стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения)-значение в экспертизе качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (продолжение) / О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин О.А., Г.Г. Савзян // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2015. – №. 9-10. – С. 3-8.
12. Александрова, О.Ю. Единый методологический подход к проведению экспертизы медицинских вмешательств / О.Ю. Александрова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – №. 5. – С. 970-974.

13. Андреев, Д.А. Методология оценки затрат системы здравоохранения на оказание онкологической помощи / Д.А. Андреев Д. А., А.А. Завьялов, Т.Н. Ермолаева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – №. 2. – С. 125-134.
14. Андреева, И.В. Клинические рекомендации: что нужно знать практикующему врачу / И.В. Андреева, О.У. Стецюк, О.А. Егорова // РМЖ. – 2020. – Т. 28. – №. 5. – С. 21-25.
15. Астапенко, Е.М. Федеральный регистр льготного лекарственного обеспечения как основа формирования потребности в лекарственных препаратах / Е.М. Астапенко, С.В. Семечева, В.В. Омеляновский, Ю.А. Ледовских, Л.В. Фоминых, О.В. Ашихмина, А.И. Шевелев // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 6. – С. 63-70.
16. Блинов, Д.В. Новая концепция разработки клинических рекомендаций в России / Д.В. Блинов, Е.С. Акарачкова, А.С. Орлова, Е.В. Крюков, Д.И. Корабельников // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12. – №. 2. – С. 124-143.
17. Борисенко, О.В. Совершенствование оплаты стационарной медицинской помощи в России на основе международного опыта. Часть 1 / О.В. Борисенко // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – №. 4 (42). – С. 52-57.
18. Борисенко, О.В. Совершенствование оплаты стационарной медицинской помощи в России на основе международного опыта. Часть 2 / О.В. Борисенко // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2021. – №. 1 (43). – С. 22-27.
19. Борщук, Е.Л. Состояние и тенденции основных показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями в Оренбургской области в 2010-е годы / Е.Л. Борщук, Д.Н. Бегун, А.В. Климушкин, Т.В. Бегун, А.М. Куланова // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – №. 6. – С. 127-127.
20. ВОЗ. Информационный бюллетень. Всемирный день борьбы против рака. Январь 2018 // Социальные аспекты здоровья населения. 2018. №1.

21. Воробьев, П.А. Нестандартные стандарты и беспорядочные порядки / П.А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – №. 1-2. – С. 3-10.
22. Денисова, М.Н. Лекарственное обеспечение онкологических больных в Российской Федерации / М.Н. Денисова, А.С. Утёмова // Перспективы внедрения инновационных технологий в медицине и фармации. – 2019. – С. 65-68.
23. Егоренко, С.Н. Регионы России. Основные характеристики Субъектов Российской Федерации 2017: Стат. Сб. / С.Н. Егоренко, Н.С. Бугакова, М.И. Гельвановский, Ф.Ф. Глисин, Л.М. Гохберг, В.Б. Житков, В.В. Климанов, О.В. Кузнецова, Е.Е. Скатерщикова, В.Е. Струкова, И.В. Харламова // М.: Росстат. – 2017. – 751 с.
24. Егоренко, С.Н. Регионы России. Основные характеристики Субъектов Российской Федерации 2023: Стат. Сб. / С.Н. Егоренко, К.А. Алексеев, В.В. Гарин, Л.М. Гохберг, М.А. Дробышева, Н.В. Зубаревич, В.В. Климанов, О.В. Кузнецова, А.М. Кукушкин, А.В. Петренко, Е.Е. Скатерщикова, В.В. Тищенко // М.: Росстат. – 2023. – 853 с.
25. Журавлева, Н.И. Обзор методик оценки достоверности научных доказательств и убедительности рекомендаций, применяемых при разработке клинических рекомендаций в Российской Федерации / Н.И. Журавлева, Л.С. Шубина, О.А. Сухоруких // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12. – №. 1. – С. 34-41.
26. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России – 2013. – 289 с.
27. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В.

- Петровой // М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России – 2014. - 250 с.
28. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России – 2015. - 250 с.
29. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России – 2016. - 250 с.
30. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России – 2017. - 250 с.
31. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России – 2018. - 250 с.
32. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России – 2018. - 250 с.
33. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России – 2019. - 250 с.
34. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О.

- Шахзадовой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России – 2020. - 252 с.
35. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России – 2021. - 252 с.
36. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России – 2022. - 252 с.
37. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2022 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой, И.В. Лисичкиной // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России – 2023. - 275 с.
38. Кадыров, Ф.Н. Вопросы применения клинических рекомендаций / Ф.Н. Кадыров, Ю.В. Куфтова // Менеджер здравоохранения. – 2019. – №. 1. – С. 79-80.
39. Кадыров, Ф.Н. Финансирование здравоохранения в 2020 году: приоритеты в рамках национального проекта «Здравоохранение» / Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, И.Н. Базарова // Менеджер здравоохранения. – 2020. – №. 1. – С. 62-72.
40. Кадыров, Ф.Н. Финансовое обеспечение системы обязательного медицинского страхования в 2021 году / Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, Ю.В. Ендовицкая // Менеджер здравоохранения. – 2021. – №. 2. – С. 75-81.
41. Казаков, А.С. Клинические рекомендации в свете нового законодательства / А.С. Казаков, С.К. Зырянов, Е.А. Ушкалова // РМЖ. – 2020. – Т. 28. – №. 6. – С. 15-19.

42. Кислов, Н.В. Практические аспекты применения клинических рекомендаций в онкологии / Н.В. Кислов, П.В. Нестеров, С.Б. Белоногов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – №. 2 (40). – С. 43-49.
43. Ковалева, М.Ю. Клинические рекомендации. История создания и развития в Российской Федерации и за рубежом / М.Ю. Ковалева М.Ю., О.А. Сухоруких О.А. // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2019. – №. 1-2. – С. 6-14.
44. Ковалева, М.Ю. История создания клинических рекомендаций: российский и зарубежный опыт / М.Ю. Ковалева, Г.Л. Колиева, О.А. Сухоруких // Терапия. – 2019. – Т. 5. – №. 5. – С. 11-19.
45. Ковалева, С.А. Обзор методик планирования объемов медицинской помощи и финансирования системы здравоохранения субъектами Российской Федерации / С.А. Ковалева, Д.В. Федяев, Н.Н. Сисигина // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2021. – Т. 14. – №. 3. – С. 415-422.
46. Лазарева, М.Л. Основные изменения в российской модели клинико-статистических групп в 2020 году / М.Л. Лазарева, И.А. Железнякова, М.В. Авксентьева, Д.В. Федяев, А.В. Зуев, Ю.А. Ледовских, Е.В. Семакова, В.В. Омеляновский // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – №. 1 (39). – С. 19-29.
47. Ледовских, Ю.А. Методика формирования клинико-статистических групп заболеваний на основе клинических рекомендаций с использованием стандартизированных модулей медицинской помощи / Ю.А. Ледовских, Е.В. Семакова, В.В. Омеляновский // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – №. 3 (37). – С. 8-15.
48. Ледовских, Ю.А. Использование реестров счетов системы обязательного медицинского страхования для анализа соответствия противоопухолевого лечения клиническим рекомендациям / Ю.А. Ледовских, В.В. Омеляновский,

- Г.И. Пирова, М.В. Авксентьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. – Т. 27 – №. 5. – С. 882-887.
49. Ледовских, Ю.А. Глава 7. Методология формирования тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной пациентам со злокачественными новообразованиями, на основе клинических рекомендаций. В книге: Организация и оплата медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями. / Ю.А. Ледовских, Е.В. Семакова, В.В. Омеляновский // Москва: Наука, 2021. – 208 с.
50. Ледовских, Ю.А. Принципы разработки стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций / Ю.А. Ледовских, С.Н. Тишкина, Г.И. Пирова, Е.В. Семакова, В.В. Омеляновский // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2023. – Т. 16. – №. 1. – С. 5-16.
51. Ледовских, Ю.А. Сравнительный анализ стандартов медицинской помощи взрослым по профилю «онкология», утвержденных до и после 2019 года на предмет возможности планирования программы государственных гарантий / Ю.А. Ледовских // Менеджер здравоохранения. – 2023. – №. 7. – С. 63-72.
52. Ледовских, Ю.А. История нормативного регулирования организации онкологической службы в Российской Федерации / Ю.А. Ледовских, С.Н. Тишкина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2023. – №4. – С.44-49.
53. Ледовских, Ю.А. Доступность медицинской помощи при онкологических заболеваниях взрослых при применении лекарственных препаратов off-label: анализ клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи / Ю.А. Ледовских // Ремедиум. – 2023. – Т.27. – №4. – С.344-349.
54. Ледовских, Ю.А. Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи как инструмент управления организацией медицинской помощи по профилю «онкология» / Ю.А. Ледовских // Бюллетень Национального научно-

- исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2024. – №1. – С.11-16.
55. Ледовских, Ю.А. Социологическое исследование оценки врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами изменений доступности противоопухолевой терапии при реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» / Ю.А. Ледовских // Менеджер здравоохранения. – 2024. – №5. – С.85-93.
56. Ледовских, Ю.А. Приверженность врачей следованию клиническим рекомендациям: влияние на смертность при лечении солидных опухолей (систематический обзор и метаанализ) / Ю.А. Ледовских, В.К. Федяева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2024. – №. 46 (2). – С. 28-39.
57. Линденбратен, А.Л. "Федеральный закон" об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и проблемы управления качеством медицинской помощи / А.Л. Линденбратен А.Л. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – №. 4. – С. 3-5.
58. Линник, С.А. Онкологический калькулятор как инструмент оптимизации лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями в субъектах Российской Федерации / С.А. Линник, Е.Е. Туменко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – №. 5. – С. 418-424.
59. Линник, С.А. Анализ обеспечения лекарственными препаратами пациентов со злокачественными новообразованиями в субъектах Российской Федерации / С.А. Линник // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2022. – №. 3 (75). – С. 28-32.
60. Линник, С.А. Правовые и организационные аспекты лекарственного обеспечения пациентов с злокачественными новообразованиями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях / С.А. Линник, О.Ю. Александрова // Бюллетень Национального научно-исследовательского

- института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2023. – № 1. – С. 24-28.
61. Ломаков, С.Ю. Проблемы организации онкологической службы крупного города в оценках врачей-онкологов / С. Ю. Ломаков, Н. И. Вишняков, Л. В. Кочорова, Е. А. Кириллова. – Текст: электронный // Уральский медицинский журнал. - 2020. – № 6(189). – С. 174-179.
 62. Лядова, М.В. Вопросы экспертизы качества медицинской помощи в свете изменений в законодательстве и развития стандартизации здравоохранения Российской Федерации / М.В. Лядова, Е.С. Тучик // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – Т. 58. – №. 1. – С. 34-37.
 63. Малаев, М.Г. Стандарты медицинской помощи утверждены. Что с ними делать? / М.Г. Малаев // Качественная клиническая практика. – 2013. – №. 3. – С. 46-54.
 64. Малюгин, С.В. Клинические рекомендации в системе регламентации оказания медицинской помощи в современной России: теоретическое представление и практические аспекты / С.В. Малюгин, А.А. Винокурова // Lex Russica. – 2023. – Т. 76. – №. 7 (200). – С. 28-47.
 65. Манухина, Е.В. Роль стандартов в повышении эффективности здравоохранения и качества медицинской помощи / Е.В. Манухина, Г.Б. Артемьева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Т. 27. – №. 5. – С. 5.
 66. Манухина, Е.В. Модернизация специализированной медицинской помощи на региональном уровне / Е.В. Манухина, Н.В. Борисова, С.И. Музычук // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени НА Семашко. – 2017. – №. 1. – С. 165-169.
 67. Маркосян, З.С. Эффективность высокотехнологичной медицинской помощи в зависимости от источника финансирования на примере оказания медицинской помощи больным с злокачественными новообразованиями кожи в воронежской области / З.С. Маркосян, С.В. Старцева, В.В. Кожевников //Актуальные

- проблемы экономики, менеджмента, права и информационных технологий: теория и практика. – 2021. – С. 129-132.
68. Моисеенко, В.Е. Анализ ресурсной базы медицинских организаций Санкт-Петербурга в рамках оказания помощи больным со злокачественными новообразованиями с 2014 по 2019 год / В.Е. Моисеенко, С.А. Попов, А.В. Павловский, Д.А. Гранов, Н.И. Вишняков, Л.В. Кочорова, И.В. Додонова, В.В. Хижа, А.В. Язенок, Т.В. Яковенко // Медицинский алфавит. – 2022. – №26. – С. 54-57.
69. Мурашко, М.А. Современные подходы к качеству медицинской помощи / М.А. Мурашко, Д.Т. Шарикадзе, Ю.А. Кондратьев // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2016. – №. 2 (4). – С. 37-42.
70. Назаров, В.С. Российское здравоохранение: проблемы и перспективы / В.С. Назаров В.С., Н.А. Авксентьев // Финансовый журнал. – 2017. – №. 4 (38). – С. 9-23.
71. Найговзина, Н.Б. История стандартизации в отечественном здравоохранении / Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, О.А. Бороздина // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2015. – №. 1 (1). – С. 71-88.
72. Найговзина, Н.Б. Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» / Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, М.А. Патрушев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – №. 2. – С. 216-221.
73. Обухова, О.В. Проблемы перевода высокотехнологичной медицинской помощи в клинико-статистические группы / О.В. Обухова, А.С. Брутова, И.Н. Базарова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – №. 3 (29). – С. 22-30.
74. Омеляновский, В.В. Клинические рекомендации как инструмент повышения качества медицинской помощи / В.В. Омеляновский, М.В. Авксентьева, И.А. Железнякова, О.А. Сухоруких, Г.Р. Хачатрян, Ж.А. Галеева, В.В. Власов, Д.В.

