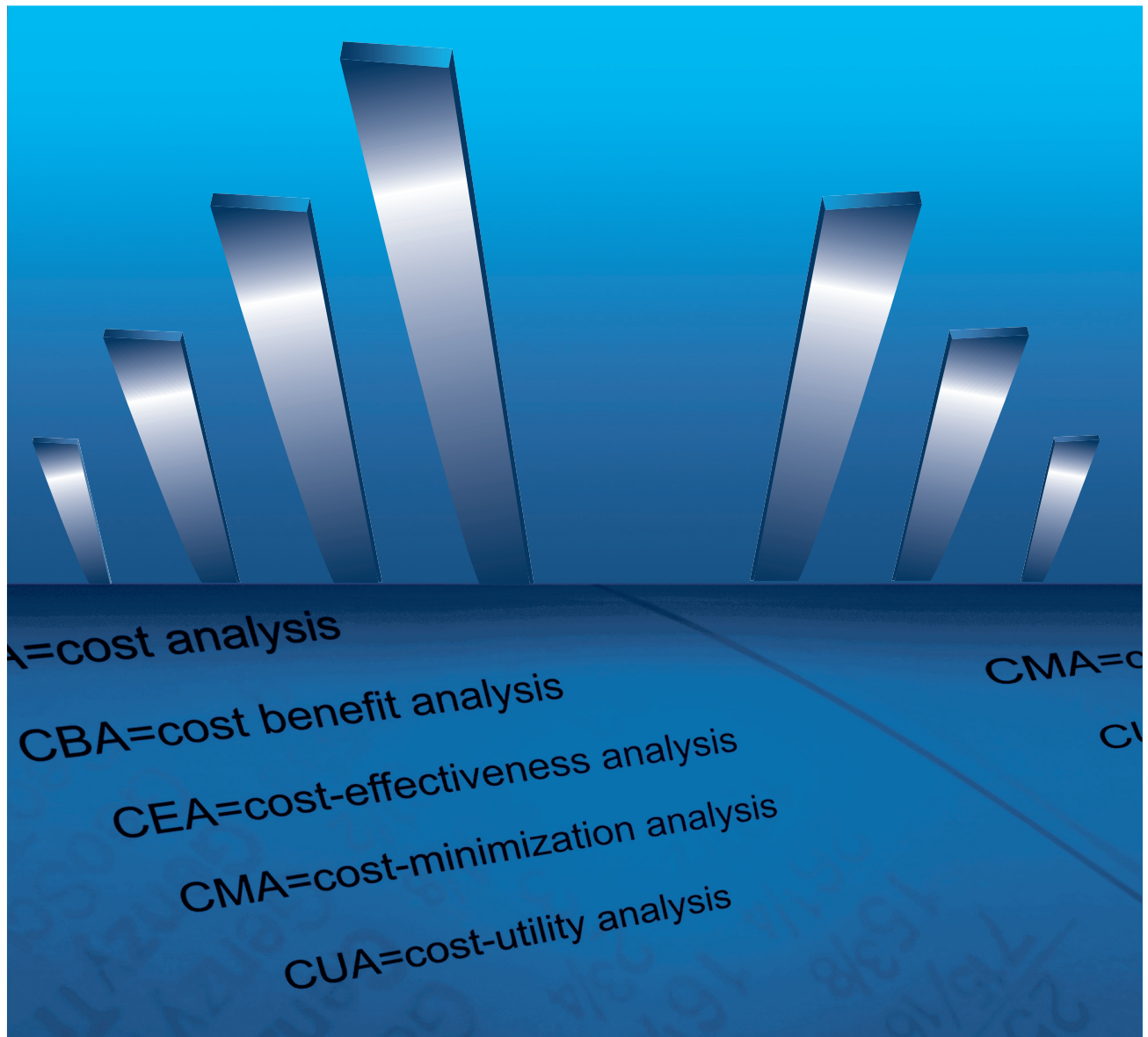


Фармакоэкономика

современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



PHARMACOECONOMICS. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

ISSN 2070-4909

2018 Vol. 11 No2

www.pharmacoeconomics.ru

- Фармакоэкономическое исследование применения препарата нилотиниб у больных с хроническим миелоидным лейкозом во второй линии терапии
- Внедрение медицинских изделий в практику здравоохранения и возмещение затрат на их закупку: европейский опыт

№2 **Том 11**
2018

Региональная адаптация федеральной модели оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим группам на примере случаев госпитализации пациентов, требующих назначения генно-инженерных биологических препаратов

Сура М. В.^{1,2}, Игнатова Т. Н.³, Руднева Н. С.⁴, Суханова Ю. Н.³,
Ульянова Н. Г.⁵, Худяев А. С.⁶, Шелякин В. А.⁶, Щербаков Д. В.⁷

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

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (просп. Вернадского, д. 82, Москва 119571, Россия)

³ Министерство здравоохранения Оренбургской области (ул. Терешковой, д. 33, г. Оренбург 460006, Россия)

⁴ Государственное учреждение здравоохранения «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (1-й М. Расковой проезд, 1а, г. Тула 300053, Тульская область, Россия)

⁵ Территориальный фонд ОМС Оренбургской области (пер. Фабричный, 19, г. Оренбург 460014, Россия)

⁶ Территориальный фонд ОМС Свердловской области (ул. Московская, 54, г. Екатеринбург 620102, Россия)

⁷ Территориальный фонд ОМС Тульской области (проспект Красноармейский, 7, г. Тула 300041, Россия)

Резюме

Модель финансирования медицинской помощи по клинико-статистическим группам (КСГ) в 2018 г. предусматривает оплату случаев госпитализации пациентов, требующих назначения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в условиях дневного и круглосуточного стационара за счет средств системы общего медицинского страхования (ОМС). Оплата осуществляется в рамках КСГ №121 в дневном стационаре и КСГ №316 в круглосуточном стационаре. Стоимостная разнородность лекарственной терапии ГИБП обуславливает начатое в части субъектов РФ выделение подгрупп в составе федеральных КСГ, представляющее собой один из способов региональной адаптации модели, предложенный на федеральном уровне. Разукрупнение федеральных КСГ позволяет устанавливать тарифы в зависимости от фактически понесенных медицинской организацией затрат на лекарственную терапию ГИБП. Предложенные в субъектах РФ модели разукрупнения КСГ для назначения ГИБП после экспертной проработки могут быть взяты за основу актуализации федеральной модели КСГ, учитывающей различия в стоимости схем лекарственной терапии.

