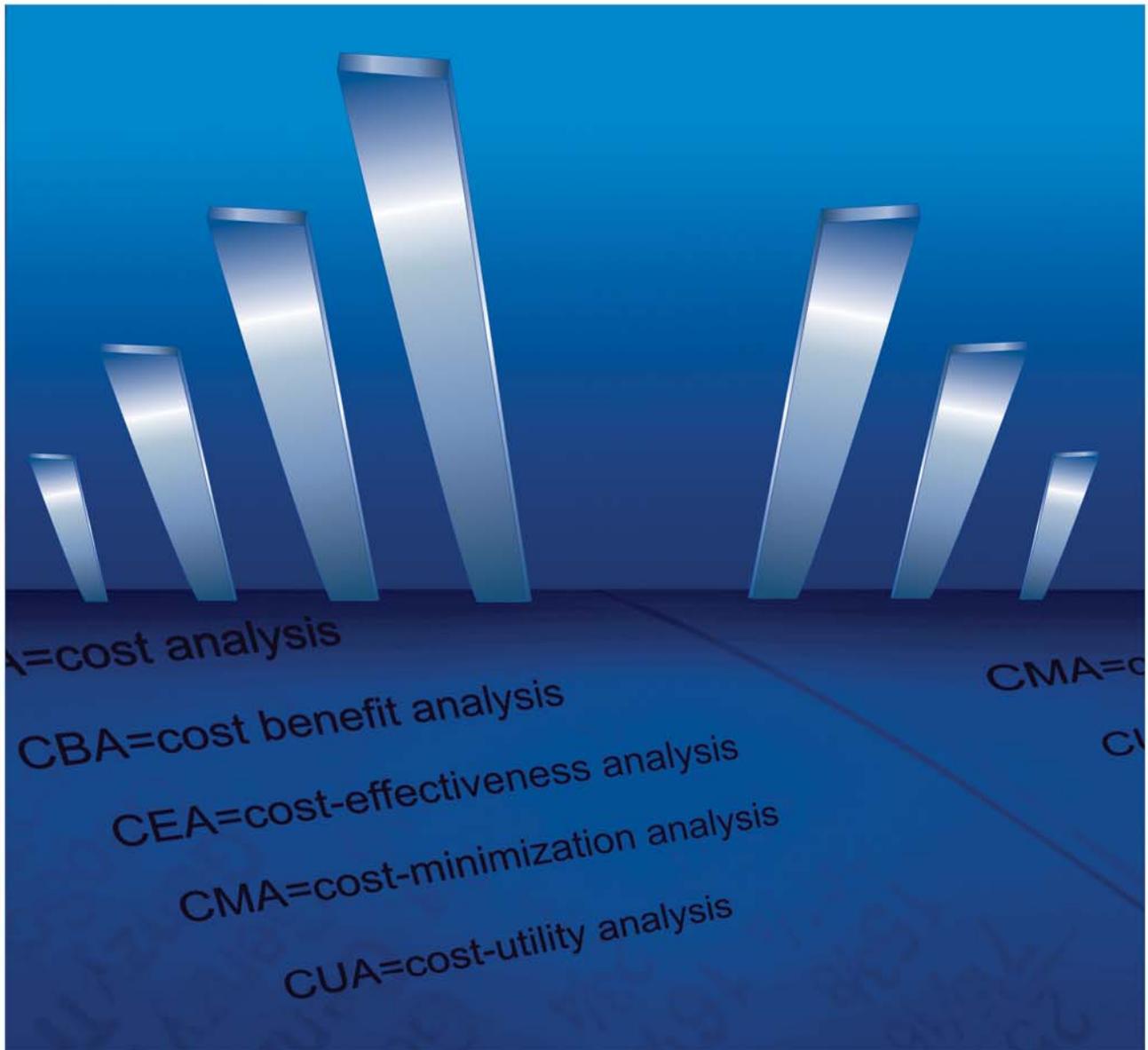


# Фармакоэкономика

современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



PHARMACOECONOMICS. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

ISSN 2070-4909

2016 Vol. 9 No 1

[www.pharmacoeconomics.ru](http://www.pharmacoeconomics.ru)

- Модели анализа включений лекарственных средств в ограничительные перечни (на примере ЖНВЛП) 2016 г.
- Перспективы применения методов клинко-экономического анализа на этапе планирования и организации клинических исследований
- Анализ международного опыта планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи

№1

Том

2016

# Анализ международного опыта планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи

Герасимова К.В.<sup>1,2</sup>, Федяев Д.В.<sup>1,3</sup>, Сура М.В.<sup>1,3</sup>,  
Тихонова А.А.<sup>1</sup>, Омеляновский В.В.<sup>1,3</sup>, Авксентьева М.В.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

<sup>3</sup> ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации, Москва

## Резюме

**Цель** – анализ международных методических материалов, нормативно-правовых документов, регламентирующих механизмы планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи. **Материалы и методы.** Проведен литературный обзор организации систем здравоохранения, планирования объемов и финансовых затрат на оказание медицинской помощи в условиях стационара девяти зарубежных стран (Германия, Франция, Дания, Норвегия, Австрия, Великобритания, Канада, Республика Беларусь и Казахстан). **Результаты.** Во всех рассмотренных странах наблюдается рост расходов на здравоохранение как в денежном выражении, так и в процентном отношении к ВВП. Основными направлениями для снижения расходов на здравоохранение являются: регулирование фармацевтического рынка, оценка эффективности медицинских технологий и снижение объемов оказываемой стационарной помощи путем оказания помощи в дневных стационарах, амбулаторно или на дому выездными бригадами. В большинстве рассмотренных стран ответственность за организацию и планирование стационарной помощи лежит на региональных властях. Во всех рассмотренных странах постоянно проводятся мероприятия по снижению количества коек в учреждениях, оптимизации их загрузки, уменьшению времени пребывания в стационаре и увеличению оборота койки с целью снизить операционные издержки и расходы на содержание инфраструктуры. Преобладающим методом оплаты стационарной помощи является оплата за законченный случай лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу (КСГ) или *diagnosis related group (DRG)*). Многие из рассмотренных стран при планировании медицинской помощи исходят из финансовых возможностей, основываясь на показателях предыдущих лет. Методики планирования находятся в плоскости политических решений, часто разрабатываются на региональном или муниципальном уровнях, вследствие чего субъекты федерации и регионы могут по-разному подходить к вопросу планирования и финансирования стационарной медицинской помощи.

## Ключевые слова

Стационарная медицинская помощь, планирование объемов медицинской помощи, оплата медицинской помощи, международный опыт.

Статья поступила: 11.11.2015 г.; в доработанном виде: 09.12.2015 г.; принята к печати: 11.02.2016 г.

## Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

## Для цитирования

Герасимова К.В., Федяев Д.В., Сура М.В., Тихонова А.А., Омеляновский В.В., Авксентьева М.В. Анализ международного опыта планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи. ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. 2016; 1: 69-78.

