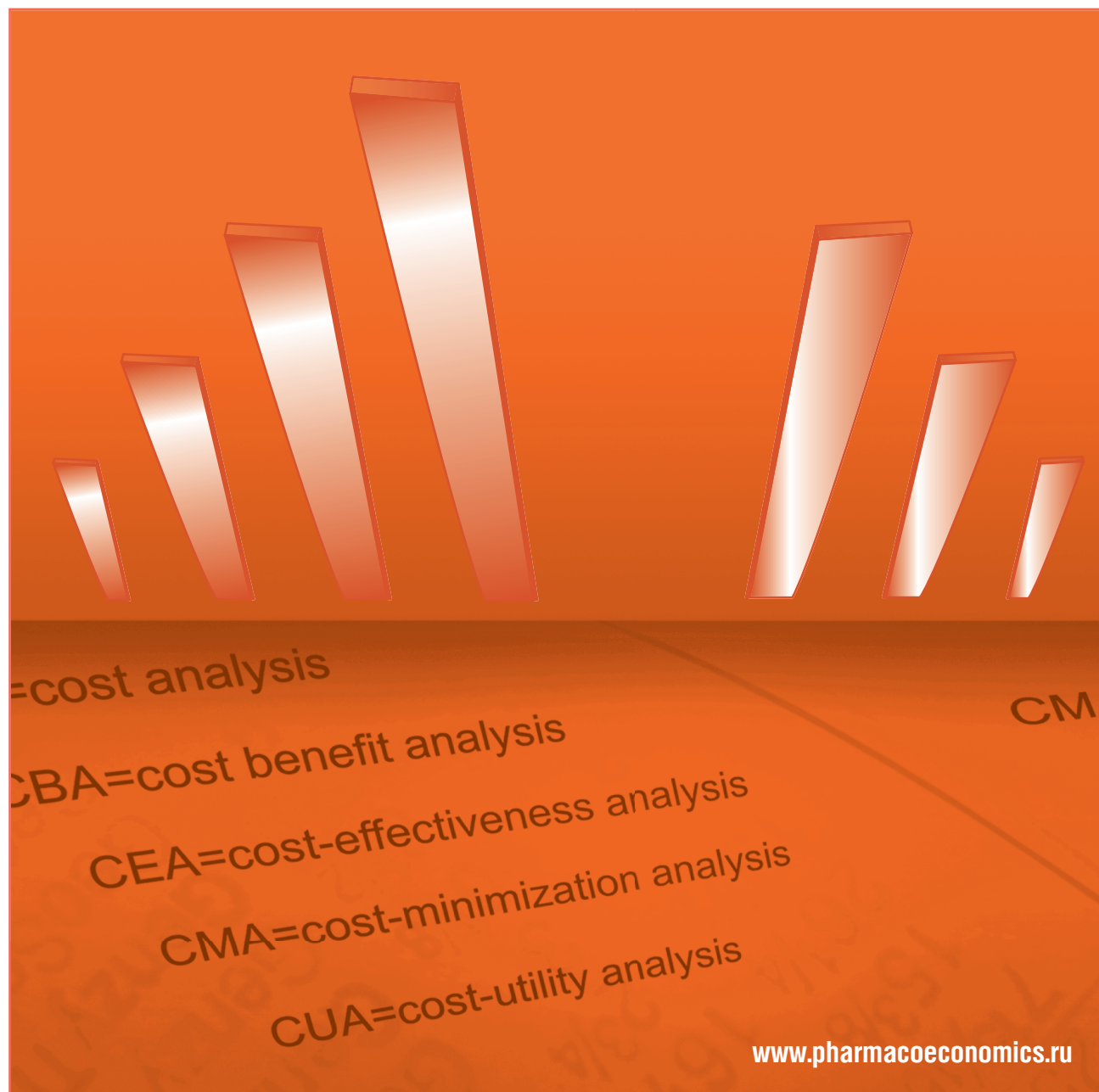


ISSN 2070-4909 (print)
ISSN 2070-4933 (online)