- Лукьянцева, В.К. Федяева, М.Ю. Рыков // Онкопедиатрия. – 2017. – Т. 4. – №. 4. – С. 246-259.
75. Омеляновский, В.В. Клинические рекомендации: от разработки к внедрению / В.В. Омеляновский, М.В. Сура, Е.В. Деркач Е.В., М.В. Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – №. 4 (42). – С. 45-51.
76. Паниотто, В.И. Количественные методы в социологических исследованиях. // В.И. Паниотто, В.С. Максименко. – Киев, 2003. –170 с.
77. Перхов, В.И. История со стандартами медицинской помощи / В.И. Перхов, С.Г. Горин // Менеджер здравоохранения. – 2016. – №. 10. – С. 40-45.
78. Перхов, В.И. Метаморфозы стандартизации медицинской помощи / В.И. Перхов, А.В. Гречко, Д.С. Янкевич // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №. 6. – С. 6-12.
79. Перхов, В.И. Еще раз о стандартах медицинской помощи: кому они нужны? / В.И. Перхов, Д.С. Янкевич // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №. 9. – С. 59-64.
80. Перхов, В.И. Программа государственных гарантий как инструмент обеспечения социальных обязательств государства в сфере охраны здоровья граждан / В.И. Перхов // Менеджер здравоохранения. – 2018. – №. 5. – С. 6-12
81. Перхов, В.И. Актуальные проблемы программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи / В.И. Перхов, О.В. Куделина // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. – 2019. – Т. 34. – №. 4. – С. 136-142.
82. Пивень, Д.В. Стандарты медицинской помощи: обязательны ли они для соблюдения медицинскими организациями? / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №. 8. – С. 6-12.
83. Пивень, Д.В. К дискуссии об обязательности соблюдения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи / Д.В. Пивень, И.С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №. 9. – С. 65-69.

84. Пивень, Д.В. О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций: что делать и чего ждать медицинским организациям / Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – №. 4. – С. 6-12.
85. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2045 года. Статистический бюллетень. Москва, 2023. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13285>
86. Путило, Н.В. Роль клинических рекомендаций в организации оказания медицинской помощи / Н.В. Путило, В.С. Маличенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – №. 2. – С. 331-338.
87. Романов, Б.К. Проверка и коррекция информации о лекарственных средствах в стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях / Б.К. Романов // Безопасность и риск фармакотерапии. – 2015. – №. 4 (9). – С. 23-29.
88. Савкова, В.М. К вопросу о правовом статусе клинических рекомендаций / В.М. Савкова В.М., Д.С. Савков Д.С. // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2019. – №. 2. – С. 4-10.
89. Самородская, И.В. Стандарты медицинской помощи в России и США / И.В. Самородская, В.И. Степченков, Ю.В. Батрова, А.В. Саверский // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №. 4. – С. 46-54.
90. Сапанюк, А.И. Тарифная политика обязательного медицинского страхования на уровне субъекта Российской Федерации как инструмент расширения доступности современных методов онкологического лечения / А.И. Сапанюк, К.В. Лядов, В.Г. Полушкин, А.В. Алаторцев, О.Б. Отдельнова // Национальное здравоохранение. – 2022. – Т. 3. – №. 2. – С. 38-45.
91. Семакова, Е.В. Статистический учет злокачественных новообразований в РФ: текущая ситуация и основные направления совершенствования / Е.В. Семакова, Ю.А. Ледовских, С.Н. Тишкина, И.А. Железнякова, К.В.

- Герасимова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2018. – №. 4 (34). – С. 19-24.
92. Семенов, В.Ю. Оценка затрат: стандарты медицинской помощи и клинико-статистические группы / В.Ю. Семенов, И.В. Самородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – №. 6. – С. 35-40.
93. Сон, И.М. Проблемы нормативного обеспечения деятельности медицинских организаций в условиях структурных преобразований / И.М. Сон, Л.В. Руголь, В.И. Стародубов // Менеджер здравоохранения. – 2018. – №. 10. – С. 63-73.
94. Стародубов, В.И. Стандарты медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации: состояние и перспективы / В.И. Стародубов, Т.А. Ефремова, Н.В. Коробов, Л.А. Лошаков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – Т. 59. – №. 4. – С. 4-9.
95. Стародубов, В.И. Вопросы использования стандартов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №. 5. – С. 60-74.
96. Стародубов, В.И. Оценка эффективности программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи / В.И. Стародубов, В.О. Флек, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, Е.А. Носова // Менеджер здравоохранения. – 2010. – №. 2. – С. 4-15.
97. Столбов, А.П. Расчет затрат на выполнение стандарта медицинской помощи / А.П. Столбов, П.П. Кузнецов, В.В. Мадьянова // Врач и информационные технологии. – 2013. – №. 3. – С. 6-16.
98. Столбов, А.П. Формирование территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с учетом медико-демографических особенностей региона / А.П. Столбов, С.А. Орлов, М.В. Игнатьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – №. 7-8. – С. 11-16.

99. Сура, М.В. Вопросы региональной адаптации системы оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с применением клинко-статистических групп / М.В. Сура // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – №. 4 (30). – С. 11-20.
100. Тельнова, Е.А. О состоянии льготного лекарственного обеспечения / Е.А. Тельнова, А.А. Загоруйченко // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени НА Семашко. – 2021. – №. 2. – С. 72-81.
101. Тишкина, С.Н. Нормативно-правовое регулирование обеспечения оказания медицинской помощи по профилю «онкология» / С.Н. Тишкина, В.Е. Мацкевич, Ю.А. Ледовских, Е.В. Семакова, В.В. Омеляновский // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2020. – Т. 13. – №. 3. – С. 304-315.
102. Ткачева, А.Г. Роль системы обязательного медицинского страхования в повышении эффективности оказания онкологической помощи в Челябинской области / А.Г. Ткачева, Е.С. Недочукова, Л.В. Подлубная, Д.А. Кравченко // Национальное здравоохранение. – 2022. – Т. 3. – №. 2. – С. 20-29.
103. Улумбекова, Г.Э. Факторы влияния на смертность от новообразований и болезней системы кровообращения в РФ с 2019 по 2020 г / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, И.В. Петрачков // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – №. 3 (25). – С. 4-23.
104. Улумбекова, Г.Э. Организация и финансирование онкологической помощи в РФ в 2018-2024 гг / Г.Э. Улумбекова, Н.В. Альвианская, И.В. Петрачков // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – №. 1 (27). – С. 33-74.
105. Успенская, И.В. Совершенствование оплаты специализированной медицинской помощи / И.В. Успенская, А.А. Низов, Е.В. Манухина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25. – №. 3. – С. 152-155.

106. Федяев, Д.В. Проблемы конкретизации программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи / Д.В. Федяев, Л.С. Мельникова, М.В. Сура, М.В. Авксентьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2015. – №. 3 (21). – С. 53-59.
107. Федяев, Д.В. Предложения и рекомендации по оптимизации Программы государственных гарантий РФ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи / Д.В. Федяев, Д.В. Лукьянцева, В.И. Игнатьева // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2016. – Т. 9. – №. 4. – С. 31-37.
108. Федяев, Д.В. Подходы к конкретизации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи / Д.В. Федяев, Д.В. Лукьянцева, В.И. Игнатьева // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – №. 1 (27). – С. 15-22.
109. Федяев, Д.В. Формирование клинико-статистических групп для оплаты лечения злокачественных новообразований в модели 2019 года / Д.В. Федяев, В.В. Омеляновский, М.Л. Лазарева, Ю.В. Серяпина, Ю.А. Ледовских // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12. – №. 3. – С. 169-177.
110. Федяев, Д.В. Обзор существующих возможностей и ограничений программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи / Д.В. Федяев, Р.В. Гостищев, В.А. Лемешко, О.И. Ивахненко // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12. – №. 3. – С. 221-229.
111. Федяев, Д.В. Оценка сбалансированности нормативов Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи / Д.В. Федяев, С.А. Ковалева, К.В. Герасимова // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2020. – Т. 13. – №. 3. – С. 283-290.

112. Федяева, В.К. Нормативно-правовой статус клинических рекомендаций и их роль в системе контроля качества медицинской помощи в странах Европейского Союза, Северной Америки и Азии / В.К. Федяева, У.Н. Дмитриева, Н.И. Журавлева, М.Ю. Ковалева М.Ю., А.С. Коробкина, О.А. Сухоруких, А.А. Пашкина // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12. – №. 3. – С. 239-245.
113. Федяева, О.А. Первая программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам: предпосылки создания и история развития / О.А. Федяева // Научные записки молодых исследователей. – 2021. – №. 2. – С. 5-13.
114. Шахзадова, А.О. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / А.О. Шахзадова, В.В. Старинский, И.В. Лисичникова // Сибирский онкологический журнал. – 2023. – Т.22. – №5. – С. 5-13.
115. Шевчук, Е.П. Правовое значение стандартов оказания медицинской помощи в Российской Федерации / Е.П. Шевчук // ГлаголЪ правосудия. – 2016. – №. 1 (11). – С. 43-47.
116. Шевчук, Е.П. Порядки и стандарты медицинской помощи как инструменты в оценке качества оказания медицинских услуг в России / Е.П. Шевчук // Сибирский юридический вестник. – 2016. – №. 4. – С. 89-94.
117. Шелякин, В.А. Региональный опыт совершенствования системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний: достижения, проблемы, перспективы / В.А. Шелякин, А.С. Худяев, Е.Г. Князева // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2018. – №. 1 (11). – С. 47-53.
118. Шелякин, В.А. Планирование медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации / В.А. Шелякин, С.А. Линник, Д.А. Третьяков, А.С. Худяев, С.А. Швачко // Менеджер здравоохранения. – 2023. – №. 1 – С. 60–69.