Ключевые слова

Клинико-статистические группы (КСГ), генно-инженерные биологические препараты, выделение подгрупп КСГ.

Статья поступила: 11.05.2018 г.; в доработанном виде: 31.05.2018 г.; принята к печати: 25.06.2018 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

Сура М. В., Игнатова Т. Н., Руднева Н. С., Суханова Ю. Н., Ульянова Н. Г., Худяев А. С., Шелякин В. А., Щербakov Д. В. Региональная адаптация федеральной модели оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим группам на примере случаев госпитализации пациентов, требующих назначения генно-инженерных биологических препаратов. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2018; 11 (2): 44-52. DOI: 10.17749/2070-4909.2018.11.2.044-052.

Regional adaptation of the federal model of reimbursement for medical assistance based on clinical statistical groups: hospitalization of patients in need of genetically engineered biological preparations

Sura M. V.^{1,2}, Ignatova T. N.³, Rudneva N. S.⁴, Sukhanova Yu. N.³, Ulyanova N. G.⁵, Khudyaev A. S.⁶, Shelyakin V. A.⁶, Scherbakov D. V.⁷

¹ Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation (10-5 Khokhlovskii pereulok, Moscow 109028, Russia)

² Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Federal State Educational Institution of Higher Professional Education (82 Vernadskogo prospect, Moscow 119571, Russia)

³ Ministry of Health of the Orenburg region (33 Tereshkovoj Str., Orenburg 460006, Russia)

⁴ Tula Regional Clinical Dermato-venereal Dispensary (1a 1 Str. M. Raskovoy proezd, Tula 300053, Tula region, Russia)

⁵ Territorial fund of compulsory medical insurance of the Orenburg region (19 Fabrichnyy per., Orenburg 460014, Russia)

⁶ Territorial fund of compulsory medical insurance of the Sverdlovsk region (54 Moskovskaya Str., Ekaterinburg 620102, Russia)

⁷ Territorial fund of compulsory medical insurance of the Tula region (7 prospekt Krasnoarmeyskiy, Tula 300041, Russia)

Summary

The existing model of financial support of medical assistance for clinical-statistical groups (CSGs) in 2018 provides for the reimbursement for hospital stay expenses by the compulsory medical insurance fund in patients claiming the need for genetically engineered biological products (GIBP) during their stay in a day-care or 24-hour inpatient facility. The payment is made to CSG No. 121 in a day care and to CSG No. 316 in a 24-hour inpatient facility. The heterogeneity of the expenses for therapy with GIBP necessitates further division of the Federal CSGs into subgroups located in the constituent parts of the Russian Federation. This process has been initiated in some parts of the country, and it is seen as a way of regional adaptation of the Federal Medical Insurance model. The proposed subdivision of the Federal CSGs allows for setting the tariffs reflecting the real expenses incurred by a local medical organization due to the therapeutic use of GIBP. The models of such specific CSGs proposed by RF subjects (after an expert evaluation) can be taken as a basis for updating the Federal CSG model, taking into account the differences in the costs of different drug therapy regimens.

Key words

Clinical and statistical groups (CSGs), genetically engineered biological preparations, subdivision of CSGs.

Received: 11.05.2018; in the revised form: 31.05.2018; accepted: 25.06.2018.

Conflict of interests

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

All authors contributed equally to this article.

For citation

Sura M. V., Ignatova T. N., Rudneva N. S., Sukhanova Yu. N., Ulyanova N. G., Khudyaev A. S., Shelyakin V. A., Scherbakov D. V. Regional adaptation of the federal model of reimbursement for medical assistance based on clinical statistical groups: hospitalization of patients in need of genetically engineered biological preparations. *FARMAKOEKONOMIKA. Modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology. [FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya]*. 2017; 11 (2): 44-52 (in Russian). DOI: 10.17749/2070-4909.2018.11.2.044-052.

Corresponding author

Address: 10-5 Khokhlovskii pereulok, Moscow 109028, Russia.

E-mail address: mariasoura@yandex.ru (Sura M. V.).

Введение

На протяжении последних лет в большей части субъектов РФ оплата медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в условиях дневного и круглосуточного стационара осуществляется за законченный случай лечения заболевания в соответствии с клинико-статистическими группами (КСГ), сформированными на федеральном уровне [1,2]. КСГ объединяют заболевания, относящиеся к одному профилю медицинской помощи, схожие по используемым методам диагностики и лечения пациентов, а также средней ресурсоемкости, включая стоимость, структуру затрат и набор используемых ресурсов [3].

Действующая в текущем году модель КСГ с изменениями, внесенными в марте 2018 г., включает 343 КСГ для круглосуточного стационара и 134 для дневного стационара. Модель КСГ преду-

матривает оплату всех возможных случаев оказания специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС [3-7]. По каждой КСГ на федеральном уровне установлены коэффициенты относительной затратоемкости (КЗ), которые отражают отношение затратоемкости КСГ к базовой ставке (БС) – среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента. Установленные на федеральном уровне значения КЗ не могут быть изменены субъектами РФ.

Наряду с федеральными коэффициентами (КЗ) при расчете тарифов на оказание медицинской помощи на региональном уровне учитываются БС, коэффициент дифференциации (необходимость его учета зависит от субъекта РФ) и региональные поправочные коэффициенты, причем последние могут оказывать существенное влияние на размер тарифа.

Таблица 1. Клинико-статистические группы (КСГ), установленные федеральной моделью КСГ на 2018 г., для оплаты случаев госпитализации пациентов, требующих назначения генно-инженерных биологических препаратов.