## REVIEW OF HEALTH SYSTEM ORGANIZATION APPROACHES TO ESTIMATING SERVICE LEVELS AND EXPENDITURES FOR INPATIENT CARE SERVICES

Gerasimova K.V.<sup>1,2</sup>, Fedyayev D.V.<sup>1,3</sup>, Sura M.V.<sup>1,3</sup>, Tikhonova A.A.<sup>1</sup>, Omelyanovskiy V.V.<sup>1,3</sup>, Avksentyeva M.V.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow

<sup>2</sup> First Moscow State Medical Sechenov University of the Ministry of Health Russian Federation

<sup>3</sup> Research Institute of Finance, Ministry of Finance of the Russian Federation, Moscow

**Summary**

**Objective.** To examine approaches to organization and planning as well as expenditures of inpatient care in countries outside of Russia. **Methods.** A narrative review of published articles and legal documents was conducted. The review focused on health systems organization, planning volumes and costs associated with inpatient care in nine foreign countries (Germany, France, Denmark, Norway, Austria, Great Britain, Canada, Belarus and Kazakhstan) was conducted. **Results.** In all countries, there is a growth in health care costs both in monetary terms and as a percentage of GDP. The primary policy responses to expenditure growth have focused on outpatient pharmaceuticals, evaluation of medical technologies and reducing volumes of provided hospital care by providing assistance in day hospitals, outpatient or with home-visiting teams. In most countries, responsibility for the organization and planning of inpatient care rests with regional authorities. In all of countries, quality measures are regularly taken as a means to optimize or reduce numbers of beds, reduce hospital length of stay or increase turnover as a means to reduce transaction costs and costs of infrastructure maintenance. The main method of payment for acute care services is based on per case of treatment for a relevant group of diseases (diagnosis related group (DRG)). Planning of medical care in many of these countries is based on financial capacity and performance of previous years. Approaches to planning are typically part of political decision-making, developed at regional or municipal level, leading to variable approaches in health systems characterized by a federation of health regions.

**Key words**

Inpatient care, planning of inpatient care, expenditures for inpatient care, international experience.

**Received:** 11.11.2015; **in the revised form:** 09.12.2015; **accepted:** 11.02.2016.

**Conflict of interests**

The authors declared that they do not have anything to disclosure regarding funding or conflict of interests with respect to this manuscript. All authors contributed equally to this article.

**For citation**

Gerasimova K.V., Fedyayev D.V., Sura M.V., Tikhonova A.A., Omelyanovskiy V.V., Avksentyeva M.V. Review of health system organization approaches to estimating service levels and expenditures for inpatient care services. FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / PHARMACOECONOMICS. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. 2016; 1: 69-78 (in Russian).

**Corresponding author**

Address: prosp. Vernadskogo, 82, Moscow, 119571.  
E-mail address: journal@hta-rus.ru (Gerasimova K.V.).

**Введение**

В последние десятилетия в развитых странах мира наблюдается неуклонный рост расходов на здравоохранение и социальную политику, который по темпам опережает рост экономики. Основными причинами такого роста являются общемировая тенденция к постарению населения и научно-технический прогресс в медицинской науке [6]. В связи с этим возникает необходимость снижения нагрузки на бюджеты, эффективное перераспределение имеющихся ресурсов внутри системы, научно-обоснованное планирование объемов и финансовых затрат на оказание медицинской помощи [2,5].

Вопросам планирования объемов медицинской помощи и финансовых затрат в системе здравоохранения зарубежных стран уделяется большое внимание. С начала 1990-х гг. многие страны начали формировать многолетние планы развития здравоохранения, учитывая в них не только объемы и виды оказываемой помощи, но и направления развития политики, инфраструктуры, кадров, науки и образования. Из-за исторических особенностей организации систем здравоохранения многие национальные правительства стран в настоящее время не имеют полномочий по управлению здравоохранением [3]. Эти функции закреплены за регионами и муниципальными образованиями и вопросы планирования, администрирования и финансирования находятся под управлением их законодательных и исполнительных органов.

Планирование объемов и видов медицинской помощи, как правило, основывается на анализе потребности того или иного региона, его демографических, экономических и эпидемиологических показателях. Единицами планирования являются учреждения, отделения, койки, кабинеты врачей частной практики, медицинский персонал и медицинские услуги. В зависимости от национальных особенностей систем здравоохранения устанавливаются собственные приоритеты и целевые показатели оказания медицинской помощи [5].

Одним из основных видов медицинской помощи, вносящих наиболее ощутимый вклад в расходы системы здравоохранения, является стационарная помощь. Многие страны проводят реформы системы здравоохранения, нацеленные на сокращение стационарного сектора, путем внедрения новых методов лечения и реабилитации, сокращающих время пребывания в стационаре, и более широкого применения стационарозамещающих технологий.

Вопросы планирования стационарной помощи во многих зарубежных странах находятся в ведении региональных властей, которые ежегодно формируют планы оказания медицинской помощи с горизонтом планирования от одного до пяти лет [3]. Единицы измерения объема медицинской помощи, как правило, зависят от применяемого метода оплаты. В большинстве стран запада в качестве единицы измерения объема стационарной медицинской помощи используется законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-статистическую группу (КСГ).

**Цель исследования** – анализ международных методических материалов, нормативно-правовых документов, регламентирующих механизмы планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи.

**Задачи исследования:**

1. Провести анализ особенностей системы здравоохранения и организационной структуры системы здравоохранения.
2. Изучить особенности организации стационарной помощи, вопросы финансирования и планирования стационарной помощи.

**Материалы и методы**

В работе проведен комплексный анализ международных методических материалов, регламентирующих механизмы планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи. Особое внимание уделено таким вопросам, как организация системы

оказания медицинской помощи в зарубежных странах, описание уровней, регламентирования, методов планирования и финансирования стационарной медицинской помощи.

### Поиск и отбор публикаций

#### Источники информации:

- реферативная база данных Medline <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>;
- периодическое издание ВОЗ. HiT health system reviews (HiTs) <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/>;

Дата выполнения поиска: 04.02.2015

#### Поисковые запросы:

- библиографическая база данных Medline – [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/healthcare financing](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/healthcare%20financing) – (“healthcare financing” [MeSH Terms] OR (“healthcare”[All Fields] AND “financing” [All Fields]) OR “healthcare financing”[All Fields]) AND system [All Fields] AND (“review”[Publication Type] OR “review literature as topic” [MeSH Terms] OR “review”[All Fields])) AND (“toattfree full text” [sb] AND “2010/02/06”[PDat]: “2015/02/04”[PDat]) – 38 результатов;
- периодическое издание ВОЗ. HiT health system reviews (HiTs) <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications>

Healthcare financing – 60 результатов.

Критерием отбора публикаций являлись следующие: дата публикации материалов не ранее 2010 г., данные по развитым и развивающимся странам, рассматриваемые страны имеют разные системы политического и административно-территориального устройства.

Для анализа было отобрано девять стран: Германия, Франция, Дания, Норвегия, Австрия, Великобритания, Канада, Республика Беларусь и Казахстан.