119. Шипова, В.М. Актуальные проблемы планирования онкологической помощи / В.М. Шипова, Е.А. Берсенева //Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени НА Семашко. – 2020. – №. 1. – С. 4-9.
120. Шишкин, С.В. Территориальная дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в ОМС / С.В. Шишкин, О.Ф. Понкратова //Вопросы государственного и муниципального управления. – 2021. – №. 1. – С. 75-99.
121. Agarwal, N. Optimizing medical care via practice guidelines and quality improvement initiatives / N. Agarwal, B. Youngerman, W. Kaakaji, G. Smith, J.M. McGregor, C.J. Powers, B. Guthikonda, R. Menger, C.M. Schirmer, J.M. Rosenow, J. Cozzens J., K.T. Kimmell // World Neurosurgery. – 2021. – Vol. 151. – P. 375-379.
122. Aggarwal, A. Cancer economics, policy and politics: what informs the debate? Perspectives from the EU, Canada and US / A. Aggarwal, O. Ginsburg, T. Fojo // Journal of Cancer Policy. – 2014. – Vol. 2. – №. 1. – P. 1-11.
123. Andreano, A. Adherence to guidelines and breast cancer patients survival: a population-based cohort study analyzed with a causal inference approach / A. Andreano, P. Rebora, M.G. Valsecchi, A.G. Russo // Breast cancer Res. Treat. 2017. – Vol.164 – №.1. P. 119-31.
124. Aviki, E.M. Alternative payment and care-delivery models in oncology: A systematic review / E.M. Aviki et al. // Cancer. – 2018. – Vol.124. – №.16. – P. 3293-3306.
125. Bachmann, L. Clinical practice guidelines of medical societies in Switzerland: analysis of the current state / L. Bachmann, A. Ulyte, H. Dressel // Swiss Medical Weekly. – 2019. – Vol.2019. – P. 20134.
126. Beauchemin, M. Implementation of clinical practice guidelines in the healthcare setting: A Concept Analysis / M. Beauchemin, E. Cohn, R.C. Shelton // ANS. Advances in Nursing Science. – 2019. – Vol.42. – №.4. – P. 307.

127. Bhimani, N. Cost of colorectal cancer by treatment type from different health economic perspectives: A systematic review / N. Bhimani, G.Y. Wong, C. Molloy, M. Dieng, T.J. Hugh // *European Journal of Surgical Oncology*. – 2022. – Vol.48. – №.10. – P. 2082-2093.
128. Bobby, J.M. Financial toxicity in cancer care in India: a systematic review / J.M. Bobby, S. Rajappa, A. Mathew // *The Lancet Oncology*. – 2021. – Vol.22. – №.12. – P. e541-e549.
129. Boland, G.M. Association between adherence to National Comprehensive Cancer Network treatment guidelines and improved survival in patients with colon cancer / G.M. Boland, G.J. Chang, A.B. Haynes, Y.J. Chiang, R. Chagpar, Y. Xing, et al. // *Cancer*. – 2013. – Vol.119. – №.8. – P. 1593-1601.
130. Bonastre, J. Access to innovation: is there a difference in the use of expensive anticancer drugs between French hospitals? / J. Bonastre, J. Chevalier, C. Van der Laan, M. Delibes, G. De Pouvourville // *Health Policy*. – 2014. – Vol.116. – №.2-3. – P. 162-169.
131. Borrás, J.M. Innovation, value and reimbursement in radiation and complex surgical oncology: Time to rethink / J.M. Borrás, J. Corral, A. Aggarwal, R. Audisio, J.A. Espinas, J. Figueras, P. Naredi, D. Panteli, N. Pourel, J. Prades, Y. Lievens // *European Journal of Surgical Oncology*. – 2022. – Vol.48. – №.5. – P. 967-977.
132. Carrasco-Peña, F. Adherence to clinical practice guidelines and colorectal cancer survival: A retrospective high-resolution population-based study in Spain / F. Carrasco-Peña, E. Bayo-Lozano, M. Rodríguez-Barranco, D. Petrova, R. Marcos-Gragera, M.C. Carmona-Garcia, et al. // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2020. – Vol.17. – №.18. – P. 6697.
133. Chiew, K.L. Assessing guideline adherence and patient outcomes in cervical cancer / K.L. Chiew, Sh. Chong, K.J. Duggan, N. Kaadan, Sh.K. Vinod // *Asia-Pacific J. Clin. Oncol.* – 2017. – Vol.13. – №.5. – P. e373-e380.
134. Conombo, B. Economic Evaluation of In-Hospital Clinical Practices in Acute Injury Care: A Systematic Review / B. Conombo, J.R. Guertin, P.A. Tardif, M.A.

- Gagnon, C. Duval, P. Archambault, S. Berthelot, F. Lauzier, A.F. Turgeon, H.T. Stelfox, M. Chassé, J.S. Hoch, B. Gabbe, H. Champion, F. Lecky, P. Cameron, L. Moore // *Value in Health*. – 2022. – Vol.25. – №.5. – P. 844-854.
135. Dahm-Kähler, P. Implementation of National Guidelines increased survival in advanced ovarian cancer - A population-based nationwide SweGCG study / P. Dahm-Kähler, E. Holmberg, M. Holtenman, A. Flöter Rådestad, Ch. Borgfeldt, E. Hjerpe, et. al. // *Gynecol Oncol*. – 2021 Apr; Vol.161(1) – P. 244-250.
136. Davies, J. Clinical guidelines as a tool for legal liability an international perspective / J. Davies // *Med. & L.* – 2009. – Vol.28. – C. 603.
137. Falit, B.P. Design and implementation of bundled payment systems for cancer care and radiation therapy / B.P. Falit, M.E. Chernew, C.A. Mantz // *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. – 2014. – Vol.89. – №.5. – P. 950-953.
138. Fang, W. Impact of the national health insurance coverage policy on the utilisation and accessibility of innovative anti-cancer medicines in China: an interrupted time-series study / W. Fang, X. Xu, Y. Zhu, H. Dai, L. Shang, X. Li // *Frontiers in Public Health*. – 2021. – Vol.9. – P. 714127.
139. Fearnley, R.A. Status of national guidelines in dictating individual clinical practice and defining negligence / R.A. Fearnley, M.D.D. Bell, A.R. Bodenham // *British Journal of Anaesthesia*. – 2012. – Vol.108. – №.4. – P. 557-561.
140. Fervers, B. Clinical practice guidelines / B. Fervers, J. Carretier, A. Bataillard // *Journal of Visceral Surgery*. – 2010. – Vol.147. – №.6. – P. e341-e349.
141. Franco, J.V.A. Clinical practice guidelines: concepts, limitations and challenges / J.V.A. Franco, M. Arancibia, N. Meza, E. Madrid, K. Kopitowski // *Medwave*. – 2020. – Vol.20. – №.3.
142. Gelband, H. Disease control priorities, (volume 3): Cancer / H. Gelband, H. Gelband, P. Jha, R. Sankaranarayanan, S. Horton (ed.) // *World Bank Publications*. – 2015.
143. Goldsbury, D.E. Health services costs for cancer care in Australia: Estimates from the 45 and Up Study / D.E. Goldsbury, S. Yap, M.F. Weber, M. Veerman, N. Rankin,

- E. Banks, K. Canfell, D.L. O'Connell // PloS One. – 2018. – Vol.13. – №.7. – P. e0201552.
144. Gómez Doblas, J.J. Implementation of clinical practice guidelines: Wishful thinking or reality. Decision algorithm / J.J. Gómez Doblas, L. Rodríguez-Padial // Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis: Publicacion Oficial de la Sociedad Espanola de Arteriosclerosis. – 2021. – Vol.33. – P. 33-39.
 145. Graham, B. Clinical practice guidelines: what are they and how should they be disseminated? / B. Graham // Hand Clinics. – 2014. – Vol.30. – №.3. – C. 361-365.
 146. Guerra-Farfan, E. Clinical practice guidelines: The good, the bad, and the ugly / E. Guerra-Farfan, Y. Garcia-Sanchez, M. Jornet-Gibert, J.H. Nuñez, M. Balaguer-Castro, K. Madden // Injury. – 2023. – Vol.54. – P. S26-S29
 147. Guilfoyle, M.R. Implementation of neuro-oncology service reconfiguration in accordance with NICE guidance provides enhanced clinical care for patients with glioblastoma multiforme / M.R. Guilfoyle, R.A. Weerakkody, A. Oswal, I. Oberg, .C Jeffery, K. Haynes, et al. // Br J Cancer. – 2011 Jun 7; Vol.104(12) – P. 1810-5.
 148. Guillod, O. Clinical guidelines and professional liability: a short comment from the legal side / O. Guillod // ORL. – 2010. – Vol.72. – №.3. – P. 133-137.
 149. Han, K.T. National Cancer Control Plan of the Korea: Current Status and the Fourth Plan (2021-2025) / K.T. Han, J.K. Jun, J.S. Im // Journal of Preventive Medicine and Public Health. – 2023. – Vol.56. – №.3. – P. 205.
 150. Horton, S. Health system strengthening: Integration of breast cancer care for improved outcomes / S. Horton, R. Camacho Rodriguez, B.O. Anderson, S. Aung, B. Awuah, L. Delgado Pebé, C. Duggan, A. Dvaladze, S. Kumar, R. Murillo, R. Mra, A.F. Rositch, M. Songiso, R. Sullivan, A.T. Tsunoda, S.H. Teo, H. Gelband // Cancer. – 2020. – Vol.126. – P. 2353-2364.
 151. Hoyt, D.B. Clinical practice guidelines / D.B. Hoyt // The American journal of surgery. – 1997. – Vol.173. – №.1. – P. 32-34.

152. Hurwitz, B. Clinical guidelines and the law: advice, guidance or regulation? / B. Hurwitz // *Journal of evaluation in clinical practice*. – 1995. – Vol.1. – №.1. – P. 49-60.
153. Ibarrondo, O. Health care costs of breast, prostate, colorectal and lung cancer care by clinical stage and cost component / O. Ibarrondo, G. Lizeaga, J.M. Martínez-Llorente, I. Larrañaga, M. Soto-Gordoa, I. Álvarez-López // *Gaceta Sanitaria*. – 2022. – Vol.36. – P. 246-252.
154. Insamran, W. National cancer control program of Thailand / W. Insamran, S. Sangrajang // *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. – 2020. – Vol.21. – №.3. – P. 577.
155. Irving, A.H. Economic evaluation of national patient blood management clinical guidelines in cardiac surgery / A.H. Irving, A. Harris, D. Petrie, A. Higgins, J.A. Smith, L. Tran, C.M. Reid, Z.K. McQuilten // *Value in Health*. – 2022. – Vol.25. – №.3. – P. 419-426.
156. Jacofsky, D.J. Episodic payments (bundling): Part I / D.J. Jacofsky // *The bone & joint journal*. – 2017. – Vol.99. – №.10. – P. 1280-1285.
157. Jelenc, M. Developments in National Cancer Control Programmes in Europe—Results From the Analysis of a Pan-European Survey / M. Jelenc, E. Weiderpass, P. Fitzpatrick, T. Albrecht // *Cancer Control*. – 2021. – Vol.28. – P. 10732748211041508.
158. Jiang, Z. Guideline for [Clinical Guidelines Constitution/Amendment] in China / Z. Jiang, S.Y. Zhan, L. Zuo, X.W. Jia, H. Fang, X.X. Li, X. Ye, R.L. Gao // *International Journal for Quality in Health Care*. – 2019. – Vol.31. – №.7. – P. 568-574.
159. Jönsson, B. Cost of cancer: healthcare expenditures and economic impact / B. Jönsson // *Regulatory and Economic Aspects in Oncology*. – 2019. – P. 7-23.
160. Khayat, D. National cancer plans: the French experience / D. Khayat // *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. – 2013. – Vol.33. – №.1. – P. e242-e244.