Фармакоэкономика

Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

2022 Vol. 15 No. 3

№3

Том 15

2022

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



<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.148>

ISSN 2070-4909 (print)

ISSN 2070-4933 (online)

Анализ зарубежной практики планирования сети медицинских организаций

Омельяновский В.В.^{1,2,3}, Лукьянцева Д.В.^{1,2,3}, Сисигина Н.Н.^{2,4}

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

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

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Москва 123242, Россия)

⁴ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (пр-т Вернадского, д. 84, стр. 1, Москва 119571, Россия)

Для контактов: Лукьянцева Дарья Валерьевна, e-mail: lukyantseva.daria@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Цель: обобщение и систематизация основных подходов к планированию сети медицинских организаций (МО), применяемых зарубежными странами.

Материал и методы. На основе регулярных страновых обзоров Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения выделены страны, имеющие опыт систематического планирования сети МО, и применяемые ими инструменты. Для обнаруженных инструментов проведен интернет-поиск официальных публикаций, содержащих развернутые данные о целях, содержании и результатах их использования. Полученные сведения проанализированы в целях выявления общих и различающихся элементов национальных политик планирования сетей МО, а также внешних предпосылок, влияющих на формирование таких политик.

Результаты. Анализ собранных материалов позволил выявить три основных подхода к планированию сети МО: 1) через создание государственных МО; 2) через управление допуском к оказанию гарантированной медицинской помощи (МП); 3) через управление допуском к осуществлению медицинской деятельности вообще. Показано, что выбор преобладающего подхода и конкретных инструментов планирования тесно связан с типом национальной системы здравоохранения и структурой предложения гарантированной МП. Для стран, наиболее близких к России по данным параметрам («молодых» страховых систем, действующих в условиях преимущественно государственного предложения медицинских услуг), типичной политикой является защита ключевых поставщиков на основе гарантий минимального объема деятельности или дохода с постепенным развитием конкурентного рынка МП на базе остальной части программы обязательного медицинского страхования.

Заключение. Текущая российская практика регулирования сети МО на основе прямого управления государственным сектором здравоохранения не соответствует изменившейся модели организации гарантированной МП и не позволяет в полной мере воспользоваться преимуществами страховой модели. Результаты обзора могут быть использованы для разработки новых инструментов планирования сети, в т.ч. охватывающих негосударственные МО.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Доступность медицинской помощи, организация здравоохранения, сеть медицинских организаций.

Статья поступила: 01.08.2022 г.; в доработанном виде: 29.08.2022 г.; принята к печати: 27.09.2022 г.

Конфликт интересов

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

Вклад авторов

Авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Омельяновский В.В., Лукьянцева Д.В., Сисигина Н.Н. Анализ зарубежной практики планирования сети медицинских организаций. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.* 2022; 15 (3): 340–352. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.148>.

Review of international practice of health care provider network planning

Omelyanovskiy V.V.^{1,2,3}, Lukyantseva D.V.^{1,2,3}, Sisigina N.N.^{2,4}

¹ Center for Expertise and Quality Control of Medical Care (10/5 Khokhlovskiy Aly, Moscow 109028, Russia)

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

³ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (2/1 bldg 1 Barrikadnaya Str., Moscow 123242, Russia)

⁴ Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (84 bldg 1, Vernadskiy Ave., Moscow 119571, Russia)

Corresponding author: Darya V. Lukyantseva, e-mail: lukyantseva.daria@gmail.com

SUMMARY

Objective: to identify and systematize the main approaches to planning health care provider network used in foreign countries.

Material and methods. Preliminary search for countries who had an experience of systematical planning of health care provider network and tools that they used for planning was conducted in regular health system reviews made by the European Observatory on Health Systems and Policies. Identified tools became a subject of general Internet search for the official publications about goals, mechanisms and results of their usage. The findings were analysed to reveal the similarities and differences between national health care provider network planning policies as well as the objective preconditions for the formation of such policies.