Table 1. Clinical and statistical groups (CSGs), established by the CSG Federal model for 2018, to reimburse for hospitalization of patients claiming the need for genetically engineered biological products.

| Уровень оказания медицинской помощи | КСГ | КЗ |
|-------------------------------------|---|------|
| Дневной стационар | №121 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов | 9,74 |
| Круглосуточный стационар | №316 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии | 5,35 |

Примечание. Здесь и в других таблицах: КСГ – клинико-статистические группы; КЗ – коэффициенты относительной затратоемкости.

Note: Here and in other tables: КСГ – clinical and statistical groups; КЗ – relative effectiveness.

В настоящее время на федеральном уровне установлено два механизма региональной адаптации модели КСГ, позволяющих внедрять федеральную модель с учетом особенностей оказания медицинской помощи на региональном уровне [3-5]:

- установление поправочных коэффициентов – коэффициента уровня (или подуровня) оказания медицинской помощи (КУС, КПУС), коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) и управленческого коэффициента по КСГ (КУ);
- выделение подгрупп в составе стандартных КСГ.

В одной из предыдущих статей, посвященных вопросам региональной адаптации модели КСГ, мы подробно останавливались на основных подходах и правилах установления поправочных коэффициентов и выделения подгрупп в составе стандартных КСГ [2]. В настоящей статье мы рассмотрим опыт регионов по выделению подгрупп в отношении КСГ, в рамках которых осуществляется оплата случаев госпитализации с назначением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Оплата медицинской помощи пациентам, нуждающимся в назначении генно-инженерной биологической терапии, в рамках федеральной модели КСГ

На сегодняшний день ГИБП включают несколько групп лекарственных препаратов – ингибиторы интерлейкина, ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α), селективные иммунодепрессанты, которые применяются для лечения различных заболеваний, связанных с иммунным воспалением. ГИБП применяются в ревматологии (при ревматоидном артрите, юношеском ревматоидном артрите, анкилозирующем спондилите), дерматологии (при тяжелых формах псориаза), гастроэнтерологии и проктологии (при болезни Крона, неспецифическом язвенном колите). Терапия биопрепаратами пациентов ревматологического профиля существенно улучшает качество их жизни, способствует достижению длительной и стойкой ремиссии. Применение ГИБП у пациентов с тяжелыми формами псориаза улучшает качество их жизни, приводит к существенному снижению гистологических проявлений заболевания, включая гиперплазию и пролиферацию клеток эпидермиса. Своевременно начатая терапия биологическими препаратами пациентов с болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом может обеспечить полное заживление слизистой оболочки, приводит к длительной и устойчивой ремиссии, благоприятно влияет на прогноз заболевания, а также помогает избежать или максимально отсрочить хирургическое лечение [1].

В последнее время в России зарегистрированы и активно применяются различные биопрепараты, в частности адалимумаб, абатацепт, устекинумаб, ритуксимаб, омализумаб и др. Эффективность и безопасность этих препаратов доказана в многочисленных клинических исследованиях, они включены в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (перечень ЖНВЛП), стандарты медицинской помощи, федеральные клинические рекомендации. Вместе с тем, биологическая терапия представляет собой дорогостоящий вид лекарственного лечения – средневзвешенная стоимость одной инъекции этими препаратами

составляет более 100 тыс. руб. Однако в зависимости от заболевания и режима дозирования препарата стоимость одного законченного случая терапии может существенно варьироваться.

С 2016 г. в рамках федеральной модели КСГ случаи госпитализации пациентов, требующих назначения ГИБП, оплачиваются в условиях круглосуточного и дневного стационара по двум КСГ. В действующей модели 2018 г. это КСГ №121 (дневной стационар) и КСГ №316 (круглосуточный стационар) (табл. 1) [3-7]. С 2016 г. поменялись номера КСГ и их наполнение (был существенно расширен перечень заболеваний и услуг, включенных в указанные группы). При этом название групп и установленные КЗ не менялись.

Отнесение к данным КСГ случаев госпитализации производится на основании комбинации кода МКБ-10 (в модель КСГ на 2018 г. в отношении указанных групп включено 162 диагноза по МКБ-10, включая ревматоидный артрит, псориаз, язвенный колит, болезнь Крона, юношеский ревматоидный артрит, различные врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы, астму с преобладанием аллергического компонента и др.) и кодов Номенклатуры, представляющих услуги по назначению лекарственных препаратов (табл. 2). При комбинации кода МКБ-10 (диагноза) и кода Номенклатуры А25.30.035 Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб) дополнительным классификационным критерием является возраст: до двух лет. В рассматриваемые КСГ включены все заболевания, для лечения которых могла бы быть назначена терапия ГИБП.

Название услуг, предназначенных для назначения и оплаты ГИБП в системе КСГ, включает наименование группы лекарственного препарата в соответствии с АТХ-классификацией и диагнозом. В медицинской организации определяется принадлежность назначаемого лекарственного препарата к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования. Закодированная услуга в дальнейшем в комбинации с диагнозом служит критерием отнесения к КСГ №316 и КСГ №121.

Например, применение препарата, который в соответствии с АТХ-классификацией относится к группе «Ингибиторы интерлейкина», кодируется услугами:

- А25.01.001.002. Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи;
- А25.04.001.002. Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях.

Количество случаев госпитализации одного пациента по КСГ №316 и КСГ №121 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

В соответствии со средними значениями БС – 23 348,66 руб. для круглосуточного и 12 144,24 руб. для дневного стационара (данные получены на основании анализа БС, установленных тарифными соглашениями 85 субъектов РФ в 2018 г. без учета коэффициентов дифференциации для части субъектов, повышающих значение БС) и коэффициентов относительной затратоемкости,

Таблица 2. Услуги, которые используются в качестве классификационных критериев отнесения случаев госпитализации к КСГ №316 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии» (круглосуточный стационар) и КСГ №121 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов» (дневной стационар).