161. Klugar, M. Czech national project 'Clinical Practice Guidelines' methodology and current results / M. Klugar, J. Klugarová, A. Pokorná, R. Líčeník, D. Dolanová, J. Mužík, T. Nečas, P. Bůřilová, M. Hunčovský, L. Dušek // JBI Evidence Implementation. – 2019. – Vol.17. – P. S3-S5.
162. Knies, S. Integrating clinical and economic evidence in clinical guidelines: More needed than ever! / S. Knies, J.L. Severens, W.B. F. Brouwer // Journal of evaluation in clinical practice. – 2019. – Vol.25. – №.4. – P. 561-564.
163. Koli, P.G. A systematic review of standard treatment guidelines in India / P.G. Koli, N.A. Kshirsagar, Y.C. Shetty, D. Mehta, Y. Mittal, U. Parmar // The Indian Journal of Medical Research. – 2019. – Vol.149. – №.6. – P. 715.
164. Kovacs, E. Economic evaluation of guideline implementation in primary care: a systematic review / E. Kovacs, X. Wang, R. Strobl, E. Grill // International Journal for Quality in Health Care. – 2020. – Vol.32. – №.1. – P. 1-11.
165. Legido-Quigley, H. Clinical guidelines in the European Union: mapping the regulatory basis, development, quality control, implementation and evaluation across member states / H. Legido-Quigley, D. Panteli, S. Brusamento, C. Knai, V. Saliba, E. Turk, M. Solé, U. Augustin, J. Car, M. McKee, R. Busse // Health policy. – 2012. – Vol.107. – №.2-3. – P. 146-156.
166. Leming-Lee, T. Translation of evidence-based practice: quality improvement and patient safety / T. Leming-Lee, R. Watters // Nursing Clinics. – 2019. – Vol.54. – №.1. – P. 1-20.
167. Lentz, R. Financial toxicity in cancer care: prevalence, causes, consequences, and reduction strategies / R. Lentz, A.B. Benson III, S. Kircher // Journal of surgical oncology. – 2019. – Vol.120. – №.1. – P. 85-92.
168. Lievens, Y. How public health services pay for radiotherapy in Europe: an ESTRO–HERO analysis of reimbursement / Y. Lievens, N. Defourny, J. Corral, C. Gasparotto, C. Grau, J.M. Borras // The Lancet Oncology. – 2020. – Vol.21. – №.1. – P. e42-e54.

169. Lindqvist, J. Effect of adherence to treatment guidelines on overall survival in elderly non-small-cell lung cancer patients / J. Lindqvist, A. Jekunen, E. Sihvo, M. Johansson, H. Andersén // *Lung Cancer*. – 2022. – Vol.171. – P. 9-17.
170. Martini, A. A Plea for Economically Sustainable Evidence-based Guidelines / A. Martini, N. Mottet, F. Montorsi, A. Necchi, M.J. Ribal, B. Malavaud // *European Urology*. – 2022. – P. S0302-2838 (22) 02549.
171. Mayer, J. Implementing clinical guidelines / J. Mayer, C. Kipps, H.R. Cock // *Practical Neurology*. – 2019. – Vol.19. – №.6. – P. 529-535.
172. Mihailovic, N. Review of diagnosis-related group-based financing of hospital care / N. Mihailovic, S. Kocic, M. Jakovljevic // *Health services research and managerial epidemiology*. – 2016. – Vol.3. – P. 2333392816647892.
173. Miller, F.H. The legal ramifications of the NCCN practice guidelines / F.H. Miller // *Oncology (Williston Park, NY)*. – 1996. – Vol.10. – №.11 Suppl. – P. 35-39.
174. Moses, R.E. Legal risks of clinical practice guidelines / R.E. Moses, A.D. Feld // *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*. – 2008. – Vol.103. – №.1. – P. 7-11.
175. Murad, M.H. Clinical practice guidelines: a primer on development and dissemination / M.H. Murad // *Mayo Clinic Proceedings*. – Elsevier, 2017. – Vol.92. – №.3. – P. 423-433.
176. Oza, V.M. Reaching safe harbor: legal implications of clinical practice guidelines / V.M. Oza, S. El-Dika, M.A. Adams // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. – 2016. – Vol.14. – №.2. – P. 172-174.
177. Panchal, R. The implementation of value-based frameworks, clinical care pathways, and alternative payment models for cancer care in the United States / R. Panchal, M. Brendle, S. Ilham, A. Kharat, H.W. Schmutz, D. Huggar, A. McBride, R. Copher, T. Au, C. Willis, D. Brixner // *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. – 2023. – P. 1-10.
178. Pereira, V.C. Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews / V.C. Pereira, S.N. Silva, V.K.S.

- Carvalho, F. Zanghelini, J.O.M. Barreto // Health Research Policy and Systems. – 2022. – Vol.20. – №.1. – P. 13.
179. Pfaendler, K.S. Disparities in adherence to National Comprehensive Cancer Network treatment guidelines and survival for stage IB-IIA cervical cancer in California / K.S. Pfaendler, J. Chang, A. Ziogas, R.E. Bristow, K.R. Penner // Obstet. Gynecol. – 2018. – Vol.131. – №.5. – P. 899.
180. Polson, M. Modeling episode-based payments for cancer using commercial claims data / M. Polson, T. Lord, T. Evangelatos, A. Kangethe, L.C. Speicher, S. Barrientos, C. Zacker // Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy. – 2019. – Vol.25. – №.2. – P. 235-245.
181. Quentin, W. How Denmark, England, Estonia, France, Germany, and the USA pay for variable, specialized and low volume care: a cross-country comparison of inpatient payment systems / W. Quentin, V. Stephani, R.A. Berenson, L. Bilde, K. Grasic, R. Sikkut, M. Touré, A. Geissler // International Journal of Health Policy and Management. – 2022. – Vol.11. – №.12. – P. 2940.
182. Ramsey, S.D. Weighing costs and benefits in the economics of cancer care / S.D. Ramsey, S.B. Dusetzina // Journal of Clinical Oncology. – 2020. – Vol.38. – №.4. – P. 289.
183. Razis, E. Essential medicines list in national cancer control plans: a secondary analysis from a global study / E. Razis, M. Kassapian, C. Andriakopoulou, Y.M. Martei, S.J. Zurn, N. Hammad, Y. Romero, U. Dafni, A.M. Ilbawi, D. Trapani // The Lancet Oncology. – 2022. – Vol.23. – №.3. – P. e144-154.
184. Rocque, G.B. Impact of nonconcordance with NCCN guidelines on resource utilization, cost, and mortality in de novo metastatic breast cancer / G.B. Rocque, C.P. Williams, B.E. Jackson, S.A. Ingram, K.I. Halilova, M. Pisu, K.M. Kenzik, A. Azuero, A. Forero, S. Bhatia // Journal of the National Comprehensive Cancer Network. – 2018. – Vol.16. – №.9. – P. 1084-1091.
185. Rocque, G.B. Concordance with NCCN treatment guidelines: Relations with health care utilization, cost, and mortality in breast cancer patients with secondary

- metastasis / G.B. Rocque, C.P. Williams, K.M. Kenzik, B.E. Jackson, A. Azuero, K.I. Halilova, S.A. Ingram, M. Pisu, A. Forero, S. Bhatia // *Cancer*. – 2018. – Vol.124. – №.21. – P. 4231-4240.
186. Rodriguez, V.E. Guideline-adherent treatment, sociodemographic disparities, and cause-specific survival for endometrial carcinomas / V.E. Rodriguez, A.M.W. LeBrón, J. Chang, R.E. Bristow // *Cancer*. – 2021. – Vol.127. – №.14. – P. 2423-2431.
187. Romero, Y. National cancer control plans: a global analysis / Y. Romero et al. // *The lancet oncology*. – 2018. – Vol.19. – №.10. – P. e546-e555.
188. Sacerdote, C. Compliance with clinical practice guidelines for breast cancer treatment: a population-based study of quality-of-care indicators in Italy / C. Sacerdote, R. Bordon, S. Pitarella, M.P. Mano, I. Baldi, D. Casella, et al. // *BMC Heal. Serv. Res.* – 2013. – Vol.13. – P. 1-12.
189. Schumacher, H. Funding cancer quality improvement: payer's perspective / H. Schumacher // *Journal of Oncology Practice*. – 2015. – Vol.11. – №.3. – P. 180-181.
190. Sessa, C. Implementing clinical practice guidelines: time to assess it / C. Sessa, N. Colombo, C.L. Creutzberg, N. Concin, P. Wimberger, G. Curigliano, K. Marinoni, J.Y. Douillard, G. Pentheroudakis, V. Torri, S. Rauh // *ESMO open*. – 2020. – Vol.5. – №.6.
191. Stella, P.J. Provider Perspective on the Payer Perspective: What's in It for Me? / P.J. Stella, K.A. Harrison // *Journal of Oncology Practice*. – 2015. – Vol.11. – №.3. – P. 182-184.
192. Taipale, J. Clinical practice guidelines in courts' representation of medical evidence and testimony / J. Taipale, L. Hautamäki // *Social Science & Medicine*. – 2021. – Vol.275. – P. 113805.
193. Torode, J.S. Ten Years of the International Cancer Control Partnership: Promoting National Cancer Control Plans to Shape the Health System Response for Cancer Control / J.S. Torode, Z. Tittenbrun, Y. Romero, S.E. Johnson, J.M. Bourque, L.S.

- Given, K.E. Hohman, E. Hawk, L.M. Stevens // JCO Global Oncology. – 2023. – Vol.9. – P. e2200232.
194. Urban, R.R. The cost of initial care for Medicare patients with advanced ovarian cancer / R.R. Urban, H. He, R. Alfonso-Cristancho, M.M. Hardesty, B.A. Goff // Journal of the National Comprehensive Cancer Network. – 2016. – Vol.14. – №.4. – P. 429-437.
195. Uyl-de Groot, C.A. Dispelling the myths around cancer care delivery: it's not all about costs / C.A. Uyl-de Groot et al. // Journal of Cancer Policy. – 2014. – Vol.2. – №.1. – P. 22-29.
196. Vallejos, C. National plan for prevention, early detection, and cancer control in Peru / C. Vallejos // American Society of Clinical Oncology Educational Book. – 2013. – Vol.33. – №.1. – P. e245-e248.
197. van de Water, W. Adherence to treatment guidelines and survival in patients with early-stage breast cancer by age at diagnosis / W. van de Water, E. Bastiaannet, O.M. Dekkers, A.J.M. de Craen, R.G.J. Westendorp, A.C. Voogd, et al. // J. Br. Surgery. – 2012. – Vol.99. – №.6. – P. 813-820.
198. Voda, A.I. Public health care financing and the costs of cancer care: a cross-national analysis / A.I. Voda, I. Bostan // Cancers. – 2018. – Vol.10. – №.4. – P. 117.
199. Wang, C.J. Association of a bundled-payment program with cost and outcomes in full-cycle breast cancer care / C.J. Wang et al. // JAMA oncology. – 2017. – Vol.3. – №.3. – P. 327-334.
200. Williams, C.P. Guideline discordance and patient cost responsibility in medicare beneficiaries with metastatic breast cancer / C.P. Williams, A. Azuero, K.M. Kenzik, M. Pisu, R.D. Nipp, S. Bhatia, G.B. Rocque // Journal of the National Comprehensive Cancer Network. – 2019. – Vol.17. – №.10. – P. 1221-1228.
201. Williams, C.P. Impact of guideline-discordant treatment on cost and health care utilization in older adults with early-stage breast cancer / C.P. Williams, K.M. Kenzik, A. Azuero, G.R. Williams, M. Pisu, K.I. Halilova, S.A. Ingram, S.K. Yagnik,

- A. Forero, S. Bhatia, G.B. Rocque // *The Oncologist*. – 2019. – Vol.24. – №.1. – P. 31-37.
202. Winckworth-Prejsnar, K. Policy challenges and opportunities to address changing paradigms in cancer care delivery / K. Winckworth-Prejsnar, J. McCanney, A.A. Schatz, W. Smedley, L.C. Platanias, C.M. Benitez, L.N. Newcomer, C.L. Fitzgerald, R.W. Carlson // *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. – 2019. – Vol.17. – №.5. – P. 424-431.
203. Wöckel, A. Effects of guideline adherence in primary breast cancer—a 5-year multi-center cohort study of 3976 patients / A. Wöckel, C. Kurzeder, V. Geyer, I. Novasphenny, R. Wolters, M. Wischnewsky, et al. // *Breast*. – 2010. – Vol.19. – №.2. – P. 120-127.
204. Wolters, R. Guidelines are advantageous, though not essential for improved survival among breast cancer patients / R. Wolters, J. Wischhusen, T. Stüber, C.R. Weiss, M. Krockberger, C. Bartmann, et al. // *Breast cancer Res. Treat.* – 2015. – Vol.152. – P. 357-366.
205. Worhunsky, D.J. Compliance with gastric cancer guidelines is associated with improved outcomes / D.J. Worhunsky, Y. Ma, Y. Zak, G.A. Poultsides, J.A. Norton, K.F. Rhoads, et al. // *J. Natl. Compr. Cancer Network*. – 2015. – Vol.13. – №.3. – P. 319-325.
206. Yaşar, I. Quality assessment of clinical practice guidelines developed by professional societies in Turkey / I. Yaşar, R. Kahveci, A. Baydar Artantaş, D. Ayhan Başer, F. Gökşin Cihan, I. Şencan, E.M. Koç, A. Özkara // *PLoS One*. – 2016. – Vol.11. – №.6. – P. e0156483.
207. Yeoh, K. Health Economics and Cancer Care / K. Yeoh, A. Gray // *Clinical Oncology*. – 2022. – Vol.34. – №.9. – P. e377-e382.
208. Yoon, W.S. Fraction size: a new paradigm for radiotherapy payment / W.S. Yoon // *Journal of Korean medical science*. – 2019. – Vol.34. – №.12.