Results. Three main approaches to health care provider network planning were identified in the analysis: (1) through establishing state-owned health care providers, (2) through granting the right to deliver guaranteed health care or (3) through granting the right to deliver health care of all categories. A close relationship between the choice of prevailing approach to planning and specific planning tools and the national health care model and structure of health services supply was shown. The typical policy of countries most similar to Russia on these parameters ("young" insurance systems, operating under conditions of predominant state supply of medical services) is the protection of key providers on the basis of minimum activity or income guarantees with the gradual development of a competitive health care market based on the rest of the Compulsory Health Insurance program.

Conclusion. Current Russian health care provider network planning regulation based on the direct control over the state-owned health care providers does not correspond to the changed health care model and does not allow taking full advantages of the social health insurance. The results of the review can be used to develop new tools for planning health care provider network spanning on non-state providers.

KEYWORDS

Access to health care, health care management, health care provider network.

Received: 01.08.2022; **in the revised form:** 29.08.2022; **accepted:** 27.09.2022

Conflict of interests

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

Authors' contribution

The authors contributed equally to this article.

For citation

Omelyanovskiy V.V., Lukyantseva D.V., Sisigina N.N. Review of international practice of health care provider network planning. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya* / *FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2022; 15 (3): 340–352 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2022.148>.

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

В современных развитых странах государство выступает гарантом права граждан на медицинскую помощь (МП). Неотъемлемой составляющей государственных гарантий МП является обеспечение физической доступности медицинских организаций (МО) для населения. Свободный рынок, как правило, не способен гарантировать соблюдение стандартов доступности услуг в силу противоречий между экономическими мотивами деятельности отдельных поставщиков и социальными ожиданиями общества, подверженности циклическим колебаниям и ограниченности ресурсов. К типичным проблемам свободного рынка медицинских услуг относят:

– отсутствие или недостаточное предложение услуг с низкой рентабельностью (например, обслуживание населения удаленных и малонаселенных районов) или экстремально высокими

первоначальными вложениями (например, оказание сложной высокотехнологичной помощи);

– риски возникновения временного дефицита предложения из-за ухода поставщиков с рынка (например, вследствие сокращения дохода в условиях перенасыщения предложения или снижения спроса, ухудшения общей экономической ситуации);

– потери, связанные с несогласованными действиями поставщиков (например, дублирование инвестиционных вложений близкорасположенными МО, невозможность в полной мере использовать эффект масштаба), недостатком информации у отдельных поставщиков (например, данных о скрытой заболеваемости и прогнозных изменениях потребностей в МП) и конкуренцией (например, расходы на продвижение услуг).

Для обеспечения всеобщего доступа к МП и повышения эффективности общественных расходов на здравоохранение все развитые страны в той или иной степени регулируют процессы

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Обеспечение физической доступности медицинских организаций (МО), оказывающих необходимые населению услуги, – неотъемлемая составляющая государственных гарантий права граждан на медицинскую помощь (МП)
- ▶ В России единственным инструментом регулирования физической доступности МП сегодня остается управление сетью государственных учреждений здравоохранения
- ▶ Переход к страховой модели здравоохранения превратил негосударственных поставщиков МП в полноправных участников рынка обязательного медицинского страхования (ОМС), но не предоставил государству рычагов контроля над новым сегментом сети, что привело к частичной дестабилизации рынка бесплатной МП

Что нового дает статья?

- ▶ Обзор зарубежного опыта показал наличие устойчивых связей между моделью организации оказания гарантированной МП, структурой предложения и применяемыми инструментами планирования сети МО
- ▶ Страны со страховой моделью здравоохранения, как правило, ограничивают состав МО – участников системы ОМС в целях отбора МО с лучшими качеством и эффективностью услуг, а также предотвращения формирования избытка предложения
- ▶ Страны Восточной Европы, прошедшие сходный с Россией переход от бюджетной к страховой модели здравоохранения, дополнительно применяют политику защиты ключевых поставщиков, деятельность которых не может быть замещена другими МО

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ За последние годы государство предприняло несколько попыток ввода новых механизмов регулирования частного сектора здравоохранения, ни одна из которых не была поддержана участниками отрасли. Использование опыта зарубежных стран, в т.ч. стран со сходными с российской моделями организации гарантированной МП, позволит разработать комплексную модель планирования сети, учитывающую интересы всех сторон

Highlights

What is already known about the subject?