Table 2. Services and classification criteria for referring hospitalization cases to CSG No. 316 «Treatment using genetically engineered biological preparations in the absence of efficient basic therapy» (24-hour hospital) and to CSG No. 121 «Treatment using genetically engineered biological preparations» (day care facility).

| Код услуги | Наименование услуги |
|----------------|--|
| A25.01.001.001 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях кожи |
| A25.01.001.002 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при заболеваниях кожи |
| A25.04.001.001 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при артропатиях, спондилопатиях |
| A25.04.001.002 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов интерлейкина при артропатиях, спондилопатиях |
| A25.04.001.005 | Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при артропатиях, спондилопатиях |
| A25.04.001.007 | Назначение лекарственных препаратов группы моноклональных антител при системных поражениях соединительной ткани |
| A25.09.001.001 | Назначение лекарственных препаратов группы прочих препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей для системного применения |
| A25.12.001.001 | Назначение дезоксирибонуклеиновой кислоты плазмидной (сверхскрученной кольцевой двуцепочной) при заболеваниях периферических артерий |
| A25.17.001.001 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях тонкой кишки |
| A25.17.001.002 | Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях тонкой кишки |
| A25.18.001.001 | Назначение лекарственных препаратов группы ингибиторов фактора некроза опухоли альфа при заболеваниях толстой кишки |
| A25.18.001.002 | Назначение лекарственных препаратов группы селективных иммунодепрессантов при заболеваниях толстой кишки |
| A25.30.035 | Иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб) |

средняя стоимость случая госпитализации пациента в круглосуточный стационар без учета региональных поправочных коэффициентов по КСГ №316 составит 23348,66 руб. × 5,35 = 124 915,33 руб.; в дневной стационар по КСГ №121 12 144,24 руб. × 9,74 = 118 284,90 руб. Полученные усредненные значения тарифов на оказание медицинской помощи больным с указанными выше заболеваниями должны обеспечивать проведение терапии ГИБП (в случае превышения среднего тарифа на проведение лекарственной терапии некоторыми ГИБП для одних пациентов разница может быть компенсирована за счет применения более дешевых схем ГИБП для других пациентов). Увеличение тарифов на региональном уровне по сравнению с расчетными усредненными значениями для КСГ №316 и КСГ №121 возможно за счет более высоких значений базовых ставок. В отношении возможности применения региональных поправочных коэффициентов (КУС, КСЛП, КУ) следует отметить, что, к примеру, для КСГ №316 на федеральном уровне в действующей модели установлены ограничения на применение КУС (КУС не рекомендовано применять), что связано с высокой степенью стандартизации назначения ГИБП, одинаковыми затратами на их введение вне зависимости от уровня оказания медицинской помощи. Для КСГ №121, равно как и для других КСГ в дневном стационаре, субъект РФ самостоятельно определяет целесообразность ограничений по использованию региональных поправочных коэффициентов.

Выделение подгрупп как способ региональной адаптации модели КСГ для назначения генно-инженерных биологических препаратов

Как было сказано выше, одним из способов адаптации федеральной модели КСГ на региональном уровне является выделение

подгрупп в составе стандартных КСГ в рамках утверждения тарифных соглашений. Методика выделения подгрупп определена на федеральном уровне, в документах, утверждающих модель КСГ [3-5]. Формирование подгрупп рекомендуется проводить после детального анализа случаев госпитализации, проведения моделирования и экономических расчетов, подтверждающих целесообразность такого шага. Формирование подгрупп целесообразно предусматривать, если количество случаев, которые планируется выделить в подгруппу статистически репрезентативно, и их большая затроемкость внутри действующей КСГ, является закономерным (систематически встречающимся) явлением.

Выделение подгрупп, в т.ч. подгрупп для назначения биопрепаратов, требует формирования дополнительных классификационных критериев, устанавливаемых в субъекте Российской Федерации. Дополнительные классификационные критерии должны быть включены в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в ФФОМС. В качестве указанных критериев могут выступать: длительное пребывание в реанимации или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих лекарственных препаратов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ. Выделение дорогостоящих медикаментов в качестве дополнительных классификационных критериев (например, назначение биопрепаратов) возможно при наличии конкретных показаний, определенных клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в ограниченном количестве случаев, входящих в базовую КСГ, только для лекарственных препаратов, входящих в перечень ЖНВЛП при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания

Таблица 3. Сравнительный анализ результатов выделения подгрупп в рамках КСГ №121 (дневной стационар) и КСГ №316 (круглосуточный стационар) в 2018 г. в Свердловской, Оренбургской и Тульской областях.

Table 3. Comparative analysis of creating subgroups from CSG No.121 (day care) and from CSG No. 316 (24-hour hospital) in 2018 in the regions of Sverdlovsk, Orenburg and Tula.

| Субъект РФ | Уровень оказания медицинской помощи | КСГ, для которых выделены подгруппы | Число выделенных подгрупп | Базовая ставка, руб. | Тарифы на выделенные подгруппы, руб. |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Свердловская область | Дневной стационар | КСГ №121 | 15 | 9 003,00 | от 12 874,29 до 211 030,3 |
| Оренбургская область | Дневной стационар | КСГ №121 | 9 | 10 394,01 | от 16 921,45 до 236 442,94* |
| Тульская область | Круглосуточный стационар | КСГ №316 | 2 | 18 100,00 | от 92 563,40 до 253 400,00 |

Примечание. В Оренбургской области в отношении выделенных подгрупп в рамках КСГ №121 также применяется управленческий коэффициент в размере 1,1.

Note. In the Orenburg region, with respect to the subgroups created from CSG No. 121, the management coefficient of 1.1 is also applied.

гражданам медицинской помощи. Уровень затрат определяется на основании сложившегося среднего уровня закупочных цен на данные препараты в субъекте Российской Федерации или в соответствии с зарегистрированными предельными отпускными ценами.

Увеличение количества групп должно осуществляться только через выделение подгрупп в структуре установленного на федеральном уровне перечня КСГ. При этом необходимо придерживаться следующих правил:

- Номер подгруппы формируется из номера базовой КСГ, точки и порядкового номера подгруппы;
- Наименование подгруппы совпадает с наименованием базовой КСГ либо содержит наименование базовой КСГ со смысловым дополнением.