Выбранные страны охватывают совокупность:

1. Территориально-административных форм деления:
  - Германия и Австрия – федеративные государства;
  - Франция, Дания, Норвегия, Великобритания, Канада, Республика Беларусь и Казахстан – унитарные государства.
2. Форм правления:
  - Германия, Австрия – парламентские республики;
  - Дания, Норвегия, Великобритания, Канада – конституционная монархия (парламентарная монархия);
  - Франция, Республика Беларусь и Казахстан – президентские республики.
3. Систем здравоохранения:
  - Дания, Великобритания, Республика Беларусь и Казахстан – бюджетная (государственная);
  - Германия, Франция, Норвегия, Австрия и Канада – страховая (социально-страховая).

На первом этапе отдельно по каждой стране анализировались особенности системы здравоохранения, организационная структура системы здравоохранения и уровень ее децентрализации. По каждой стране приводилось описание административной структуры системы здравоохранения, с выделением организаций на каждом из уровней управления, их полномочиями и правами в вопросах организации здравоохранения, регулируемыми документами и законами. При анализе уровня децентрализации системы здравоохранения описывались базовые принципы разделения прав и обязанностей различных уровней управления в каждой стране, ответственность региональных, национальных и местных властей, частного сектора, неправительственных организаций и объединений, вопросы планирования, финансирования и определения политики в области здравоохранения.

На втором этапе отдельно по каждой стране рассматривались особенности организации стационарной помощи, вопросы финан-

сирования и планирования стационарной помощи. Для каждой из стран описаны принципы организации стационарной помощи, объемы средств, затраченных на здравоохранение в целом и на стационарную помощь в частности, методы оплаты помощи, принципы перераспределения ответственности внутри системы, параметры оказания специализированной медицинской помощи и вопросы планирования и регулирования стационарной помощи.

### Результаты

Рассмотренные в обзоре страны имеют различные формы политического и административного устройства. Норвегия, Дания, Франция, Великобритания, Беларусь и Казахстан являются унитарными государствами с различными формами правления. Германия, Австрия и Канада являются федеративными государствами с различной степенью независимости субъектов от центральной власти. Несмотря на различия в административно-политической модели управления, в вопросах здравоохранения региональные власти большинства из этих стран имеют достаточную независимость от центральной власти. Данная система управления в основном сложилась исторически и обусловлена высокой степенью независимости регионов в решении вопросов местного самоуправления, налогового администрирования и правового регулирования. В качестве примера можно привести достаточно высокую независимость земель в Германии и Австрии и регионов (территорий) в Канаде, что закреплено в конституции данных стран, как федеративных государств. Исторически сложившаяся практика децентрализованного управления здравоохранением в последнее время претерпевает определенные изменения. Стремление к сокращению административных издержек и бюрократического аппарата толкает власти передавать некоторые обязанности регионов на государственный уровень (Дания и Канада), укрупняя сферы ответственности и тем самым централизуя системы управления и финансирования. Одновременно с этим они отдают полномочия регионов и государства «вниз» на уровень областей, муниципалитетов (Германия, Норвегия, Дания, Австрия) и квази-государственных объединений (Германия), тем самым децентрализуя механизмы управления, но оптимизируя их с точки зрения развития горизонтальных связей и привлечения дополнительного финансирования [9,11,15,16,20-24,28,32,34].

Франция, Великобритания, Беларусь и Казахстан – унитарные государства с жесткой вертикально-ориентированной административной структурой. Во Франции только с 1990-х гг. начались реформы, направленные на деконцентрацию системы здравоохранения, они носят локальный характер и сводились к расширению сети представительств Министерства здравоохранения в регионах, а основную роль в организации здравоохранения продолжает играть Министерство здравоохранения и Парламент Франции. Британская система здравоохранения централизована и имеет четкую вертикальную структуру. Возглавляет ее профильное министерство, которому подчинены региональные и местные управления здравоохранения [15,16,24,35].

Административное управление системы здравоохранения в Казахстане носит в высшей степени централизованный характер по сравнению с системами федерального типа или весьма децентрализованными системами стран Западной Европы. В то же время, по сравнению с большинством стран Центральной Азии или СНГ, она менее централизована, а области наделены большой степенью самостоятельности. В Беларуси Министерство здравоохранения несет полную ответственность за функционирование системы здравоохранения, несмотря на то, что финансирование секторов ПМСП и специализированной помощи передано в ведение органов областного уровня [4,24].

Отличительной чертой здравоохранения, как сектора экономики, для всех рассмотренных стран, является неуклонный рост расходов как в денежном выражении, так и в процентном отно-

шении к ВВП. При этом рост расходов на социальную сферу в некоторых странах (Дания и Норвегия) превышал рост экономики страны [8,23,31,32,36]. Данные тенденции характерны для всех западных стран и объясняются увеличением числа пожилых людей, общим улучшением благосостояния населения, внедрением новых технологий в здравоохранение. В Норвегии общие расходы на здравоохранение выросли в 4 раза с 42,6 млрд крон в 1980 г. до 167,9 млрд крон в 2004 г., расходы на одного человека выросли более чем в 5 раз, с 659 до 3807 крон за соответствующий период времени [23]. В Австрии общие расходы на здравоохранение (без учета длительного лечения) выросли с 10 млрд евро (7,4% ВВП) в 1990 г. почти до 26 млрд евро (9,2% ВВП) в 2008 г. В тот же период доля государственных расходов на здравоохранение незначительно увеличилась с 73,4% в 1990 г. до 76,9% в 2008 г. [12,22]. В Казахстане общие расходы на здравоохранение, как доля ВВП, в 2008 г. были одними из самых низких в странах Европейского региона ВОЗ. Общие государственные расходы на здравоохранение в абсолютном выражении выросли с 92,9 тенге (26,9 руб.) на душу населения в 2003 г. до 563,7 тенге (163,23 руб.) в 2010 г. [4,24]. В Канаде расходы на здравоохранение на душу населения выросли более чем в 2,5 раза, с 2 054,1 \$ в 1995 г. до 4 478,2 \$ в 2010 г. Основными драйверами роста в Канаде являлись новые дорогостоящие медицинские технологии и медикаменты. Во всех рассмотренных странах основные расходы (от 70 до 87%) несет на себе государство. В связи с наблюдаемыми тенденциями роста расходов национальные и региональные власти озаботились разработкой программ по снижению нагрузки на бюджет системы здравоохранения. Основной упор делается на регулирование фармацевтического рынка, оценку эффективности медицинских технологий и снижение объемов оказываемой стационарной помощи путем оказания помощи в дневных стационарах, амбулаторно или на дому выездными бригадами [10,16,20,25-29,33]. В Норвегии около 50% хирургических операций проводится в дневных стационарах. Также внедряются новые методы оплаты стационарной помощи, постепенно переходя от финансирования по смете и койко-дням к оплате за законченный случай лечения с применением КСГ. В случае стран с достаточно децентрализованной системой управления здравоохранением, решение о ресурсосберегающих мероприятиях принимаются на региональном или местном уровнях [9,21,23,34].

В большинстве рассмотренных стран ответственность за организацию и планирование стационарной помощи лежит на региональных властях. Примером абсолютной независимости может являться Канада, где регионы и территории сами устанавливают объемы и виды медицинских услуг, входящих в обязательную программу помощи населению. Они независимы финансово, так как финансируются за счет региональных и местных бюджетов.