- ▶ Ensuring physical access to providers of necessary health services is an essential part of state guarantees for citizen's right to health care
- ▶ The only tool to control physical accessibility of health services in Russia today is management of state medical facilities
- ▶ Transition to the social health insurance model turned non-state providers into full compulsory health insurance market players, but the state did not get any tools to control new segment of the market. The result was the partial destabilization of free medical services market

What are the new findings?

- ▶ The review of foreign experience showed a stable relationship between national health care model, supply structure and provider network planning tools
- ▶ Health care systems based on social health insurance usually limit the number of medical organizations providing insured services to choose providers with better quality and efficiency as well as prevent over-supply
- ▶ Countries in Eastern Europe who have taken a similar to Russia pathway from national health service to social health insurance apply an additional policy to protect key providers functioning of which is irreplaceable

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

- ▶ In recent years, the state made several attempts to introduce the new regulations for the private sector none of which received support of industry stakeholders. The analysis of experience of foreign countries including countries with similar to Russia health care models will allow to develop a comprehensive network planning policy which will take the interests of all parties into account

развития сети МО. Конкретные подходы к регулированию варьируются от прямых бюджетных вложений в сеть государственных МО до косвенного стимулирования развития отдельных областей МП через налоговые льготы для частных субъектов.

В России единственным инструментом управления физической доступностью МП до настоящего времени остается развитие сети государственных учреждений здравоохранения. Переход от бюджетной к страховой модели здравоохранения и допуск к оказанию МП по программе обязательного медицинского страхования (ОМС) негосударственных МО не привел к появлению новых механизмов планирования, учитывающих усложнившуюся структуру рынка, что стало предпосылкой для многочисленных конфликтов между отраслевыми органами управления и частными субъектами рынка. Чаще всего предметом конфликта становится немотивированный отказ комиссии по разработке территориальной программы ОМС в выделении плановых объемов МП негосударственным участникам программы ОМС [1]. Государство, в свою очередь, обвиняет частные МО в искусственном оттягивании спроса из системы гарантированной МП [2].

Три года назад Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) выступил с инициативой ввода механизма «двойного лицензирования», в рамках которого планировалось предоставить региональным органам управления в сфере здравоохранения полномочия по согласованию работы

негосударственных МО на подведомственной территории. Одобрение региональных властей предлагалось получать при создании новой МО и пересмотре профиля деятельности уже существующего учреждения, а также при допуске организации к оказанию МП по ОМС¹. Инициатива была раскритикована участниками рынка, не получила поддержки Федеральной антимонопольной службы² и не вошла в обновленный порядок лицензирования медицинской деятельности [3].

Следующая попытка ввода государственного регулирования предложения на рынке медицинских услуг ограничивалась только сферой ОМС. Федеральный фонд ОМС и Минздрав России предложили ввести формальные критерии отбора МО для участия в реализации программы ОМС [4, 5]. Предложенный набор критериев также вызвал неоднозначную реакцию отраслевых субъектов и пока не получил официального статуса.

Продолжающиеся споры об оптимальных механизмах включения негосударственных МО в национальную систему здравоохранения обуславливают актуальность изучения зарубежного опыта решения данной проблемы. Выводы, полученные в результате анализа подходов к планированию сетей МО в разных странах, могут быть использованы при разработке новых инструментов регулирования рынка медицинских услуг в России с учетом перехода к страховой модели здравоохранения и допуска к оказанию МП по ОМС негосударственных МО.

¹ <http://kremlin.ru/events/president/transcripts/deliberations/61340>.

² <https://fas.gov.ru/publications/19241>.