Выделение на региональном уровне подгрупп для назначения ГИБП связано с существенными различиями в стоимости и режимах дозирования обсуждаемых лекарственных препаратов. В существующей системе оплаты по среднему тарифу у медицинской организации, работающей по федеральным КСГ без разукрупнения, возникает соблазн назначать пациенту более дешевые препараты при наличии более дорогостоящих альтернатив, таким образом зарабатывая на подобных случаях госпитализации (получать существенно больше, чем израсходовано, то есть «снимать сливки»). Риски возникновения подобной ситуации минимизируются при выделении подгрупп, которые сформированы прежде всего

с учетом существующих различий в затратах на лекарственную терапию.

Далее на примере нескольких субъектов РФ – Свердловская, Тульская и Оренбургская области – мы рассмотрим варианты выделения подгрупп или, другими словами, разукрупнения стандартных КСГ для назначения ГИБП [8-10]. В **таблице 3** представлена сравнительная оценка результатов выделения подгрупп в составе КСГ №121 и КСГ №316 в рассматриваемых субъектах РФ.

Как видно из таблицы 3, разукрупнение КСГ осуществлялось на различных уровнях оказания медицинской помощи, количество выделенных подгрупп существенно варьировало. В зависимости от подгруппы размер установленных тарифов мог различаться более чем в 15 раз и эти различия обусловлены фактическими расходами на лекарственную терапию. Далее более детально рассмотрены особенности выделения подгрупп КСГ в каждом из обсуждаемых регионов.

Согласно тарифному соглашению по ОМС на территории Свердловской области на 2018 г. [8], федеральная КСГ №121, регулирующая госпитализацию пациентов в дневной стационар с целью назначения ГИБП, разукрупнена до 15 подгрупп (121.1 – 121.15) с КЗ, варьирующим в зависимости от подгруппы от 1,43 до 23,44 (**табл. 4**).

В основе подобного разукрупнения лежат расчеты, основанные на анализе фактических затрат на различные ГИБП. Наименьший КЗ=1,43 (подгруппа КСГ №121.1) установлен для случа-

Таблица 4. Пример выделения подгрупп в составе базовой КСГ №121 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в условиях дневного стационара в Свердловской области в 2018 г.

Table 4. An example of creating subgroups from the basic CSG No.121 "Treatment using genetically engineered biological preparations in a day care facility in the Sverdlovsk Region in 2018".

| № подгруппы | Наименование подгруппы | КЗ |
|-------------|--|-------|
| 121.1 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 1) | 1,43 |
| 121.2 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 2) | 4,22 |
| 121.3 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 3) | 4,27 |
| 121.4 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 4) | 4,72 |
| 121.5 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 5) | 5,47 |
| 121.6 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 6) | 6,11 |
| 121.7 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 7) | 6,43 |
| 121.8 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 8) | 6,65 |
| 121.9 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 9) | 7,2 |
| 121.10 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 10) | 7,57 |
| 121.11 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 11) | 9,33 |
| 121.12 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 12) | 11,4 |
| 121.13 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 13) | 12,22 |
| 121.14 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 14) | 15,39 |
| 121.15 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (уровень 15) | 23,44 |

Таблица 5. Подгруппы КСГ и соответствующие им лекарственные препараты, принятые в качестве классификационных критериев отнесения случаев госпитализации пациентов, требующих назначения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в условиях дневного стационара в Свердловской области в 2018 г.

Table 5. CSG subgroups and respective medications adopted as the classification criteria for referring the cases of patients hospitalized in a day care who claimed the need for GIBP (the Sverdlovsk Region, 2018).

| Подгруппа КСГ | Международное непатентованное наименование (МНН) | КЗ | Иммуновоспалительные заболевания | | | Тяжелая неконтролируемая atopическая БА | Идиопатическая хроническая крапивница | Иммунизация против РСВ инфекции |
|---------------|--|-------|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| | | | Ревматологический профиль | Гастроэнтерологический профиль | Дерматологический профиль | | | |
| 121.1 | Этанерцепт | 1,43 | + | | + | | | |
| 121.2 | Омализумаб | 4,22 | | | | + | + | |
| 121.3 | Адалимумаб | 4,27 | + | + | + | | | |
| 121.4 | Секукинумаб 150 мг | 4,72 | + | | | | | |
| 121.5 | Абатацепт | 5,47 | + | | | | | |
| 121.6 | Белимумаб | 6,11 | + | | | | | |
| 121.7 | Цертолизумаб | 6,43 | + | + | | | | |
| 121.8 | Тоцилизумаб | 6,65 | + | | | | | |
| 121.9 | Ритуксимаб | 7,2 | + | | | | | |
| 121.10 | Голимумаб | 7,57 | + | + | | | | |
| 121.11 | Секукинумаб 300 мг | 9,33 | | | + | | | |
| 121.12 | Инфликсимаб | 11,4 | + | + | + | | | |
| 121.13 | Паливизумаб | 12,22 | | | | | | + |
| 121.14 | Ведолизумаб | 15,39 | | + | | | | |
| 121.15 | Устекинумаб | 23,44 | + | | + | | | |

ев госпитализации пациентов ревматологического и дерматологического профилей для назначения препарата этанерцепт (размер БС = 9 003,00 руб., тариф = 9003,00 × 1,43 = 12 874,29 руб.), наибольший КЗ = 23,44 (подгруппа КСГ №121.15) – для случаев госпитализации пациентов аналогичных профилей для назначения препарата устекинумаб (тариф = 9003,00 × 23,44 = 211 030,3 руб.) (табл. 5).

Таким образом, установленные в Свердловской области подгруппы в отношении КСГ №121 обеспечивают широкий выбор лекарственной терапии ГИБП пациентов с системными заболеваниями, при этом установленные тарифы покрывают фактически понесенные медицинской организацией расходы и не позволяют «снимать сливки» за счет существенных различий в стоимости ГИБП.

В Оренбургской области в 2018 г. КСГ №121 была разукрупнена до 9 подгрупп (121.1 – 121.9) с КЗ, варьирующими от 1,48 (подгруппа №121.9) до 20,68 (подгруппа №121.1) (табл. 6) [9].