209. Методические рекомендации по разработке проектов стандартов медицинской помощи (новая редакция). ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России. 2022. URL: <https://rosmedex.ru/standarts> (дата обращения 10.11.2022).
210. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» [Электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/info/35561/>
211. Письмо Минздрава России № 11-9/10/2-7938, ФФОМС N 8089/21-и от 24.12.2015 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191128/96c60c11ee5b73882df84a7de3c4fb18f1a01961/
212. Письмо Минздрава России № 11-8/10/2-8266, ФФОМС № 12578/26/и от 22.12.2016 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_209649/
213. Письмо Минздрава России № 11-7/10/2-8080, ФФОМС № 13572/26-2/и от 21.11.2017 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_283654/
214. Письмо Минздрава России № 11-7/10/2-7543, ФФОМС № 14525/26-1/и от 21.11.2018 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_311739/
215. Письмо Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»

- [Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_340431/
216. Письмо Минздрава России № 11-7/И/2-20691, ФФОМС № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_373747/
217. Письмо Минздрава России от 04.02.2022 № 11-7/И/2-1631 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_408645/
218. Письмо Минздрава России от 26.01.2023 № 31-2/И/2-1075 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_438514/
219. Письмо Минздрава России от 11.11.2022 № 17-4/7174 "О сроках применения клинических рекомендаций» [Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_431998/
220. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» [Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191018/
221. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» [Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_209465/
222. Постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

- медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»
[Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284889/
223. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506
«О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»
[Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_313205/
224. Постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610
«О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»
[Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_339883/
225. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299
«О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»
[Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_373291/
226. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505
«О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»
[Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_405705/
227. Постановление Правительства Российской Федерации 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»
[Электронный ресурс]. URL:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_436688/

228. Постановление Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_41051/
229. Постановление Правительства Российской Федерации 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" [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_400730
230. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4208/
231. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология"» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_145464/
232. Приказ Минздрава России от 16.05.2017 № 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_217604/

233. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_325476/
234. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 102н «Об утверждении Положения о научно-практическом совете Министерства здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_321437/
235. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324276/
236. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 104н «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_333030/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddf518/
237. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/
238. Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_381129/

239. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_384140/
240. Приказ Минздрава России от 22.02.2022 № 103н «Об утверждении порядка разработки стандартов медицинской помощи» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_418539/
241. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_110198/
242. Приказ ФФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/
243. «Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129344/
244. «Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 («О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027>
245. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/

246. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/
247. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

Приложение А

Перечень стандартов медицинской помощи для возрастной категории взрослые и кодов МКБ-10 C00-C80, утвержденных в период с 2012 по 2018 годы

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
1	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1198н	Да
2	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки II-III стадии (лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 713н	Да
3	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной и прямой кишки III стадии (адьювантное химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1162н	Да
4	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных метастатических и рецидивных новообразованиях ободочной и прямой кишки IV стадии (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1531н	Да
5	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной и прямой кишки III стадии (адьювантная химиотерапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 671н	Да
6	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки I стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1142н	Да
7	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки IV стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 629н	Да
8	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки II - III стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 627н	Да

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
9	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки 0-I стадии (эндоскопическое лечение радикальное)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 628н	Да
10	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях легкого I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1081н	Да
11	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II-III стадии (послеоперационная лучевая терапия, дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1139н	Да
12	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II - III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 784н	Да
13	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II-III стадии (предоперационное лучевое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 709н	Да
14	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II - III стадии (послеоперационная лучевая терапия), мелкоклеточном раке легкого IA - IIIB стадии (лучевая терапия по радикальной программе)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 695н	Да
15	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при генерализованном немелкоклеточном раке легкого IIIB-IV стадии при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому лечению (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1464н	Да
16	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого I-IIIА стадии (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 788н	Да
17	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при мелкоклеточном раке легкого I-IV стадии с прогрессированием процесса (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 694н	Да

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
18	Об утверждении стандарта медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого I-II стадии (хирургическое эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 406ан	Да
19	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого 0-I стадии, функционально неоперабельный больной (эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1504н	Да
20	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого III-IV стадии (паллиативное эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1462н	Да
21	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого I - II стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 684н	Да
22	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях кожи (меланома, рак) I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1185н	Да
23	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при раке кожи I-IV стадии (дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1172н	Да
24	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при раке кожи I-IV стадии (лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 607н	Да
25	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях кожи 0, I, II стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 665н	Да
26	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях кожи III (T1-4a,bN1-3M0) стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 624н	Да
27	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных	Приказ Минздрава России от	Да

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
	новообразованиях кожи IV стадии (хирургическое лечение)	07.11.2012 № 623н	
28	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при раке кожи I-IV стадии с внутрикожными метастазами (фотодинамическая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 776н	Да
29	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы III стадии (предоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 756н	Да
30	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I - III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 704н	Да
31	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I-III стадии (системное лекарственное, включая химиотерапевтическое, лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 723н	Да
32	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при первично-генерализованных и рецидивных формах злокачественных новообразованиях молочной железы IV стадии - первично; I - IV стадии - прогрессирование (системное лекарственное, в том числе химиотерапевтическое, лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 612н	Да
33	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы IIIB, C стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 782н	Да
34	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы IV стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 705н	Да
35	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы 0, I, II, IIIA стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 645н	Да

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
36	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I-IV стадии при наличии внутрикожного метастаза (фотодинамическая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 661н	Да
37	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях губы I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1155н	Нет
38	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях полости рта 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1121н	Нет
39	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях ротоглотки 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1195н	Нет
40	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях гортаноглотки 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1194н	Нет
41	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях губы I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1184н	Нет
42	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях полости рта 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1277н	Нет
43	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях ротоглотки 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1169н	Нет
44	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях гортаноглотки 0-IV стадии	Приказ Минздрава России от	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
	(обследование при проведении диспансерного наблюдения)	20.12.2012 № 1199н	
45	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях полости рта, ротоглотки, губы (самостоятельная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1146н	Нет
46	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях губы I-III стадии, полости рта I-II стадии, ротоглотки I-III стадии (самостоятельная дистанционная лучевая терапия в дневном стационаре)	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1704н	Нет
47	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях полости рта II-IV А стадии (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 753н	Нет
48	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях полости рта II-IV А стадии (пред- и послеоперационная дистанционная лучевая терапия в условиях дневного стационара)	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1739н	Нет
49	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях околоушной слюнной железы, других и неуточненных больших слюнных железах I-IV А, В стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1743н	Нет
50	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях околоушной слюнной железы, других и неуточненных больших слюнных железах I-IV А, В стадии (пред- и послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1529н	Нет
51	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ротоглотки III-IVB стадии (пред- или послеоперационная дистанционная лучевая терапия) (в дневной стационар)	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1745н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
52	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ротоглотки III-IVB стадии (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 824н	Нет
53	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анапластическом раке щитовидной железы IV стадии (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1144н	Нет
54	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных пазух II-IVA стадии (пред- и послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1140н	Нет
55	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных пазух I-IVA стадии (самостоятельная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1135н	Нет
56	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных пазух II-IVA стадии (пред- и послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1606н	Нет
57	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных пазух II-IVA стадии (самостоятельная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1452н	Нет
58	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях гортани I-II стадии, гортаноглотки II (T2N0M0) стадии (самостоятельная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1166н	Нет
59	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях гортани I-II стадии, гортаноглотки II стадии (самостоятельная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1138н	Нет
60	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях пищевода I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1173н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
	заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)		
61	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях желудка I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1136н	Нет
62	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1196н	Нет
63	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях печени и внутрипеченочных желчных протоков I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1161н	Нет
64	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях печени и внутрипеченочных желчных протоков I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1154н	Нет
65	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1160н	Нет
66	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях пищевода I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1170н	Нет
67	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях желудка I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1190н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
68	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1188н	Нет
69	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1165н	Нет
70	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода I-II стадии (сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1472н	Нет
71	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода I-III стадии (предоперационная и послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1163н	Нет
72	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода I - III стадии (предоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 703н	Нет
73	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 702н	Нет
74	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA - IV стадии (послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 647н	Нет
75	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA - IV стадии (предоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 603н	Нет
76	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II-III стадии (пред- и послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1748н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
77	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II-III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 693н	Нет
78	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II и III стадии (предоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 642н	Нет
79	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях заднего прохода (ануса) и анального канала I-III стадии (дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1747н	Нет
80	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода IV стадии (паллиативное химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 605н	Нет
81	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA-IV стадии (паллиативное химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 785н	Нет
82	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы IIB-IV стадии (нерезектабельный процесс, химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1527н	Нет
83	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы I-IIA стадии (послеоперационное химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1191н	Нет
84	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода 0-IA стадии (эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 781н	Нет
85	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода III-IV стадии (эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 664н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
86	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA-IV стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 683н	Нет
87	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка 0 - IA стадии (эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 719н	Нет
88	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка II-IV стадии (эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 396ан	Нет
89	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II-IV стадии (эндоскопическое лечение паллиативное)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 663н	Нет
90	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки IV стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 640н	Нет
91	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы I-III стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1147н	Нет
92	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях носа и придаточных пазух 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1158н	Нет
93	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях гортани 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1477н	Нет
94	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях трахеи I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1151н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
95	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях носа и придаточных пазух 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1118н	Нет
96	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях гортани 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1603н	Нет
97	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях трахеи I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1186н	Нет
98	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях трахеи (сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 789н	Нет
99	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях трахеи (лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 610н	Нет
100	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях гортани 0-I стадии и функциональной неоперабельности (эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1168н	Нет
101	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях гортани I - IV стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 666н	Нет
102	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях трахеи (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 399ан	Нет
103	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях трахеи (эндоскопическое лечение)	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 398ан	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
104	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1149н	Нет
105	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях костей и суставных хрящей I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1164н	Нет
106	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей I-IV стадии (предоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1660н	Нет
107	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей I-IV стадии (самостоятельная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1137н	Нет
108	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей I-IV стадии (предоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1134н	Нет
109	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей I - IV стадии (самостоятельная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 716н	Нет
110	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей II-IV стадии (неoadьювантная, адьювантная, самостоятельная химиотерапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 602н	Нет
111	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях кожи (меланома, рак) I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1143н	Нет
112	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях соединительной и мягких тканей I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1159н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
113	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях соединительной и мягких тканей I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1125н	Нет
114	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях соединительной и мягких тканей I-IV стадии (пред- и послеоперационная дистанционная лучевая терапия в дневном стационаре)	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1742н	Нет
115	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях соединительной и мягких тканей I-IV стадии (предоперационная, послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 641н	Нет
116	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1193н	Нет
117	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях тела матки 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1152н	Нет
118	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях яичников I-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1150н	Нет
119	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1187н	Нет
120	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях тела матки 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1189н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
121	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях яичников 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1088н	Нет
122	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2-III стадии (предоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1453н	Нет
123	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2-III стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1267н	Нет
124	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IB-III стадии и наличии прогностически неблагоприятных признаков (самостоятельная химиолучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1096н	Нет
125	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2-III стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 727н	Нет
126	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2-III стадии (послеоперационная сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 726н	Нет
127	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2-III стадии (предоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 718н	Нет
128	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2-III стадии (предоперационная химиолучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 717н	Нет
129	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IV стадии при наличии метастазов в парааортальных лимфатических узлах (паллиативная химиолучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 644н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
130	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки III стадии (самостоятельная сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 634н	Нет
131	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IB-II стадии (самостоятельная сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 633н	Нет
132	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IV стадии, метастазы в парааортальные лимфатические узлы (паллиативная сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 620н	Нет
133	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2-III стадии (предоперационная сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 618н	Нет
134	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки 0-IA1 стадии (внутриполостная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 611н	Нет
135	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IBG3, ICG (любая), II-III стадии и наличии противопоказаний к хирургическому лечению (самостоятельная сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1192н	Нет
136	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IB G1, G2 (глубокая инфильтрация стенок матки - более 1/3 толщины миометрия и значительная площадь поражения) и IIIA стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1141н	Нет
137	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IIIC стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия малого таза и парааортальной области)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1100н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
138	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IBG3, ICG (любая) стадии (послеоперационная сочетанная лучевая терапия после простой экстирпации матки с придатками)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1099н	Нет
139	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки II-IIIВ, С стадии (послеоперационная сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 712н	Нет
140	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IIIС стадии (послеоперационная сочетанная лучевая терапия малого таза и парааортальной области)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 676н	Нет
141	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки III-IVВ стадии, единичный отдаленный метастаз (химиолучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 674н	Нет
142	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IAG1-3, IBG1-2 стадии при наличии противопоказаний к хирургическому лечению (внутриполостная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 643н	Нет
143	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IV стадии, единичный отдаленный метастаз (послеоперационная сочетанная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1619н	Нет
144	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях яичников (герминогенные опухоли яичников, гранулезостромальные опухоли) II-IV стадии (дистанционная лучевая терапия на остаточную опухоль)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1266н	Нет
145	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки: IIВ, III-IV стадии (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 740н	Нет
146	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IА, BG3, IIIА-CG (любая), IV стадии (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
		07.11.2012 № 673н	
147	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки: 0, IA1, IA2, IB, III (любая) стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1101н	Нет
148	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при атипической гиперплазии и злокачественных новообразованиях тела матки 0, IA-C, IG1-3 стадии (лапароскопические операции)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 670н	Нет
149	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при атипической гиперплазии и злокачественных новообразованиях тела матки IC, IIA-B, IIIA-C G1-3 стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 637н	Нет
150	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы (Брахитерапия I-125)	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 403ан	Нет
151	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы I-III стадии (лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 783н	Нет
152	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы, гормонорефрактерная форма (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 401ан	Нет
153	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы II-III стадии (малоинвазивные методы лечения)	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 402ан	Нет
154	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы III-IV стадии (хирургическое лечение - орхиэктомия)	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 400ан	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
155	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях почки 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1197н	Нет
156	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1157н	Нет
157	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях почки 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1089н	Нет
158	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1174н	Нет
159	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря II-III стадии (лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 660н	Нет
160	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях почки IV стадии при неблагоприятном прогнозе (таргетная терапия, группа неблагоприятного прогноза)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1148н	Нет
161	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря III-IV стадии (инвазивный и метастатический уротелиальный рак, химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1092н	Нет
162	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря I G-3, II-IV стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 626н	Нет
163	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях щитовидной железы 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1156н	Нет