Цель – обобщение и систематизация основных подходов к планированию сети медицинских организаций, применяемых зарубежными странами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ / MATERIAL AND METHODS

Поиск сведений об инструментах планирования сети, применяемых в зарубежных странах, проводился в два этапа. В рамках предварительного этапа были установлены страны, обладающие регулярными инструментами планирования (в противовес практике ситуационных решений, не опирающихся на какие-либо универсальные критерии и/или методики оценки потребностей). В ходе основного этапа были собраны данные о содержании и результатах применения обнаруженных инструментов планирования.

Предварительный этап / Preliminary stage

Источником сведений для предварительного поиска стала серия обзоров систем здравоохранения стран Европы и отдельных, наиболее интересных для организаторов здравоохранения, систем стран иных регионов, публикуемых Европейским бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [6]. Преимуществами выбранного источника являются широкий охват (на момент проведения поиска – 65 стран и территорий) и единая структура анализа, включающая, в частности, описание инструментов государственного регулирования национальной системы здравоохранения и организации развития инфраструктуры здравоохранения, а также регулярное обновление материалов. С учетом периодического обновления данных область поиска была ограничена обзорами, опубликованными не ранее 2012 г. Дополнительно были рассмотрены обобщенные обзоры ВОЗ, посвященные вопросам планирования инвестиций в сфере здравоохранения в целом [7], а также в амбулаторно-поликлиническом [8, 9] и стационарном [10, 11] секторах.

Предварительный поиск был проведен 14 февраля 2022 г. Из 60 страновых обзоров, относящихся к установленному периоду, 11 публикаций были исключены из рассмотрения из-за наличия более поздних дублирующих обзоров для той же территории (Австрия, Болгария, Великобритания, Германия, Канада, Латвия, Мальта, Норвегия, Словения, Хорватия, Эстония), 6 работ – из-за малого размера рассматриваемой территории (Венеция (Италия), Люксембург, Мальта, Северная Ирландия (Великобритания), Уэльс (Великобритания), Шотландия (Великобритания)), 31 публикация – из-за отсутствия упоминаний каких-либо регулярных инструментов планирования сети МО (Армения, Беларусь, Болгария, Греция, Грузия, Дания, Израиль, Исландия, Испания, Италия, Казахстан, Канада, Кипр, Киргизия, Латвия, Литва, Македония, Мексика, Молдавия, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Румыния, Сербия, Словения, Таджикистан, Украина, Узбекистан, Финляндия, Хорватия, Швеция).

В результате предварительного поиска были установлены 12 стран, обладающих опытом систематического планирования сети МО и представляющих все основные типы современных систем здравоохранения.

Основной этап / Main stage

Для каждой из стран были определены наименования применяемых инструментов на английском языке (при наличии также на языке страны происхождения) и/или названия нормативных правовых документов, регулирующих применение соответствующих инструментов (табл. 1).

Для отобранных стран был проведен интернет-поиск по наименованиям конкретных инструментов планирования на английском языке и языке страны происхождения (при приведении оригинального термина в обзоре) в комбинации с названием страны. Включению в обзор подлежали только официальные источники данных: нормативные правовые акты, отчеты органов государственной власти и иных системных участников системы здравоохранения (например, ассоциаций страховых МО), научные монографии и публикации в научных рецензируемых журналах.

РЕЗУЛЬТАТЫ / RESULTS

Анализ найденных материалов показал наличие трех основных подходов к планированию сети МО. Государство может управлять структурой сети напрямую (через создание государственных МО) или косвенным образом (через управление допуском к оказанию гарантированной МП либо осуществлению медицинской деятельности вообще).

Выбор между этими уровнями регулирования не является взаимоисключающим: государство может одновременно использовать один, два или все три подхода.