Федеральная власть Канады распространяется на установление общих для всей страны порядков и рекомендаций в области здравоохранения, финансирования дополнительных программ медицинского обслуживания отдельных категорий граждан, к которым относятся военнослужащие, ветераны, коренное население Канады и т.п. [10,16,20,25-29,33].

Иная ситуация с управлением здравоохранением наблюдается в Норвегии. Норвегия – унитарное государство, состоящее из 19 фюльке (губерний), которые объединены в пять неофициальных регионов для упрощения управления территориями. Финансирование осуществляется из государственного бюджета путем перечисления субсидий в региональные бюджеты. Эти субсидии учитывают демографическую и экономическую ситуацию в регионе. В свою очередь, регионы сами определяют тарифы и методы оплаты стационарной помощи, заключают соглашения с ЛПУ, частнопрактикующими врачами и их объединениями [21,23,34].

В Германии существует отдельный уровень управления здравоохранением – корпоративный. Этот уровень состоит из объединенных поставщиков и плательщиков, консолидированных по про-

фессиональному принципу. Данные структуры, выступающие в роли плательщиков, выполняют функции по сбору и перераспределению платежей от населения, оплачивают медицинскую помощь и участвуют в согласовании видов, объемов и тарифов на медицинские услуги. Организации-поставщики представлены ассоциациями врачей общей практики, врачей-специалистов, медсестер и прочих медицинских профессий. Крупные ассоциации оказывают серьезное влияние на политику в здравоохранении на всех уровнях государственной власти. Данные организации также участвуют в согласовании объемов и тарифов на медицинские услуги, выступают посредниками между плательщиками и частнопрактикующими врачами при заключении соглашений об уровне возмещения их услуг. Также данные организации отвечают за развитие медицинского образования, формируя и актуализируя потребность в видах и методах медицинской помощи [11,13,37].

В Казахстане бюджеты всех областей страны консолидируются на областном уровне, а ОУЗ выступают в качестве единых плательщиков на подведомственных территориях. Областные департаменты здравоохранения занимаются планированием бюджета, заключением договоров с медицинскими организациями, сбором счетов и финансированием медицинских организаций, используя различные методы оплаты [4,24].

В стационарном секторе во всех странах наблюдаются тенденции к росту расходов на медицинскую помощь. Основную роль в данном процессе играет рост цен на медицинские услуги, связанный с расходами на современные дорогостоящие медицинские технологии, оборудование и лекарственные препараты, а также рост зарплат [18,21,23,24,26-28,34,35]. В Германии расходы на стационарное лечение с 2000 по 2012 г. выросли с 78 млрд. евро до 110 млрд. евро. В Австрии между 2004 и 2010 гг. расходы федерального правительства, земельных и местных властей на стационарную помощь выросли почти на 40% (до 5,3 млрд евро), в то время как расходы Фондов социального обеспечения выросли почти на 30% (до 5,2 млрд евро). При этом постоянно проводятся мероприятия по снижению количества коек в учреждениях, оптимизации их загрузки, уменьшению времени пребывания в стационаре и увеличению оборота койки. Так, в Германии с 1991 по 2012 г. общее количество коек уменьшилось на 26%, продолжительность госпитализации снизилась с 14 до 7,6 дней [11,13,22,37]. В Дании снижение числа коек на 100 000 населения составило от 450 в 1990 г. до 298 в 2008 г. [32]. Начиная с 1997 г. в Беларуси отмечалось снижение показателя средней продолжительности пребывания в стационаре, который в 2011 г. составил 11,3 дней; общее количество коек с 2000 по 2010 гг. уменьшилось с 126 до 114 на 10 000 человек населения [35]. Как было отмечено выше, снижение числа коек – это общемировая тенденция. Для иллюстрации приведем данные по числу больничных коек на 10 000 человек населения в 2012 г., по данным Межгосударственного статистического комитета СНГ (см. рис. 1) [1].

Следует отметить, что, несмотря на существенное сокращение коечного фонда, Германия продолжает оставаться лидером в Европе и одной из лидеров в мире по обеспеченности населения койками в стационаре.

Еще одно направление по снижению расходов на стационарную помощь, – это снижение времени пребывания в стационаре и увеличение годового оборота койки. На рисунке 2 показана динамика изменения времени пребывания в стационаре с 1989 по 2011 г., по данным Межгосударственного статистического комитета СНГ [1].

В некоторых из рассмотренных стран достаточно много внимания уделяется оптимизации использования коечного фонда, что в первую очередь связано с включением расходов на инфраструктуру в тариф оплаты за медицинскую услугу или в бюджеты регионов и муниципалитетов. Это, в свою очередь, создает стимулы к избавлению от непрофильных активов и модернизации учреждений с целью снижения расходов на содержание инфраструктуры.

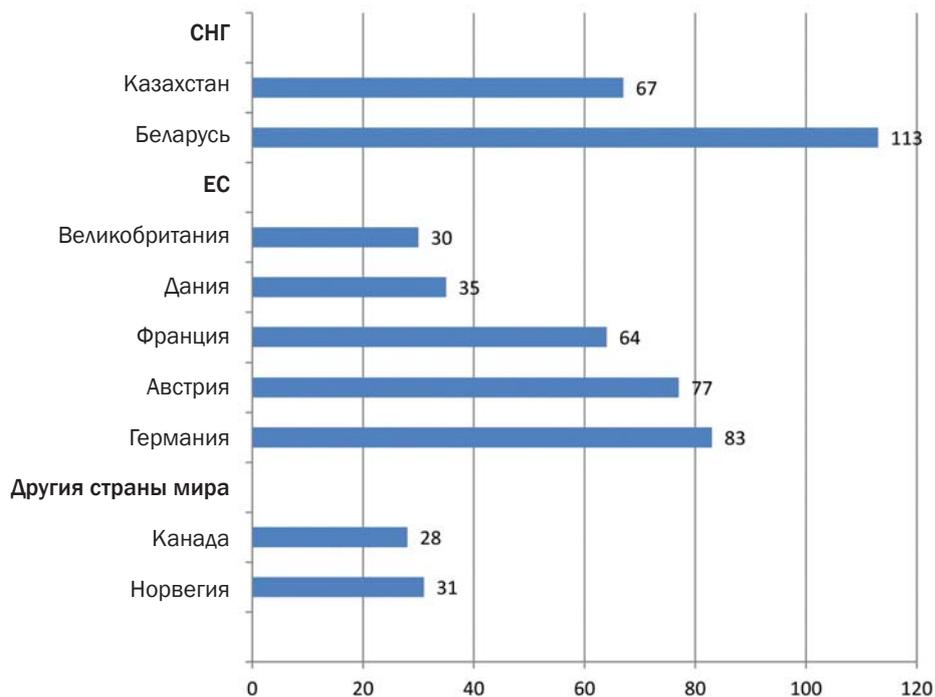


Рисунок 1. Число больничных коек на 10 000 человек населения, 2012 г.