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты	Включены в анализ
164	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях щитовидной железы 0-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1077н	Нет
165	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях щитовидной железы III-IV стадии (послеоперационная лучевая терапия)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1097н	Нет
166	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях печени и внутрипеченочных желчных протоков I-III стадии (хирургическое лечение)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1167н	Нет
167	Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественном новообразовании печени и внутрипеченочных желчных протоков I-IV стадии (обследование при проведении диспансерного наблюдения)	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1122н	Нет
168	Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при меланоме кожи, генерализация и рецидив заболевания (химиотерапевтическое лечение)	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 604н	Нет

Приложение Б

Перечень клинических рекомендаций для онкологических заболеваний взрослых (коды МКБ-10: C00-C80), размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России и включенных в анализ

№ п/п	Наименование клинической рекомендации	Размещены до 2020 года	Размещены после 2020 года
1	Злокачественные новообразования губы	да	да
2	Рак ротоглотки	да	да
3	Злокачественные новообразования полости рта	нет	да
4	Злокачественные опухоли слюнных желез	да	да
5	Рак носоглотки	да	да
6	Рак гортаноглотки	да	да
7	Рак пищевода и кардии	да	да
8	Гастроинтестинальные стромальные опухоли	да	да
9	Нейроэндокринные опухоли	да	да
10	Рак желудка	да	да
11	Злокачественное новообразование ободочной кишки	да	да
12	Рак прямой кишки	да	да
13	Плоскоклеточный рак анального канала, анального края, перианальной кожи	да	да
14	Рак желчевыводящей системы	да	да
15	Рак печени (гепатоцеллюлярный)	да	да
16	Рак поджелудочной железы	да	да
17	Рак полости носа и придаточных пазух	да	да
18	Рак гортани	да	да
19	Рак трахеи	да	да
20	Злокачественное новообразование бронхов и легкого	да	да
21	Опухоли средостения	да	да
22	Саркомы костей	да	да
23	Меланома кожи и слизистых оболочек	да	да
24	Карцинома Меркеля	да	да
25	Базальноклеточный рак кожи	да	да
26	Плоскоклеточный рак кожи	да	да
27	Мезотелиома плевры, брюшины и других локализаций	да	да
28	Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины	да	да
29	Забрюшинные неорганные саркомы	нет	да
30	Саркомы мягких тканей	да	да
31	Рак молочной железы	да	да
32	Рак вульвы	да	да

№ п/п	Наименование клинической рекомендации	Размещены до 2020 года	Размещены после 2020 года
33	Злокачественные новообразования влагалища	да	да
34	Рак шейки матки	да	да
35	Рак тела матки и саркомы матки	да	да
36	Пограничные опухоли яичников	нет	да
37	Неэпителиальные опухоли яичников	да	да
38	Трофобластические опухоли	да	да
39	Рак полового члена	да	да
40	Рак предстательной железы	да	да
41	Герминогенные опухоли у мужчин	да	да
42	Рак паренхимы почки	да	да
43	Уротелиальный рак верхних мочевыводящих путей	да	да
44	Рак мочевого пузыря	да	да
45	Рак уретры	нет	да
46	Увеальная меланома	нет	да
47	Первичные опухоли центральной нервной системы	да	да
48	Дифференцированный рак щитовидной железы	да	да
49	Медуллярный рак щитовидной железы	нет	да
50	Рак коры надпочечника (Адренокортикальный рак)	да	да
51	Опухоли невыявленной первичной локализации	нет	да
52	Вторичное злокачественное новообразование головного мозга и мозговых оболочек	нет	да

Приложение В

Структура вопросов для интервьюирования экспертов врачей-онкологов и радиотерапевтов на этапе апробации методических подходов к формированию стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций

1. Оцените полноту перечней параметров, влияющих на тактику ведения пациента и выбор метода лечения (параметр).
[В случае, если по оценке экспертов требовалось добавление или корректировка параметров, проводился анализ клинических рекомендаций совместно с экспертами.]
2. Оцените полноту перечней методов лечения.
[В случае, если по оценке экспертов требовалось добавление или корректировка методов лечения, проводился анализ клинических рекомендаций совместно с экспертами.]
3. Отнесите методы лечения, предусмотренные клиническими рекомендациями, к параметрам (набору параметров).
4. Оцените количество пациентов, требующих оказания медицинской помощи по клиническим рекомендациям.
5. Определите для каждого параметра (набора параметров) долю пациентов от общей популяции пациентов.
6. Определите долю применения каждого метода лечения для группы пациентов, описанных параметром (набором параметров).
7. Определите кратность применения каждого метода лечения в пациенто-году.
8. Определите долю применения каждого метода лечения для условий оказания медицинской помощи (стационарно, в дневном стационаре, амбулаторно).

Приложение Г

Перечень стандартов медицинской помощи для возрастной категории взрослые и кодов МКБ-10 C00-C80, утвержденных в период с 2020 по 2022 годы