Планирование сети государственных медицинских организаций / Planning state health care provider network

Государственный сектор здравоохранения в том или ином виде присутствует во всех современных развитых странах. В зависимости от выбранной модели здравоохранения на долю государственных МО может приходиться от 15–20% (США, Нидерланды) до 99–100% (Исландия, Литва) совокупного коечного фонда страны [24, 25]. Прямое участие государства в оказании амбулаторно-поликлинической помощи встречается значительно реже. В большинстве стран государственные амбулаторно-поликлинические учреждения отсутствуют, исключение составляют отдельные страны с бюджетной моделью здравоохранения (Швеция) или страны, относительно недавно совершившие переход от бюджетной к страховой модели (Литва) [8].

Существование развитого государственного сектора здравоохранения подразумевает наличие процессов планирования сети государственных МО, однако эти процессы чаще всего носят ситуативный характер. В большинстве рассмотренных стран специализированные методики планирования данного сегмента не обнаружены. Ограниченные попытки рационализировать принятие решений по развитию сети государственных МО представлены в Англии (Великобритания) и Польше. В обоих случаях введение формальных инструментов планирования стало следствием выделения инвестора и распорядителя средств и разделения их функций, потребовавшего разработки дополнительных механизмов контроля эффективности инвестиций.

В Англии³ средства на покрытие инвестиционных расходов включены в тариф на оплату гарантированной МП, направления их расходования определяются МО самостоятельно. Чтобы избежать опасных ошибок планирования, способных создать угрозу для финансовой стабильности МО, особо крупные инвестиционные проекты подлежат обязательному согласованию с уполномоченными органами государственной власти. Требования к представлению проекта (набор документов, описывающих планируемые изменения и их результаты) и органы, ответственные за утверждение (от департамента финансов регионального подразделения Национальной службы здравоохранения до министерства финансов), различаются в зависимости от планируемой стоимости проекта.

³ Шотландия, Уэльс и Северная Ирландия сохраняют традиционную модель планирования бюджетных вложений.

Таблица 1. Инструменты планирования сети медицинских организаций, применяемые странами с различными моделями здравоохранения [12–23]

Table 1. Health care provider network planning tools used by countries with different health care models [12–23]

Страна / Country	Применяемые инструменты / нормативные правовые акты // Tools used / regulatory framework
<i>Бюджетные системы здравоохранения / State financed health care systems</i>	
Англия (Великобритания) / England (Great Britain)	Процесс утверждения бизнес-кейса национальной системы здравоохранения / National Health Service business case approval process
<i>Развитые страховые системы здравоохранения / Developed health care insurance systems</i>	
Австрия / Austria	Государственное лицензирование больниц (клиник) / Hospitals (clinics) state licensing
Бельгия / Belgium	– Программные критерии для больниц (медицинское оборудование) / Programming criteria for hospitals (medical equipment) – Квоты для врачей / Quotas for physicians
Германия / Germany	– Государственные планы требований к больницам / State hospital requirement plans – Закон о финансировании больниц (Krankenhausfinanzierungsgesetz) / The Hospital Financing Act (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
Франция / France	– Разрешение министерства здравоохранения на строительство новых больниц / Ministry of health authorization for construction of new hospitals – Разрешение регионального агентства здравоохранения на медицинское оборудование / Regional health agency authorization for medical equipment
Швейцария / Switzerland	– Планирование больниц / Hospital planning – Федеральный закон о медицинском страховании (KVG/LAMal) / Federal Health Insurance Law (KVG/LAMal) – Рекомендации Конференции кантональных министров здравоохранения по планированию больниц (Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung) / Conference of the Cantonal Ministers of Public Health guidelines for hospital planning (Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung)
<i>Новые страховые системы здравоохранения (бывшие бюджетные) / New health care insurance systems (former state financed)</i>	
Польша / Poland	– Больничная сеть / Hospital network – Карты потребностей здравоохранения / Health needs maps – Инструмент оценки инвестиционных движений в здравоохранении (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, IOWISZ) / Evaluation Instrument of Investment Motions in Health Care (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, IOWISZ)
Словакия / Slovakia	Минимальная (обязательная) сеть поставщиков услуг / Minimum (compulsory) network of providers
Чехия / Czechia	Рекомендации по заключению договоров с поставщиками медицинских услуг / Recommendation on contracting with health care providers
Эстония / Estonia	– План развития сети больниц / Hospital Network Development Plan – Критерии отбора поставщиков услуг Эстонского фонда здравоохранения / Estonian Health Insurance Fund provider selection criteria – План развития первичной медико-санитарной помощи / Development Plan of Primary Health Care
<i>Новые страховые системы здравоохранения (бывшие частные) / New health care insurance systems (former privately-held)</i>	
Соединенные Штаты Америки / United States of America	Сертификаты потребности / Certificate of need
Турция / Turkey	Список утвержденных территорий для инвестиций в частный сектор здравоохранения / List of approved areas for private health sector investment