Это также способствует развитию частного сектора здравоохранения, которому передается в управление или продается непрофильный актив.

Механизмы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях в рассмотренных странах не сильно отличаются друг от друга. Это связано как с общими тенденциями развития здравоохранения и сдерживанием роста расходов, так и со схожим опытом

стран в вопросах реорганизации и развития своих систем здравоохранения. Так, преобладающим методом оплаты стационарной помощи является оплата за законченный случай лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ или DRG). В каждой стране существует своя система классификации DRG, собственные организации, разрабатывающие и поддерживающие функционирование данной системы. В зависимости от степени

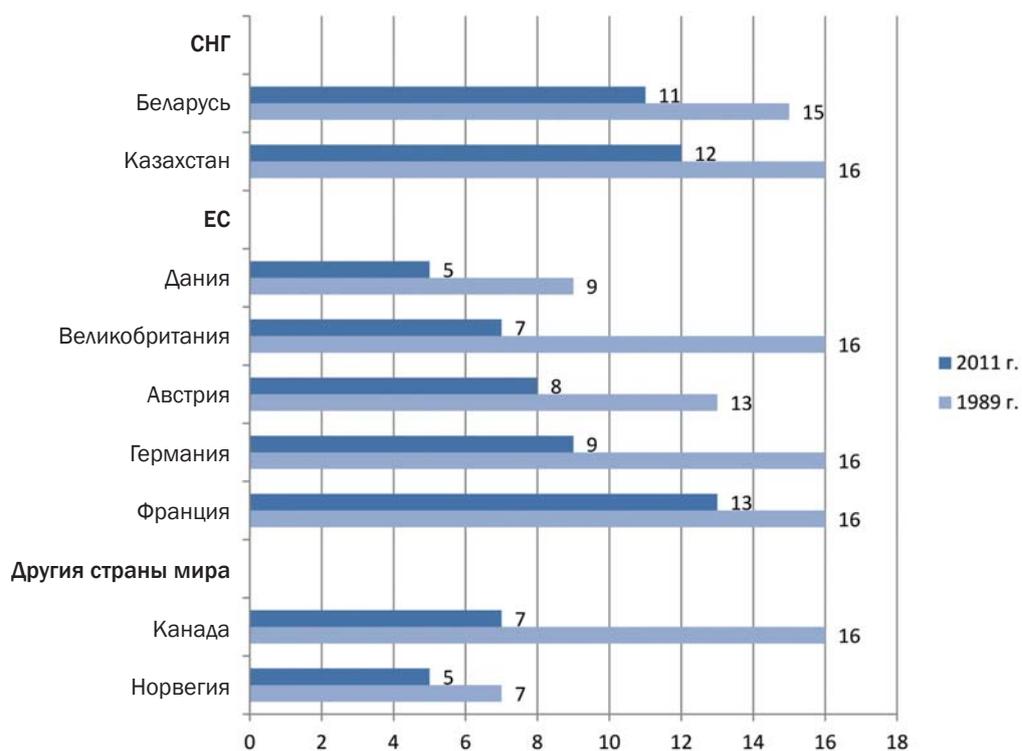


Рисунок 2. Средняя продолжительность пребывания в стационаре, дней.

независимости региональных властей в разных странах по-разному принимается решение о том или ином методе оплаты стационарной помощи. В Германии все больницы, работающие в системе обязательного медицинского страхования (SHI), обязаны работать по DRG, а в Норвегии больничная помощь оплачивается по законченному случаю (DRG) и по сметному финансированию (в 2005 г. 60% расходов оплачивалось за законченный случай лечения и 40% – по смете), при этом соотношение данных методов определяется ежегодно Норвежским парламентом. В Дании также работает схема смешанной оплаты стационарной помощи [8,11,13,31,32,36,37].

Планирование объемов и видов стационарной медицинской помощи в странах с сильно развитой децентрализацией осуществляется на региональном уровне (Канада, Германия, Норвегия), при этом подходы и конкретные методики могут отличаться в разных регионах и находятся в ведении властей регионов. Основным мето-

дом планирования является планирование объемов исходя из имеющихся финансовых средств (бюджета). К примеру, в Норвегии правительство выделяет финансовую субсидию региону на основании демографических и экономических показателей, а регион сам перераспределяет средства и формирует тарифную политику исходя из демографического состава населения, заболеваемости, территориальных особенностей и возможностей региональной инфраструктуры [9,11,13,20,23,25,33,37].

Краткая характеристика рассмотренных стран приведена в таблице 1.

### Выводы

Анализ международных методических материалов, нормативно-правовых документов, регламентирующих механизмы планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи Германии, Франции, Дании, Норвегии, Австрии, Великобритании,

Страна	Модель здравоохранения	Методика финансирования стационарной помощи	Характеристика системы здравоохранения	Уровень планирования стационарной помощи	Уровень принятия политических решений	Расходы на одного жителя в долл., 2011 г.
Норвегия	СТРАХОВАЯ (социально-страховая)	Глобальный бюджет (30-40%); законченный случай и КСГ (60-70%)	Децентрализованная. Региональные (неформальное объединение 19 губерний) власти являются поставщиками и плательщиками медицинских услуг	Региональный	Национальный уровень, МЗ и парламент	5674
Дания	БЮДЖЕТНАЯ (государственная)	Глобальный бюджет (30-50%); законченный случай и КСГ (50-70%)	Децентрализованная. Медицинская помощь находится в ведении региональных властей. На уровне государства принимается бюджет и нормативное регулирование. Решения принимаются в национальном совете по здравоохранению	Планирование различных областей оказания медицинской помощи осуществляется в регионах и муниципалитетах при некотором контроле со стороны центра	Национальный уровень – совет по здравоохранению, состоящий из региональных представителей	4564
Канада	СТРАХОВАЯ (социально-страховая)	Сочетание КСГ и метода глобального бюджета (заранее оговоренный объем медицинских услуг)	Децентрализованная. МЗ Канады, МЗ провинций и территорий, муниципалитеты. Начиная с 2001 г. наблюдается тенденция к увеличению централизации в плане снижения количества МЗ в регионах	Планирование осуществляется в провинциальных и территориальных МЗ	Федеральное правительство Канады определяет рамочные параметры системы. Каждое провинциальное или территориальное министерство имеет свою политику планирования	4500
Австрия	СТРАХОВАЯ (социально-страховая)	Сочетание КСГ и функционально-стоимостного финансирования («платежи по результатам»)	Федеральный, региональный (земли), муниципальный уровень	Федеральное правительство, федеральные земли и муниципалитеты	МЗ Австрии	4482
Германия	СТРАХОВАЯ (социально-страховая)	КСГ	Децентрализованная. Федеральный, региональный (земли), муниципальный уровень и корпоративный уровень (больничные кассы). Основная особенность децентрализации – делегация гос. обязательств корпоративным учреждениям	Параметры планирования определяются на корпоративном уровне, финансовое планирование на региональном уровне	Политика определяется на федеральном уровне, в соответствии с федеральным законом (SGB V)	4371