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
1	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях губы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 18.02.2021 № 103н
2	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях губы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 18.02.2021 № 103н
3	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке ротоглотки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 356н
4	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке ротоглотки (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 356н
5	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях полости рта (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 342н
6	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях полости рта (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 342н
7	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных опухолях слюнных желез (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 145н
8	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных опухолях слюнных желез (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 145н
9	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке носоглотки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 344н
10	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке носоглотки (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 344н
11	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке гортаноглотки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 10.02.2021 № 63н
12	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке гортаноглотки (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 10.02.2021 № 63н
13	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке пищевода и кардии (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 125н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
14	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке пищевода и кардии (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 125н
15	Стандарт медицинской помощи взрослым при гастроинтестинальных стромальных опухолях (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 74н
16	Стандарт медицинской помощи взрослым при гастроинтестинальных стромальных опухолях (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 74н
17	Стандарт медицинской помощи взрослым при нейроэндокринных опухолях (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 75н
18	Стандарт медицинской помощи взрослым при нейроэндокринных опухолях (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 75н
19	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке желудка (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 144н
20	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке желудка (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 144н
21	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях ободочной кишки и ректосигмоидного отдела (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 341н
22	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях ободочной кишки и ректосигмоидного отдела (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 341н
23	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке прямой кишки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 124н
24	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке прямой кишки (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 124н
25	Стандарт медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке анального канала, анального края, перианальной кожи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 335н
26	Стандарт медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке анального канала, анального края, перианальной кожи (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 335н
27	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке желчевыводящей системы I-II стадии (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 76н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
28	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке желчевыводящей системы III-IV стадии (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 76н
29	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке желчевыводящей системы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 76н
30	Стандарт медицинской помощи взрослым при гепатоцеллюлярном раке печени (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 02.03.2021 № 161н
31	Стандарт медицинской помощи взрослым при гепатоцеллюлярном раке печени (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 02.03.2021 № 161н
32	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке поджелудочной железы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 14.03.2022 № 163н
33	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке поджелудочной железы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 14.03.2022 № 163н
34	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке полости носа и придаточных пазух (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 79н
35	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке полости носа и придаточных пазух (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 79н
36	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке гортани (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 337н
37	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке гортани (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 337н
38	Стандарт медицинской помощи взрослым при резектабельном раке трахеи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 72н
39	Стандарт медицинской помощи взрослым при нерезектабельном раке трахеи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 72н
40	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке трахеи (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 72н
41	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании бронхов и легкого (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 347н
42	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании бронхов и легкого (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 347н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
43	Стандарт медицинской помощи взрослым при опухолях средостения (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 127н
44	Стандарт медицинской помощи взрослым при саркомах костей (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 340н
45	Стандарт медицинской помощи взрослым при саркомах костей (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 340н
46	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях 0-I меланомы кожи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
47	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии IIA меланомы кожи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
48	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях IIB-C меланомы кожи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
49	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии III резектабельной меланомы кожи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
50	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии IV резектабельной меланомы кожи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
51	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях III-IVB меланомы слизистой оболочки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
52	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях IIIC-IV нерезектабельной меланомы кожи, стадии IVC меланомы слизистой оболочки и прогрессировании стадий 0-IV меланомы кожи и стадий III-IVB меланомы слизистой оболочки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
53	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях 0-IA меланомы кожи (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
54	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях IB-IIB меланомы кожи (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
55	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях IIC-IV меланомы кожи (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 194н
56	Стандарт медицинской помощи взрослым при карциноме Меркеля (диагностика и лечение 0-II стадии)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1255н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
57	Стандарт медицинской помощи взрослым при карциноме Меркеля (диагностика и лечение III стадии)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1255н
58	Стандарт медицинской помощи взрослым при карциноме Меркеля (диагностика и лечение IV стадии)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1255н
59	Стандарт медицинской помощи взрослым при карциноме Меркеля (диспансерное наблюдение 0-II стадии)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1255н
60	Стандарт медицинской помощи взрослым при карциноме Меркеля (диспансерное наблюдение III-IV стадий)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1255н
61	Стандарт медицинской помощи взрослым при базальноклеточном раке кожи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 18.02.2021 № 102н
62	Стандарт медицинской помощи взрослым при базальноклеточном раке кожи (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 18.02.2021 № 102н
63	Стандарт медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке кожи (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 10.03.2021 № 177н
64	Стандарт медицинской помощи взрослым при плоскоклеточном раке кожи (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 10.03.2021 № 177н
65	Стандарт медицинской помощи взрослым при мезотелиоме плевры, брюшины и других локализаций (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 78н
66	Стандарт медицинской помощи взрослым при мезотелиоме плевры, брюшины и других локализаций (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 78н
67	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях I-II рака яичников, рака маточной трубы и первичного рака брюшины (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 336н
68	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях III-IV рака яичников, рака маточной трубы и первичного рака брюшины (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 336н
69	Стандарт медицинской помощи взрослым при рецидивах рака яичников, рака маточной трубы и первичного рака брюшины (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 336н
70	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке яичников, раке маточной трубы и первичном раке брюшины (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 336н
71	Стандарт медицинской помощи взрослым при забрюшинных неорганных саркомах (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 345н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
72	Стандарт медицинской помощи взрослым при забрюшинных неорганных саркомах (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 345н
73	Стандарт медицинской помощи взрослым при саркомах мягких тканей (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 112н
74	Стандарт медицинской помощи взрослым при саркомах мягких тканей (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 112н
75	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке молочной железы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 02.06.2022 № 376н
76	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке молочной железы in situ (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 02.06.2022 № 376н
77	Стандарт медицинской помощи взрослым при люминальном В HER2 отрицательном раке молочной железы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 02.06.2022 № 376н
78	Стандарт медицинской помощи взрослым при люминальном В HER2 положительном раке молочной железы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 02.06.2022 № 376н
79	Стандарт медицинской помощи взрослым при люминальном А раке молочной железы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 02.06.2022 № 376н
80	Стандарт медицинской помощи взрослым при нелюминальном HER2 положительном раке молочной железы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 02.06.2022 № 376н
81	Стандарт медицинской помощи взрослым при тройном негативном раке молочной железы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 02.06.2022 № 376н
82	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии I рака вульвы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1253н
83	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии II рака вульвы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1253н
84	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии III рака вульвы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1253н
85	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии IV рака вульвы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1253н
86	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке вульвы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1253н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
87	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии Tis злокачественных новообразований влагалища (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 27.11.2020 № 1259н
88	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии I злокачественных новообразований влагалища (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 27.11.2020 № 1259н
89	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии II злокачественных новообразований влагалища (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 27.11.2020 № 1259н
90	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии III злокачественных новообразований влагалища (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 27.11.2020 № 1259н
91	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии IV злокачественных новообразований влагалища (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 27.11.2020 № 1259н
92	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных новообразованиях влагалища (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 27.11.2020 № 1259н
93	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии I рака шейки матки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 146н
94	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии II рака шейки матки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 146н
95	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии III рака шейки матки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 146н
96	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии IV рака шейки матки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 146н
97	Стандарт медицинской помощи взрослым при рецидиве рака шейки матки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 146н
98	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке шейки матки (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 01.03.2021 № 146н
99	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке тела матки и саркомах матки (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 01.04.2022 № 231н
100	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке тела матки и саркомах матки (диагностика и лечение, в том числе рецидивов)	Приказ Минздрава России от 01.04.2022 № 231н
101	Стандарт медицинской помощи взрослым при пограничных опухолях яичников (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 05.11.2020 № 1198н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
102	Стандарт специализированной медицинской помощи взрослым при рецидивах пограничных опухолей яичников (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 05.11.2020 № 1198н
103	Стандарт медицинской помощи взрослым при пограничных опухолях яичников (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 05.11.2020 № 1198н
104	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии I неэпителиальных опухолей яичников (герминогенные опухоли, диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 343н
105	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях II-IV неэпителиальных опухолей яичников (герминогенные опухоли, диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 343н
106	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадии I неэпителиальных опухолей яичников (опухоли стромы и полового тяжа, диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 343н
107	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях II-IV неэпителиальных опухолей яичников (опухоли стромы и полового тяжа, диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 343н
108	Стандарт специализированной медицинской помощи взрослым при рецидивах неэпителиальных опухолей яичников (герминогенные опухоли, диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 343н
109	Стандарт специализированной медицинской помощи взрослым при рецидивах неэпителиальных опухолей яичников (опухоли стромы и полового тяжа, диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 343н
110	Стандарт медицинской помощи взрослым при неэпителиальных опухолях яичников (герминогенные опухоли, диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 343н
111	Стандарт медицинской помощи взрослым при неэпителиальных опухолях яичников (опухоли стромы и полового тяжа, диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 343н
112	Стандарт медицинской помощи взрослым при трофобластических опухолях (диагностика и лечение, в том числе рецидива)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 77н
113	Стандарт медицинской помощи взрослым при трофобластических опухолях (диспансерное наблюдение после лечения пузырного заноса)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 77н
114	Стандарт медицинской помощи взрослым при злокачественных трофобластических опухолях (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 77н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
115	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях Tis-TaN0M0 рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
116	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G1-2N0M0 рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
117	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G3-4N0M0, T2-4N0M0 рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
118	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G1-2N1M0 потенциально операбельного рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
119	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G3-4N1M0, T2-4N1M0 потенциально операбельного рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
120	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G1-2N2M0 потенциально операбельного рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
121	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G3-4N2M0, T2-4N2M0 потенциально операбельного рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
122	Стандарт медицинской помощи взрослым при операбельных стадиях T1G1-2N3M0 потенциально операбельного рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
123	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G3-4N3M0, T2-4N3M0 потенциально операбельного рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
124	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T4N2-3M0 неоперабельного рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
125	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях TxNxM1 рака полового члена (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
126	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях Tis-TaN0M0 рака полового члена (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
127	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G1-2N0M0 рака полового члена (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
128	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях T1G3-4N0M0, T2-4N0M0 рака полового члена (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
129	Стандарт медицинской помощи взрослым при стадиях ТхN1-3Mх, ТхNxM1 рака полового члена (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 20.02.2021 № 126н
130	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке предстательной железы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 08.02.2022 № 63н
131	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке предстательной железы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 08.02.2022 № 63н
132	Стандарт медицинской помощи мужчинам при герминогенных опухолях яичка (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1254н
133	Стандарт медицинской помощи мужчинам при внегонадных герминогенных опухолях (сердца, средостения, плевры, забрюшинного пространства и брюшины) (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1254н
134	Стандарт медицинской помощи мужчинам при рецидивах герминогенных опухолей (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1254н
135	Стандарт медицинской помощи мужчинам при герминогенных опухолях (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 26.11.2020 № 1254н
136	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке паренхимы почки (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 21.03.2022 № 182н
137	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке паренхимы почки (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 21.03.2022 № 182н
138	Стандарт медицинской помощи взрослым при локализованных стадиях уротелиального рака верхних мочевыводящих путей (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.06.2021 № 633н
139	Стандарт медицинской помощи взрослым при метастатической стадии уротелиального рака верхних мочевыводящих путей (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.06.2021 № 633н
140	Стандарт медицинской помощи взрослым при локализованных стадиях уротелиального рака верхних мочевыводящих путей (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 11.06.2021 № 633н
141	Стандарт медицинской помощи взрослым при немышечно-инвазивном раке мочевого пузыря (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 188н
142	Стандарт медицинской помощи взрослым при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 188н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
143	Стандарт медицинской помощи взрослым при генерализованном процессе рака мочевого пузыря (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 188н
144	Стандарт медицинской помощи взрослым при немышечно-инвазивном раке мочевого пузыря (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 188н
145	Стандарт медицинской помощи взрослым при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 11.03.2021 № 188н
146	Стандарт медицинской помощи женщинам при стадиях T1NxM0 рака уретры размером менее 1 см (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
147	Стандарт медицинской помощи женщинам при стадиях T1NxM0 рака уретры размером от 1 до 4 см (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
148	Стандарт медицинской помощи женщинам при стадиях T1NxM0 рака уретры размером более 4 см и стадиях T2-4NxM0 рака уретры (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
149	Стандарт медицинской помощи женщинам при стадиях TxNxM1 рака уретры (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
150	Стандарт медицинской помощи мужчинам при стадиях TxN0M0 рака висячего отдела уретры (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
151	Стандарт медицинской помощи мужчинам при стадиях TxN1-2M0 рака висячего отдела уретры (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
152	Стандарт медицинской помощи мужчинам при стадиях TxN0M0 рака проксимального отдела уретры (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
153	Стандарт медицинской помощи мужчинам при стадиях TxN1-2M0 рака проксимального отдела уретры (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
154	Стандарт медицинской помощи мужчинам при стадиях TxNxM1 рака уретры (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 115н
155	Стандарт медицинской помощи взрослым при увеальной меланоме (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 10.06.2021 № 610н
156	Стандарт медицинской помощи взрослым при увеальной меланоме (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 10.06.2021 № 610н

№ п/п	Наименование стандарта медицинской помощи	Реквизиты
157	Стандарт медицинской помощи взрослым при первичных опухолях центральной нервной системы (диагностика и лечение, в том числе рецидива)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 346н
158	Стандарт медицинской помощи взрослым при первичных опухолях центральной нервной системы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 346н
159	Стандарт медицинской помощи взрослым при дифференцированном раке щитовидной железы (анapластический рак, диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 338н
160	Стандарт медицинской помощи взрослым при дифференцированном раке щитовидной железы (папиллярный рак, фолликулярный рак, гюртлеклеточный рак; диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 338н
161	Стандарт медицинской помощи взрослым при дифференцированном раке щитовидной железы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 338н
162	Стандарт медицинской помощи взрослым при медуллярном раке щитовидной железы (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 338н
163	Стандарт медицинской помощи взрослым при медуллярном раке щитовидной железы (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 13.04.2021 № 338н
164	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке коры надпочечника (адренорортикальном раке) (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 10.02.2021 № 64н
165	Стандарт медицинской помощи взрослым при раке коры надпочечника (адренорортикальном раке) (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 10.02.2021 № 64н
166	Стандарт первичной медико-санитарной помощи взрослым при опухолях невыявленной первичной локализации (диагностика)	Приказ Минздрава России от 09.03.2021 № 173н
167	Стандарт медицинской помощи взрослым при опухолях невыявленной первичной локализации (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 09.03.2021 № 173н
168	Стандарт медицинской помощи взрослым при вторичном злокачественном новообразовании головного мозга и мозговых оболочек (диагностика и лечение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 73н
169	Стандарт медицинской помощи взрослым при вторичном злокачественном новообразовании головного мозга и мозговых оболочек (диспансерное наблюдение)	Приказ Минздрава России от 12.02.2021 № 73н

Приложение Д

АНКЕТА**по оценке финансирования медицинской помощи при
онкологических заболеваниях**

Уважаемый респондент!

Мы хотели бы узнать Ваше мнение о состоянии и проблемах использования в практике клинических рекомендаций и оплаты медицинской помощи при онкологических заболеваниях в Российской Федерации в настоящее время.

Участие добровольное, анонимное, и займёт не более 5-7 минут Вашего времени.

Участникам гарантируется конфиденциальность их мнений и оценок, результаты исследования будут представлены только в обобщенном виде.

1. Используете ли Вы в своей практике клинические рекомендации, разработанные в России?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да, регулярно
- ☐ Да, время от времени
- ☐ Просматриваю, но почти не использую
- ☐ Нет, никогда
- ☐ Затрудняюсь ответить

Если Вы ответили «Нет, никогда» переходите к вопросу № 5

2. Если Вы ответили «Да, регулярно» или «Да, время от времени» в предыдущем вопросе, укажите, какие российские клинические рекомендации Вы используете в своей практике?