В отличие от Свердловской области, в Оренбургской области количество выделенных подгрупп было меньшим. Обращает на себя внимание то, что при разукрупнении была выделена подгруппа №121.9 с самым низким КЗ=1,48, в рамках которой предполагается оплата случаев госпитализации ГИБП, не вошедших с другие подгруппы (прочие ГИБП). В отношении подгрупп, разгруппированных по названию лекарственных препаратов, кроме МНН в них также приведены торговые наименования (ТН). Указание на конкретные ТН было обусловлено существенными различиями в стоимости ЛП, в рамках одного МНН. Представляется целесообразным выведение из названия указанных подгрупп конкретных ТН и рассмотрение возможности подобной детализации в рамках региональных стандартов медицинской помощи, с указанием приоритетов при выборе тех или иных ТН. В отличие от Свердловской области, сформированные в Оренбургской области подгруппы представлены в порядке убывания затраченных

Таблица 6. Пример выделения подгрупп в составе базовой КСГ №121 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в условиях дневного стационара в Оренбургской области в 2018 г.

Table 6. An example of creating subgroups from the basic CSG No. 121 “Treatment using genetically engineered biological preparations in a day care facility in the Orenburg Region in 2018”.

| № подгруппы | Наименование подгруппы | КЗ |
|-------------|--|-------|
| 121.1 | Лечение с применением ГИБП устекинумаб (Стелара) | 20,68 |
| 121.2 | Лечение с применением ГИБП тоцилизумаб (Актемра) | 11,69 |
| 121.3 | Лечение с применением ГИБП ритуксимаб (Мабтера) | 9,46 |
| 121.4 | Лечение с применением ГИБП инфликсимаб (Фламмэгис) | 8,51 |
| 121.5 | Лечение с применением ГИБП паливизумаб (Синагис) | 7,04 |
| 121.6 | Лечение с применением ГИБП абатацепт (Оренсия) | 4,94 |
| 121.7 | Лечение с применением ГИБП адалимумаб (Хумира) | 3,89 |
| 121.8 | Лечение с применением ГИБП омализумаб (Ксолар) | 3,67 |
| 121.9 | Лечение с применением ГИБП, прочие | 1,48 |

Таблица 7. Пример выделения подгрупп в составе базовой КСГ №316 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в случае отсутствия эффективности базисной терапии в условиях круглосуточного стационара в Тульской области в 2018 г.

Table 7. An example of creating subgroups from the basic CSG No.316 "Treatment using genetically engineered biological preparations in the absence of efficient basic therapy in a 24-hour facility in the Tula Region in 2018".

| № подгруппы | Наименование подгруппы | КЗ |
|-------------|--|-------|
| 316.1 | Лечение с применением ГИБП в случае отсутствия эффективности базисной терапии (кроме устекинумаба) | 5,114 |
| 316.2 | Лечение с применением ГИБП устекинумаб в случае отсутствия эффективности базисной терапии | 14 |

финансовых средств (от большего к меньшему КЗ – от 20,68 (подгруппа №121.1) до 1,48 (подгруппа №121.9). Следует также отметить, что в Оренбургской области в отношении выделенных подгрупп в рамках КСГ№121 применяется КУ в размере 1,1. Установленные тарифы с учетом выделенных подгрупп и КУ колеблются в зависимости от назначаемой лекарственной терапии от 16 921,45 руб. (подгруппа прочих ГИБП) до 236 442,94 руб. (подгруппа устекинумаба).

Еще одним примером региональной адаптации модели КСГ для назначения ГИБП является выделение подгрупп в условиях круглосуточного стационара в Тульской области [10]. В соответствии с тарифным соглашением 2018 г. федеральная КСГ№316 Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии (КЗ = 5,35) была разделена на две подгруппы (табл. 7).

В отличие от Свердловской и Оренбургской областей, в Тульской области для назначения ГИБП в дневном стационаре подгруппы не выделяются, и оплата осуществляется в соответствии с федеральной моделью по КСГ№121. Вместе с тем, для назначения ГИБП в условиях круглосуточного стационара выделено две КСГ: первая 316.1 (КЗ = 5,114) – все случаи назначения ГИБП за исключением устекинумаба; вторая 316.2 (КЗ = 14) – случаи назначения устекинумаба. Таким образом, при установленном в 2018 г. в Тульской области размере БС = 18 100,00 для круглосуточного стационара тариф на случаи госпитализации с устекинумабом составляет 253 400,00 руб. вне зависимости от уровня медицинской организации.

Приведенные примеры региональной адаптации федеральной модели КСГ в отношении назначения ГИБП свидетельствуют о различиях в подходах к формированию подгрупп как в отношении уровней оказания медицинской помощи, так и в отношении числа выделенных подгрупп и установленных КЗ. Выделение подгрупп в рамках стандартных КСГ – это способ, позволяющий перераспределить финансовые средства внутри разукрупняемых групп без необходимости сокращения или увеличения финансирования системы в целом. Такой подход требует от ТФОМС и медицинских организаций более тщательного планирования объемов медицин-

ской помощи (случаев госпитализации), определяемых с учетом распределения случаев на подгруппы, включающие конкретные схемы лекарственной терапии.

Заключение

Утвержденная на федеральном уровне модель КСГ позволяет обеспечивать пациентов, требующих назначения ГИБП, в условиях дневного и круглосуточного стационара за счет средств системы ОМС. Существенные различия в стоимости ГИБП обуславливают необходимость формирования на региональном уровне подгрупп, позволяющих учитывать фактический объем затрат, понесенных медицинской организацией в случае назначения той или иной схемы лекарственной терапии. Выделение подгрупп на уровне субъекта РФ должно осуществляться в соответствии с едиными правилами, установленными ФОМС. Наиболее завершены среди проанализированных регионов представляется опыт по выделению подгрупп с целью назначения ГИБП в Свердловской области: все возможные схемы терапии ГИБП выделены в подгруппы, по каждой подгруппе установлены КЗ с учетом различий в затратах на лекарственную терапию. В качестве классификационного критерия отнесения случая госпитализации к той или иной подгруппе используется наименование лекарственного препарата (МНН), которое включено в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в ТФОМС.