Франция	СТРАХОВАЯ (социально-страховая)	Сочетание КСГ и метода глобального бюджета	Централизованная. МЗ Франции. Муниципалитеты	Региональные госпитальные агентства планируют больничную помощь в рамках схемы, установленной на центральном уровне, при консультировании с региональными заинтересованными сторонами	МЗ Франции	4085
Великобритания	БЮДЖЕТНАЯ (государственная)	Сочетание КСГ и функционально-стоимостного финансирования («платежи по результатам»)	Централизованная. МЗ Великобритании. Стратегические управления здравоохранения (SHA). Фонды первичной медико-санитарной помощи (PCT)	Национальное и региональное планирование ведется под руководством центрального правительства с участием местных органов власти	МЗ Великобритании	3322
Белоруссия	БЮДЖЕТНАЯ (государственная)	КСГ	Централизованная. МЗ Белоруссии	Региональный	МЗ Белоруссии	794
Казахстан	БЮДЖЕТНАЯ (государственная)	КСГ	Централизованная. МЗ Казахстана	МЗ Казахстана	МЗ Казахстана	534

Таблица 1. Краткая характеристика систем здравоохранения зарубежных стран.

Канаде, Республики Беларусь и Казахстане, позволил сформулировать следующие выводы:

1. Рассмотренные в обзоре страны имеют различные формы политического и административного устройства. Несмотря на это, в вопросах здравоохранения региональные власти большинства стран (Германия, Дания, Норвегия, Австрия Канада) имеют достаточную независимость от центральной власти. Данная система управления в основном сложилась исторически и обусловлена высокой степенью независимости регионов в решении вопросов местного самоуправления, налогового администрирования и правового регулирования.

2. Отличительной чертой здравоохранения, как сектора экономики, для всех рассмотренных стран является неуклонный рост расходов как в денежном выражении, так и в процентном отношении к ВВП. При этом рост расходов на здравоохранение в некоторых странах (Дания и Норвегия) превышал рост экономики страны. Данные тенденции характерны для всех западных стран и объясняются увеличением числа пожилых людей, общим улучшением благосостояния населения, внедрением новых технологий в здравоохранение. Основными драйверами роста явились новые дорогостоящие медицинские технологии и медикаменты. Основными направлениями для снижения расходов на здравоохранение являются: регулирование фармацевтического рынка, оценка эффективности медицинских технологий и снижение объемов оказываемой стационарной помощи путем оказания помощи в дневных стационарах, амбулаторно или на дому выездными бригадами. Также внедряются новые методы оплаты стационарной помощи, способствующие лучшему планированию и расходованию средств плательщиков.

3. В большинстве рассмотренных стран ответственность за организацию и планирование стационарной помощи лежит на региональных властях. Национальные и федеральные правительства в большинстве стран (кроме Франции, Великобритании и Казахстана) выполняют функции нормативного регулирования, устанавливают общие для всей страны порядки и рекомендации в области здравоохранения, учреждают межправительственные комиссии и ассоциации, учебные заведения, а также финансируют дополнительные программы медицинского обслуживания отдельных категорий граждан. Источники финансирования расходов на стационарную помощь напрямую не влияют на планирование и управление в региональной системе оказания стационарной помощи по причине присутствия в данной системе нескольких субъектов с четко разграниченными правами и обязанностями.

4. В стационарном секторе во всех странах наблюдаются тенденции к росту расходов на медицинскую помощь. Основную роль в данном процессе играет рост цен на медицинские услуги, связанный с расходами на современные дорогостоящие медицинские технологии, оборудование и лекарственные препараты, а также рост зарплат. Во всех рассмотренных странах постоянно проводятся мероприятия по снижению количества коек в учреждениях, оптимизации их загрузки, уменьшению времени пребывания в стационаре и увеличению оборота койки с целью снизить операционные издержки и расходы на содержание инфраструктуры.

5. Механизмы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях в рассмотренных странах не сильно отличаются друг от

друга. Это связано как с общими тенденциями развития здравоохранения и сдерживанием роста расходов, так и со схожим опытом стран в вопросах реорганизации и развития своих систем здравоохранения. Так, преобладающим методом оплаты стационарной помощи является оплата за законченный случай лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ или DRG). В каждой стране существует своя система классификации DRG, собственные организации, разрабатывающие и поддерживающие функционирование данной системы. Исходя из степени независимости региональных властей, в разных странах по-разному принимается решение о том или ином методе оплаты стационарной помощи. Возможно применение как только одного метода оплаты, так и схем смешанной оплаты стационарной помощи.

6. Планирование объемов и видов стационарной медицинской помощи в странах с сильно развитой децентрализацией осуществляется на региональном уровне (Канада, Германия, Норвегия), при этом подходы и конкретные методики могут отличаться в разных регионах и находиться в ведении властей регионов. Многие из рассмотренных стран при планировании медицинской помощи исходят из финансовых возможностей, основываясь на показателях предыдущих лет. Методики планирования находятся в плоскости политических решений, часто разрабатываются на региональном или муниципальном уровнях, вследствие чего субъекты федерации и регионы могут по-разному подходить к вопросу планирования и финансирования стационарной медицинской помощи.

### Заключение

В результате проведенного анализа международных методических материалов, описывающих механизмы планирования объемов и оплаты стационарной медицинской помощи в Германии, Франции, Дании, Норвегии, Австрии, Великобритании, Канаде, Казахстане и Республике Беларусь, были выявлены структурные особенности различных систем здравоохранения, влияющие на подходы к планированию и финансированию стационарной медицинской помощи в зарубежных странах.

В развитых европейских странах и Канаде ведущую роль в планировании стационарной помощи играют региональные органы власти, которые распределяют объемы стационарной помощи исходя из сложившейся на территории данных регионов потребности в специализированной медицинской помощи, мощности больниц, структуры коечного фонда, заболеваемости и демографического состава населения. Конкретные методики и индикаторы планирования лежат в плоскости политических решений конкретных регионов и могут отличаться даже в пределах одного государства.

Приведенные в обзоре страны имеют различные системы здравоохранения, но независимо от этого, все они сталкиваются с проблемой роста расходов на здравоохранение. Основными драйверами роста расходов являются новые дорогостоящие методы лечения и фармацевтические препараты. Каждая из сторон по-своему борется с этими проблемами, но общий вектор реформ направлен на сокращение стационарного сектора за счет оптимизации коечного фонда, перевода пациентов на амбулаторное обслуживание и широкое применение специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Еще одной из тенденций в вопросе финансирования стационарной помощи является постепенный отход от устаревших практик оплаты медицинской помощи по койко-дням или по глобальному бюджету. Внедряя оплату за законченный случай лечения, в особенности привязывая тарифы к группам заболеваний или КСГ, создаются дополнительные стимулы в системе оплаты к проведению оптимизации хозяйственных процессов внутри больничного сектора, повышению производительности медицинских учреждений и повышению качества услуг.