(отметьте ВСЕ подходящие, на Ваш взгляд, варианты ответов)

- ☐ Клинические рекомендации АОР (Ассоциации онкологов России)
- ☐ Клинические рекомендации RUSSCO (Российского общества клинической онкологии)

Другие клинические рекомендации *(укажите какие именно)*

- ☐ Затрудняюсь ответить

3. Какой ресурс Вы используете для ознакомления с российскими клиническими рекомендациями?

(отметьте ВСЕ подходящие, на Ваш взгляд, варианты ответов)

- ☐ Сайт в сети Интернет ассоциации специалистов
- ☐ Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России
- ☐ Печатная версия
- ☐ Другое (укажите, что именно)

☐ Затрудняюсь ответить

4. По Вашему мнению, всегда ли понятно изложен текст российских клинических рекомендаций?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да, по клиническим рекомендациям всегда можно легко определиться с оптимальной тактикой ведения пациента в разных клинических ситуациях
- ☐ Нет, оптимальная тактика ведения пациента не всегда ясно описана для всех клинических ситуаций
- ☐ Другое (укажите, что именно)

☐ Затрудняюсь ответить

5. Как, по Вашему мнению, достаточны ли были тарифы в 2019-2022 годах в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) для методов противоопухолевого лечения?

(отметьте ОДИН подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа по каждой СТРОКЕ)

Противоопухолевая

**лекарственная
терапия**

- ☐ Определенно, да ☐ Скорее да ☐ Скорее нет ☐ Определенно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

Лучевая и

**химиолучевая
терапия**

- ☐ Определенно, да ☐ Скорее да ☐ Скорее нет ☐ Определенно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

**Хирургическое
лечение**

- ☐ Определенно, да ☐ Скорее да ☐ Скорее нет ☐ Определенно, нет ☐ Затрудняюсь ответить
-

6. Как Вы можете охарактеризовать изменения системы оплаты противоопухолевой лекарственной терапии по клинко-статистическим группам (КСГ) начиная с 2018 года (включение в КСГ конкретных схем лекарственной терапии)?

(отметьте ОДИН подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа по каждой СТРОКЕ)

Стала адекватнее затратам	☐	Определенно, да	☐	Скорее да	☐	Скорее нет	☐	Определенно, нет	☐	Затрудняюсь ответить
Стала понятнее	☐	Определенно, да	☐	Скорее да	☐	Скорее нет	☐	Определенно, нет	☐	Затрудняюсь ответить
Стала сложнее	☐	Определенно, да	☐	Скорее да	☐	Скорее нет	☐	Определенно, нет	☐	Затрудняюсь ответить
Стала в большей степени покрывать затраты медицинской организации	☐	Определенно, да	☐	Скорее да	☐	Скорее нет	☐	Определенно, нет	☐	Затрудняюсь ответить

7. Как Вы оцениваете количество схем противоопухолевой терапии в расшифровке содержания КСГ?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Количество схем достаточное, расширения перечня не требуется
- ☐ Количество схем недостаточно, требуется расширить перечень
- ☐ Количество схем избыточное, требуется сократить перечень
- ☐ Другое (укажите, что именно)

☐ Затрудняюсь ответить

8. Как Вы оцениваете количество групп КСГ противоопухолевой терапии начиная в 2018-2022 годах?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Количество групп КСГ достаточное
- ☐ Количество групп КСГ недостаточно, требуется увеличение
- ☐ Количество групп КСГ избыточное, требуется сокращение
- ☐ Другое (укажите, что именно)

☐ Затрудняюсь ответить

9. Как Вы оцениваете описание схем противоопухолевой терапии в расшифровке содержания КСГ?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа по каждой СТРОКЕ)

Достаточное (содержит все необходимые)	☐	Определенно, да	☐	Скорее да	☐	Скорее нет	☐	Определенно, нет	☐	Затрудняюсь ответить

характеристики,
чтобы определить
и закодировать
применяющуюся
схему)

Избыточное

(содержит
характеристики,
которые не
требуются для
определения и
кодировки
применяющейся
схемы)

☐ Определенно, да ☐ Скорее да ☐ Скорее нет ☐ Определенно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

Понятное (легко

определить
применяемую схему
противоопухолевой
лекарственной
терапии в каждом
конкретном случае)

☐ Определенно, да ☐ Скорее да ☐ Скорее нет ☐ Определенно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

Соответствующее

реальной практике
в части описания
режимов
дозирования

☐ Определенно, да ☐ Скорее да ☐ Скорее нет ☐ Определенно, нет ☐ Затрудняюсь ответить

10. Сталкиваетесь ли Вы в своей практике **со сложностями**, связанными с **назначением противоопухолевых лекарственных препаратов для перорального применения** из перечня схем лекарственной терапии КСГ, применение которых оплачивается в **дневном стационаре**?
(отметьте **ОДИН** наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Затрудняюсь ответить
☐ Другое (укажите, что именно)

11. По Вашему мнению, **нужно ли исключить** из перечня схем лекарственной терапии КСГ, применение которых оплачивается в **дневном стационаре**, **противоопухолевые лекарственные препараты для перорального применения**?
(отметьте **ОДИН** наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да
☐ Нет

- ☐ Затрудняюсь ответить
- ☐ Другое (укажите, что именно)
-

12. Сталкиваетесь ли Вы в своей практике с **недоступностью** противоопухолевых лекарственных препаратов для пациентов в **круглосуточном стационаре** в системе ОМС в 2019-2022 годах?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да, сталкивался
- ☐ Нет, не сталкивался
- ☐ Другое (укажите, что именно)
-

☐ Затрудняюсь ответить

13. Сталкиваетесь ли Вы в своей практике с **недоступностью** противоопухолевых лекарственных препаратов для пациентов в **дневном стационаре** в системе ОМС в 2019-2022 годах?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да, сталкивался
- ☐ Нет, не сталкивался
- ☐ Другое (укажите, что именно)
-

☐ Затрудняюсь ответить

14. Сталкиваетесь ли Вы в своей практике с **недоступностью** льготного лекарственного обеспечения для лечения в **амбулаторных условиях** в своем субъекте Российской Федерации в 2019-2022 годах?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да, сталкивался
- ☐ Нет, не сталкивался
- ☐ Другое (укажите, что именно)
-

☐ Затрудняюсь ответить

15. Сталкивались ли Вы в своей практике с **ограничением выделения объемов** медицинской помощи при ее оказании по профилю «онкология» в условиях **круглосуточного стационара** в 2019-2022 годах?

(отметьте **ОДИН** подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа по каждой СТРОКЕ)

Для хирургического лечения	☐ Да, сталкивался	☐ Нет, не сталкивался	☐ Затрудняюсь ответить
Для противоопухолевой лекарственной терапии	☐ Да, сталкивался	☐ Нет, не сталкивался	☐ Затрудняюсь ответить
Для лучевой терапии и лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией	☐ Да, сталкивался	☐ Нет, не сталкивался	☐ Затрудняюсь ответить

16. Сталкивались ли Вы в своей практике с **ограничением выделения объемов** медицинской помощи при ее оказании по профилю «онкология» в условиях **дневного стационара** в 2019-2022 годах?
(отметьте **ОДИН** подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа по каждой СТРОКЕ)

Для хирургического лечения	☐ Да, сталкивался	☐ Нет, не сталкивался	☐ Затрудняюсь ответить
Для противоопухолевой лекарственной терапии	☐ Да, сталкивался	☐ Нет, не сталкивался	☐ Затрудняюсь ответить
Для лучевой терапии и лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией	☐ Да, сталкивался	☐ Нет, не сталкивался	☐ Затрудняюсь ответить

17. По Вашему мнению, из каких источников должно производиться **финансирование лекарственного обеспечения** противоопухолевыми лекарственными препаратами при оказании медицинской помощи в **амбулаторных условиях**?
(отметьте **ОДИН** наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Из бюджета субъекта Российской Федерации (также, как и в настоящее время, но с увеличением объема финансовых средств)
 - ☐ Из федерального бюджета
 - ☐ Из бюджета системы ОМС
 - ☐ Другое (укажите, что именно)
-
- ☐ Затрудняюсь ответить

18. По Вашему мнению, оказывает ли **влияние на выбор** схемы противоопухолевого лечения при оказании медицинской помощи ее **профицитность** (затраты на оказание медицинской помощи меньше тарифа) или **дефицитность** (затраты на оказание медицинской помощи выше тарифа) в модели КСГ?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Определенно, да
- ☐ Скорее, да
- ☐ Скорее, нет
- ☐ Определенно, нет
- ☐ Другое (укажите, что именно)

☐ Затрудняюсь ответить

19. По Вашему мнению, каким образом должно осуществляется **финансирование медицинских организаций**, оказывающих медицинскую помощь при онкологических заболеваниях?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Бюджетное финансирование по смете
- ☐ По средней стоимости пролеченного больного по профилю
- ☐ За законченный случай госпитализации по КСГ
- ☐ Другое (укажите, что именно)

☐ Затрудняюсь ответить

20. По Вашему мнению, увеличение количества противоопухолевых лекарственных препаратов в перечне ЖНВЛП приводит к дефициту бюджета субъектов Российской Федерации?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да, приводит
- ☐ Нет, не приводит
- ☐ Другое (укажите, что именно)

☐ Затрудняюсь ответить

21. По Вашему мнению, какой подход к включению противоопухолевых лекарственных препаратов в перечень ЖНВЛП является правильным?

(отметьте ВСЕ подходящие, на Ваш взгляд, варианты ответов)

- ☐ Включать препараты в перечень, но не гарантировать 100% доступность (декларативный)
- ☐ Ограничить включение препаратов, но гарантировать 100% доступность препаратов из перечня ЖНВЛП для всех больных
- ☐ Включать препараты в перечень, но гарантировать доступность на условиях со-платежа со стороны пациента
- ☐ Другое _____ (укажите, что именно)
- ☐ Затрудняюсь ответить

22. Как, по Вашему мнению, стала ли доступней медицинская помощь для пациентов, страдающих ЗНО, в 2019-2022 годах?

(отметьте ОДИН наиболее подходящий, на Ваш взгляд, вариант ответа)

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Затрудняюсь ответить

Укажите, пожалуйста, некоторые сведения о себе:

23. Субъект Российской Федерации _____

24. Ваш пол:

- ☐ Женский
- ☐ Мужской

25. Ваш возраст _____ полных лет

26. Ваше основное место работы:

- ☐ Онкодиспансер (онкологическая больница)
- ☐ Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП)
- ☐ Первичный онкологический кабинет
- ☐ Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ)
- ☐ Другое _____ (укажите, что именно)

27. Ваша специальность:

- ☐ Онколог (хирург)
- ☐ Онколог (химиотерапевт)

- ☐ Радиотерапевт
☐ Другое (укажите что именно)

28. Ваш стаж работы _____ лет

29. Занимаете ли Вы в настоящее время административную должность
(главный врач, заместитель главного врача, заведующий отделением)

- ☐ Да
☐ Нет

Благодарим Вас за участие!

Приложение Е

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО
о государственной регистрации программы для ЭВМ
№ 2022616863

**Аналитическая система поддержки принятия решений
при организации онкологической помощи**

Правообладатель: **Общество с ограниченной ответственностью
"Софт.медика" (RU)**

Авторы: **Брико Андрей Николаевич (RU), Борисов Мирослав
Александрович (RU), Каправчук Владислава Вячеславовна
(RU), Ледовских Юлия Анатольевна (RU), Мусина Нурия
Загитовна (RU), Омеляновский Виталий Владимирович
(RU), Скакун Вячеслав Александрович (RU), Федяев Денис
Валерьевич (RU)**

Заявка № **2022615744**
Дата поступления **06 апреля 2022 г.**
Дата государственной регистрации
в Реестре программ для ЭВМ **15 апреля 2022 г.**


**Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности**

Документ подписан электронной подписью
Сертификат 68b58077e14c3201324ed0a24145d5c7
Владелец: **Зубов Юрий Сергеевич**
Действителен с 26.05.2022 по 26.05.2025

Ю.С. Зубов