В связи со значительными различиями в стоимости ГИБП для более сбалансированного учета затрат на федеральном уровне представляется целесообразным предусмотреть возможность разукрупнения действующих КСГ (№121 для дневного стационара и №316 для круглосуточного стационара) с учетом стоимости схем лекарственной терапии (по аналогии с разукрупнением схем противоопухолевой лекарственной терапии, реализованном в 2018 г.). В этом отношении мог бы быть полезен опыт тех регионов, в частности Свердловской области, в которых действующие дорогостоящие «лекарственные» КСГ в настоящее время уже разукрупнены и случаи госпитализации оплачиваются в рамках установленных КЗ подгрупп.

Литература:

- Сура М. В. Клинико-статистические группы в системе ОМС. Возможности оплаты медицинской помощи пациентам, нуждающимся в назначении генно-инженерной биологической терапии. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2016;1: 24-34.
- Сура М. В. Вопросы региональной адаптации системы оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с применением клинико-статистических групп. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2017; 4: 15-24.
- Письмо Минздрава России N 11-7/10/2р-8080, ФФОМС N 13572/26 – 2/и от 21.11.2017 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

- О внесении изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 12.03.2018 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-1483 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 3029/26-1/и). [электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/55d/55dac20a8f15ac4af6ca456d1b16b353.pdf>. Дата обращения: 10.05.2018.

- Письмо ФОМС №3237/26-1/и от 13.03.2018 г. «Изменения в Инструкцию по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (письма Федерального фонда

от 12.12.2017 №14531/26-2/и и от 25.01.2018 № 938/26-2/и). [электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/ca7/ca7fdb486182c8e1cd86e22e31fbef3b.pdf> Дата обращения: 10.05.2018.

6. Письмо ФОМС №3237/26-1/и от 13.03.2018 г. «Расшифровка КСГ КС». [электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/upload/medialibrary/439/439f775ab3c905615f9b6d2a8970ab20.xlsx>. Дата обращения: 10.05.2018.

7. Письмо ФОМС №3237/26-1/и от 13.03.2018 г. «Расшифровка КСГ ДС». [электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.ru/upload/medialibrary/e3e/e3e26ead9b2470ddfefec43b69cc36d2.xlsx>. Дата обращения: 10.05.2018.

8. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Свердловской области на 2018 г. [электронный ресурс] URL: <http://www.tfoms.e-burg.ru/documents/5228/>. Дата обращения: 10.05.2018.

References:

1. Sura M.V. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor* (in Russian). 2016; 1: 24-34.

2. Sura M.V. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor* (in Russian). 2017; 4: 15-24.

3. Letter No. 11-7 / 10 / 2p-8080 of the Ministry of Health of the Russian Federation, ФФОМС N 13572/26 – 2 / and on 21.11.2017 “On methodological recommendations on how to pay for medical care from the means of compulsory medical insurance” [*Pis'mo Minzdrava Rossii N 11-7/10/2r-8080, FFOMS N 13572/26 – 2/i ot 21.11.2017 «O metodicheskikh rekomendatsiyakh po sposobam oplaty meditsinskoy pomoschi za schet sredstv obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya»*] (in Russian)].

4. Amendments to the Methodological Recommendations on the Methods of Payment for Medical Assistance from the Mandatory Medical Insurance Fund (a joint letter dated 12.03.2018 of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 11-7 / 10 / 2-1483 and the Federal Mandatory Health Insurance Fund No. 3029/26 -1 / i) [*O vnesenii izmeneniy v Metodicheskie rekomendatsii po sposobam oplaty meditsinskoy pomoschi za schet sredstv obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya (sovmestnoe pis'mo ot 12.03.2018 Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii № 11-7/10/2-1483 i Federal'nogo fonda obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya № 3029/26-1/i)*] (in Russian)]. [electronic resource] URL: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/55d/55dac20a8f15ac4af6ca456d1b16b353.pdf>. Accessed: 10.05.2018.

5. Letter of the MHIF No. 3237 / 26-1 / and from 13.03.2018 “Amendments to the Instruction on grouping of cases, including the rules for accounting for additional classification criteria, and approaches to payment of medical assistance in outpatient conditions per capita funding standard (letters Federal Fund of 12.12.2017 №14531 / 26-2 / and from 25.01.2018 № 938 / 26-2 / и) [*Pis'mo FOMS №3237/26-1/i ot 13.03.2018 g. «Izmeneniya v Instruktsiyu po gruppировке sluchaeв, v tom chisle pravila ucheta dopolnitel'nykh klassifikatsionnykh kriteriev, i podkhodam k oplate meditsinskoy pomoschi v ambulatornykh usloviyakh po podushevomu normativu*

9. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования граждан в Оренбургской области на 2018 год (версия 8, включены изменения: 1 от 29.12.2017 г., 2 от 31.01.2018 г., 3 от 28.02.2018 г. 4 от 06.03.2018 г., 5 от 30.03.2018 г., 6 от 12.04.2018 г., 7 от 26.04.2018 г.). [электронный ресурс] URL: <https://www.orenfoms.ru/documents/regional/gts/>. Дата обращения: 10.05.2018.

10. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Тульской области от 22.12.2017 г. с изменениями от 10.01.2018 г. [электронный ресурс] URL: <https://www.omstula.ru/upload/komiss/2018/ts/TARIFNOE%20СОГЛАШЕНИЕ%20С%2001%2001%202018%20с%20изменениями%20от%2010.01.18.docx>. Дата обращения 10.05.2018.

finansirovaniya (pis'ma Federal'nogo fonda ot 12.12.2017 №14531/26-2/i i ot 25.01.2018 № 938/26-2/i) (in Russian)]. [electronic resource] URL: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/ca7/ca7fdb486182c8e1cd86e22e31fbef3b.pdf>. Accessed: 10.05.2018.

6. Letter of the MHIF No. 3237 / 26-1 / and dated 13.03.2018 “Decoding of the CSG of the COP” [*Pis'mo FOMS №3237/26-1/i ot 13.03.2018 g. «Rasshifrovka KSG KS»*] (in Russian)]. [electronic resource] URL: <http://www.ffoms.ru/upload/medialibrary/439/439f775ab3c905615f9b6d2a8970ab20.xlsx>. Data obrascheniya: 10.05.2018.