### Литература:

1. Здравоохранение в странах Содружества Независимых Государств: краткий статистический сборник/ Межгосударственный статистический комитет СНГ. М. 2013; 40 с.
2. Лапочкин О.Л., Кагермазова С.А. Импортозамещение лекарственных средств и медицинских изделий в России: текущая ситуация, риски и перспективы. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2015; 2: 33-35.
3. Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения. Финансовый журнал. 2014; 3: 22-34.
4. Приказ Министра здравоохранения РК от 7 февраля 2012 года № 69.
5. Фаррахов А.З., Омеляновский В.В., Сисигина Н.Н. Проблемы формирования модели финансового обеспечения национальной системы здравоохранения. Финансовый журнал. 2015; 1: 5-16.
6. Федяев Д.В., Максимова Л.В., Омеляновский В.В. Финансирование инновационных технологий в здравоохранении на основе соглашений о разделении рисков. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2014; 1: 57-64.
7. Afrite A. et al. Hospital at home (HАH), a structured, individual care plan for all patients. Questions d'Economie de la Sante, 140. Paris, Institut de recherche et documentation en economie de la sante pour Eco-Sante. 2009.
8. Andreasen M.N. et al. Privat/offentligt samspil i sundhedsvasenet Private/public interaction in the health care sector. Copenhagen, Dansk Sundhedsinstitut. Danish Institute for Health Services Research. 2009.
9. Axelsson R., Marchildon G.P., Repullo-Labrador J.R. Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems. In: Saltman R.B., Bankauskaite V., eds. Decentralization in health care. New York: McGraw-Hill for European Observatory on Health Systems and Policies. 2007; 141-166.
10. Boychuk T. The making and meaning of hospital policy in the United States and Canada. Ann Arbor, University of Michigan Press. 1999.
11. Busse R., Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition. 2014; 16 (2): 1-296.
12. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. 2011; 1-457.
13. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004.
14. Chevreur K. et al. Le developpement des services de soins hospitaliers a domicile. Experiences australienne, canadienne et britannique. Paris, Institut de recherche et documentation en economie de la sante (IRDES rapport 1610). 2005.
15. Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mladovsky P. France: Health system review. Health Systems in Transition. 2010; 12 (6): 1-291.
16. Department of Health. Health reform in England: update and next steps. London. 2005.
17. Department of Health. Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services. Consultation document on the findings of the national beds inquiry – supporting analysis. London, Department of Health. 2000.
18. Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. The policy framework. Planning for care. Overview of international experience. 2009; 64 с.
19. Franc C., Polton D. New governance arrangements for French health insurance. Eurohealth. 2006; 12: 27-29.
20. Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. Health Systems in Transition. 2013; 15 (1): 1-179.
21. Hagen T.P., Iversen T., Magnussen J. Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering?

(The development of hospitals towards efficiency 1992-1999). 2001.

22. Hofmarcher M., Quentin W. Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013; 15(7): 1-291.

23. Johnsen J.R. Health Systems in Transition: Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

24. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012; 14 (4): 1-154.

25. Marchildon G.P. The policy history of Canadian Medicare. *Canadian Bulletin of Medical History*. 2009; 26 (20): 247-260.

26. Mackenzie H. Financing Canada's hospitals: public alternatives to P3s. Toronto, Hugh Mackenzie and Associates. 2004.

27. MacKinnon J. The arithmetic of health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2004; 171 (6): 603-604.

28. McKillop I. Financial rules as a catalyst for change in the Canadian health care system. In: Forest PG, Marchildon GP, McIntosh T, eds. *Changing health care in Canada*. 2004.

29. Menon D., Stafinski T. Health technology assessment in Canada: 20 years strong? *Value in Health*. 2009; 12 (2): 14-19.

30. Ministère de la santé. Circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Paris. Ministère de la santé (DH/E02/2000/295). 2000.

31. National Board of Health. Antal Sengepladser på offentlige sygehuse [Number of beds in public hospitals]. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen. 2009.

32. Olejaz M., Juul Nielsen A., Rudkjøbing A., Okkels Birk H., Krasnik A., Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012, 14 (2): 1-192.

33. O'Reilly P. The federal/provincial/territorial health conference system. In: Adams D, ed. *Federalism, democracy and health policy in Canada*. Montreal, McGill-Queen's University Press. 2001.

34. Rice N., Smith P. Strategic resource allocation and funding decisions. In: Mossialos E et al. (eds), *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham, Open University Press. 2002.

35. Richardson E., Malakhova I., Novik I., Famenka A. Belarus: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013; 15 (5): 1-118.

36. Vallgarda S., Krasnik A. (eds.). *Health services and health policy*. Copenhagen, Gyldendal Akademisk. 2010.

37. Wörz M. Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhaus-trägerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika. Wiesbaden, VS Verlag. 2008.

## References:

1. Health care in countries of the Commonwealth of Independent States: a brief statistical digest / CIS Interstate Statistical Committee [Zdravookhraneniye v stranakh Sodruzhestva Nezavisimyykh Gosudarstv: kratkii statisticheskii sbornik/ Mezhgosudarstvennyi statisticheskii komitet SNG (in Russian)]. Moscow. 2013; 40 s.

2. Lapochkin O.L., Kagermazova S.A. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2015; 2: 33-35.

3. Omel'yanovskii V.V., Maksimova L.V., Tatarinov A.P. *Finansovyy zhurnal*. 2014; 3: 22-34.

4. The Order of the Minister of Health on February 7, 2012 № 69 [Prikaz Ministra zdravookhraneniya RK ot 7 fevralya 2012 goda № 69 (in Russian)].

5. Farrakhov A.Z., Omel'yanovskii B.V., Sisigina N.N. *Finansovyy zhurnal*. 2015; 1: 5-16.

6. Fedyayev D.V., Maksimova L.V., Omel'yanovskii V.V. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2014; 1: 57-64.

7. Afrite A. et al. Hospital at home (HAH), a structured, individual care plan for all patients. *Questions d'Economie de la Sante*, 140. Paris,

Institut de recherche et documentation en économie de la santé pour Eco-Sante. 2009.

8. Andreassen M.N. et al. Privat/offentligt samspil i sundhedsvasenet Private/public interaction in the health care sector. Copenhagen, Dansk Sundhedsinstitut. Danish Institute for Health Services Research. 2009.

9. Axelsson R., Marchildon G.P., Repullo-Labrador J.R. Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems. In: Saltman R.B., Bankauskaite V., eds. *Decentralization in health care*. New York: McGraw-Hill for European Observatory on Health Systems and Policies. 2007; 141-166.

10. Boychuk T. The making and meaning of hospital policy in the United States and Canada. Ann Arbor, University of Michigan Press. 1999.

11. Busse R., Blümel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*. 2014; 16 (2): 1-296.

12. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. 2011; 1-457.

13. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004.

14. Chevrel K. et al. Le développement des services de soins hospitaliers à domicile. Experiences australienne, canadienne et britannique. Paris, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES rapport 1610). 2005.

15. Chevrel K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mladovsky P. France: *Health system review. Health Systems in Transition*. 2010; 12 (6): 1-291.

16. Department of Health. *Health reform in England: update and next steps*. London. 2005.

17. Department of Health. *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services. Consultation document on the findings of the national beds inquiry – supporting analysis*. London, Department of Health. 2000.

18. Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. The policy framework. *Planning for care. Overview of international experience*. 2009; 64 s.

19. Franc C., Polton D. New governance arrangements for French health insurance. *Eurohealth*. 2006; 12: 27-29.

20. Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013; 15 (1): 1-179.

21. Hagen T.P., Iversen T., Magnussen J. Sykehusenes effektivitet-utvikling 1992-1999: Hvilke effekter ga innsatsstyrt finansiering? (The development of hospitals towards efficiency 1992-1999). 2001.

22. Hofmarcher M., Quentin W. Austria: *Health system review. Health Systems in Transition*. 2013; 15(7): 1-291.

23. Johnsen J.R. Health Systems in Transition: Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

24. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012; 14 (4): 1-154.

25. Marchildon G.P. The policy history of Canadian Medicare. *Canadian Bulletin of Medical History*. 2009; 26 (20): 247-260.

26. Mackenzie H. Financing Canada's hospitals: public alternatives to P3s. Toronto, Hugh Mackenzie and Associates. 2004.

27. MacKinnon J. The arithmetic of health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2004; 171 (6): 603-604.

28. McKillop I. Financial rules as a catalyst for change in the Canadian health care system. In: Forest PG, Marchildon GP, McIntosh T, eds. *Changing health care in Canada*. 2004.

29. Menon D., Stafinski T. Health technology assessment in Canada: 20 years strong? *Value in Health*. 2009; 12 (2): 14-19.

30. Ministère de la santé. Circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Paris. Ministère de la santé (DH/E02/2000/295). 2000.

31. National Board of Health. Antal Sengepladserpa offentlige sygehus [Number of beds in public hospitals]. Copenhagen, Sundhedstilsynet. 2009.
32. Olejaz M., Juul Nielsen A., Rudkjøbing A., Okkels Birk H., Krasnik A., Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012, 14 (2): 1-192.
33. O'Reilly P. The federal/provincial/territorial health conference system. In: Adams D, ed. Federalism, democracy and health policy in Canada. Montreal, McGill-Queen's University Press. 2001.
34. Rice N., Smith P. Strategic resource allocation and funding decisions. In: Mossialos E et al. (eds), Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham, Open University Press. 2002.
35. Richardson E., Malakhova I., Novik I., Famenka A. Belarus: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013; 15 (5): 1-118.
36. Vallgarda S., Krasnik A. (eds.). Health services and health policy. Copenhagen, Gyldendal Akademisk. 2010.
37. Wörz M. Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhaus-trägerschaft einen Unterschied? Eine vergleichende Untersuchung von Trägerunterschieden im akutstationären Sektor in Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika. Wiesbaden, VS Verlag. 2008.

#### Сведения об авторах:

Герасимова Ксения Владимировна – к.м.н., доцент Высшей школы управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, научный сотрудник Центра оценки технологий здравоохранения Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. Адрес: ул. Александра Солженицына, д. 28, Москва, Россия, 109004. ПМГМУ им. И.М. Сеченова, ВШУЗ. Тел.: +7(499)7636802. E-mail: kvgerasimova@gmail.com

Федяев Денис Валерьевич – научный сотрудник Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований РАНХиГС, научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: просп. Вернадского, д. 82, Москва, 119571. Тел.: +7(495)9211089. E-mail: denis.fedyayev@gmail.com.

Сура Мария Владимировна – к.м.н., ведущий научный сотрудник Центра оценки технологий в здравоохранении Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. Адрес: просп. Вернадского, д. 82, Москва, 119571; старший научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: Настасьинский пер. д. 3 стр. 2, Москва, Россия, 127006. Тел.: +7(495)9569528. E-mail: journal@hta-rus.ru.

Тихонова Антонина Анатольевна – старший научный сотрудник, Лаборатории исследований бюджетной политики Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. Адрес: просп. Вернадского, д. 82, Москва, 119571.

Омельяновский Виталий Владимирович – д.м.н., профессор, директор Центра оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, руководитель Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ. Адрес: Настасьинский пер. д. 3 стр. 2, Москва, Россия, 127006. Тел.: +7(499)9569528. E-mail: vitvladom@gmail.com.

Авксентьева Мария Владимировна – д.м.н., ведущий научный сотрудник Центра оценки технологий здравоохранения Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, ведущий научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ, профессор Высшей школы управления здравоохранением Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Адрес: проспект Вернадского, д. 82 стр.1, Москва, Россия, 119571. РАНХиГС, ИПЭИ, Лаборатория оценки технологий в здравоохранении. Тел.: +7(499)9569528, +7(499)9569529. E-mail: avksent@yahoo.com

#### About the authors:

Gerasimova Kseniya Vladimirovna – PhD, Associate professor of High school of healthcare administration of the Sechenov First Moscow state medical university, researcher of the Centre for health technology assessment of Applied economic research Institute of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. Address: Alexander Solzhenitsyn st., 28, Moscow, Russia, 109004. Tel.: +7(499)7636802. Sechenov FMSMU, HSHA. E-mail: kvgerasimova@gmail.com

Fedyayev Denis Valeryevich – researcher at the Center for Finance Health Research Financial Institute of the Russian Federation Ministry of Finance. Researcher of the Centre for health technology assessment of Applied economic research Institute of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. Address: Vernadskogo prospect, 82-1, Moscow, Russia, 119571, RANEPА, Centre for health technology assessment. Tel.: +7(499)9569528, +7(499)9569529. E-mail: denis.fedyayev@gmail.com.

Sura Mariya Vladimirovna – PhD, a leading researcher at the Center for Health Technology Assessment of the Institute for Applied Economic Research at the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPА). Address: prosp. Vernadskogo, 82, Moscow, 119571; a senior fellow at the Center for Finance Health Research Financial Institute of the Russian Federation Ministry of Finance. Address: Nastasyinsky per., 3-2, Moscow, Russia, 127006. Tel.: +7(495)9569528. E-mail: journal@hta-rus.ru.

Tikhonova Antonina Anatolievna – Senior Researcher of the Laboratory of budget policy studies of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration. Address: Vernadskogo prospect, 82-1, Moscow, Russia, 119571, RANEPА.

Omel'yanovskiy Vitaliy Vladimirovich – MD, Professor, Director of the Center for Technology Assessment in Health Care of the Institute of Applied Economic Research of RANEPА, Head of the Health Care Finance Center of the Research Financial Institute of the Ministry of Finance of the Russian Federation. Address: Nastasyinsky lane d. 3 p. 2, Moscow, Russia, 127006. Tel.: +7(499)9569528. E-mail: vitvladom@gmail.com.

Avxentyeva Maria Vladimirovna – PhD (doctor of medical sciences), leading research fellow of the Centre for health technology assessment of Applied economic research Institute of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, leading research fellow of Centre for health finance of Research Financial institution of Ministry of Finance and Professor of High school of healthcare administration of the Sechenov First Moscow state medical university. Address: Vernadskogo prospect, 82-1, Moscow, Russia, 119571, RANEPА, Centre for health technology assessment. Tel.: +7(499)9569528, +7(499)9569529. E-mail: avksent@yahoo.com.