7. Letter of the MHIF No. 3237 / 26-1 / and dated 13.03.2018 “Decoding of the CSG DS” [*Pis'mo FOMS №3237/26-1/i ot 13.03.2018 g. «Rasshifrovka KSG DS»*] (in Russian)]. [electronic resource] URL: <http://www.ffoms.ru/upload/medialibrary/e3e/e3e26ead9b2470ddfefec43b69cc36d2.xlsx>. Accessed: 10.05.2018.

8. Tarifnoe soglasenie po obyazatel'nomu meditsinskomu strakhovaniyu na territorii Sverdlovskoy oblasti na 2018 g. [electronic resource] URL: <http://www.tfoms.e-burg.ru/documents/5228/>. Accessed: 10.05.2018.

9. Tariff agreement in the system of compulsory medical insurance of citizens in the Orenburg region for 2018 (version 8, included the changes: 1 of December 29, 2017, 2 of 31.01.2018, 3 of 28.02.2018. 4 of 06/03/2018. ., 5 of 30.03.2018, 6 of 12/04/2018, 7 of 26/04/2018) [*Tarifnoe soglasenie v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya grazhdan v Orenburgskoy oblasti na 2018 god (versiya 8, vklyucheny izmeneniya: 1 ot 29.12.2017g., 2 ot 31.01.2018g., 3 ot 28.02.2018g. 4 ot 06.03.2018g, 5 ot 30.03.2018g, 6 ot 12.04.2018g., 7 ot 26.04.2018g.)*] (in Russian)]. [electronic resource] URL: <https://www.orenfoms.ru/documents/regional/gts/>. Accessed: 10.05.2018.

10. Tariff agreement for the payment of medical assistance for CHI in the territory of the Tula region of December 22, 2017, with changes from 10.01.2018 [*Tarifnoe soglasenie na oplatu meditsinskoy pomoschi po OMS na territorii Tul'skoy oblasti ot 22.12.2017 g. s izmeneniyami ot 10.01.2018 g.*] (in Russian)]. [electronic resource] URL: <https://www.omstula.ru/upload/komiss/2018/ts/TARIFNOE%20СОГЛАШЕНИЕ%20С%2001%2001%202018%20с%20изменениями%20от%2010.01.18.docx>. Accessed: 10.05.2018.

Сведения об авторах:

Сура Мария Владимировна – к.м.н., начальник отдела методологического обеспечения проведения комплексной оценки технологий в здравоохранении ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России; ведущий научный сотрудник Центра оценки технологий в здравоохранении Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ. Тел.: +7(495)9569528. E-mail: journal@hta-rus.ru.

Щербakov Денис Валерьевич – к.м.н., начальник управления организации ОМС Территориального фонда ОМС Тульской области. Тел.: +7(4872)25-07-59. E-mail: denis_sh@omstula.ru.

Руднева Наталья Сергеевна – к.м.н., главный врач ГУЗ «Тульский областной клинический кожно-венерологический диспансер», главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Тульской области. Тел.: +7 (4872)48-59-72. E-mail: guz.kvd@tularegion.ru.

Игнатова Татьяна Николаевна – к.м.н., нач. отдела организации медицинской помощи детям Минздрава Оренбургской области. E-mail: ignatovt@ mz.orb.ru.

Ульянова Надежда Георгиевна – консультант отдела по формированию и финансированию территориальной программы ОМС Территориального фонда ОМС Оренбургской области. E-mail: ung@orenfoms.ru.

Суханова Юлия Николаевна – начальник отдела экономического анализа и медицинского страхования Минздрава Оренбургской области. E-mail: SuhanovaJN@mz.orb.ru.

Шелякин Валерий Александрович – директор Территориального фонда ОМС Свердловской области. E-mail: shelyakin@tfoms.e-burg.ru.

Худяев Андрей Сергеевич – начальник финансово-экономического управления Территориального фонда ОМС Свердловской области. Тел.: (343) 233-43-88. E-mail: hudyayev@tfoms.e-burg.ru.

About the authors:

Sura Mariya Vladimirovna – MD, PhD, Leading Researcher at the Center for Health Technology Assessment, Institute for Applied Economic Research, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA); Senior Staff Member at the Center for Finance Healthcare Research, Financial Institute of the Russian Federation, Ministry of Finance. Tel.: +7(495)9569528. E-mail: journal@hta-rus.ru.

Scherbakov Denis Valeryvich – MD, PhD, Head of the Compulsory Health Insurance Department, Territorial Fund of the Tula region. Tel.: +7(4872)25-07-59. E-mail: denis_sh@omstula.ru.

Rudneva Natalya Sergeevna – MD, PhD, Physician-in-Chief at the State Educational Institution "The Tula Regional Clinical Hospital of Skin and Venereal Diseases", Chief Freelance Dermatologist of the Tula Region. Tel.: +7 (4872)48-59-72. E-mail: guz.kvd@tularegion.ru.

Ignatova Tatyana Nikolaevna – MD, PhD, Head of the Department of Medical Assistance to Children, Ministry of Health of the Orenburg Region. E-mail: ignatovt@ mz.orb.ru.

Ulyanova Nadezhda Georgievna – Consultant, Department of Territorial Program for the Compulsory Health Insurance in the Orenburg region. E-mail: ung@orenfoms.ru.

Sukhanova Yuliya Nikolaevna – Head of the Department of Economic Analysis and Health Insurance, Ministry of Health of the Orenburg Region. E-mail: SuhanovaJN@mz.orb.ru.

Shelyakin Valeriy Aleksandrovich – Director of the Territorial Fund of the Compulsory Health Insurance for the Sverdlovsk Region. E-mail: shelyakin@tfoms.e-burg.ru.

Hudyayev Andrey Sergeevich – Head of the Financial and Economic Department, Territorial Fund of the Compulsory Health Insurance for the Sverdlovsk Region. Tel.: (343) 233-43-88. E-mail: hudyayev@tfoms.e-burg.ru.