Рассмотрение каждого проекта проходит в индивидуальном порядке, обязательных критериев утверждения или отклонения заявки не предусмотрено [26].

В Польше обязательная оценка проектов установлена для инвестиций, предусматривающих бюджетное софинансирование (в т.ч. из средств Европейского союза) и частных инвестиций, превышающих 3 млн польских злотых за два года. Оценка проводится на основе онлайн-заявки, оцениваемой по перечню из 34 вопросов, каждый из которых способен принести проекту определенное количество баллов. Вопросы охватывают четыре аспекта планируемого проекта:

- соответствие региональной карте потребностей здравоохранения (содержит описание неудовлетворенных, а также будущих потребностей населения в МП);
- ожидаемые улучшения в организации МП в регионе;
- влияние на работу действующих МО;
- соответствие актуальным стандартам оказания МП.

Кроме того, в ходе проверки исключается возможность реализации аналогичных вложений близко расположенными МО, подчиняющимися различным учредителям (чаще всего – разным регионам). За первый год использования инструмента министерство здравоохранения обработало около 1 тыс. заявок, 70% которых

получили одобрение. Наиболее распространенной причиной отказа стало отсутствие связи проекта с региональными приоритетами развития здравоохранения [18].

Планирование сети медицинских организаций, участвующих в оказании гарантированной медицинской помощи независимо от формы собственности / Planning the network of health care providers participating in the provision of guaranteed medical care, regardless of the form of ownership

Следующий уровень охвата планированием (МО, участвующие в оказании гарантированной МП независимо от формы собственности) характерен преимущественно для страховых систем здравоохранения. В редких случаях данный подход может использоваться в рамках конкурентной бюджетной модели, допускающей закупки гарантированной МП на свободном рынке (в Англии он на практике не получил широкого распространения [27]). Регулирование, как правило, осуществляется в виде допуска или отказа в допуске МО к получению оплаты из средств ОМС.

Германия: региональные больничные планы

В Германии планирование осуществляется на уровне регионов (земель) и распространяется только на стационарные МО. Включение в региональный больничный план одновременно предоставляет МО право на получение оплаты за оказанную МП из средств ОМС и бюджетных выплат на обновление и развитие основных фондов (включая как целевые средства, так и средства общего назначения, право распоряжения которыми принадлежит самой МО).

Порядок включения МО в план устанавливается регионом. Согласно постановлению Федерального административного суда планирование должно принимать во внимание потребности населения в МП с учетом прогнозируемых изменений спроса и производительности, демографической структуры, развития медицинских технологий и изменения подходов к оказанию МП [28]. С 2017 г. на федеральном уровне введены минимальные критерии качества услуг по ряду направлений (операции на молочной железе и женских половых органах, акушерская помощь), соответствие которым обязательно для всех больниц, одобренных землями для участия в ОМС [29]. На практике в первый год применения критериев несоответствие установленным нормам было обнаружено в 62 из 1063 проверенных больниц, однако ни одна из них не была исключена из региональных планов.

Региональные власти могут утвердить больничный план самостоятельно или обратиться к независимым экспертным организациям для разработки плана или методики оценки потребностей населения в МП. Чаще всего для планирования используется классическая формула потребности в коечном фонде Хилла–Бертон, основанная на показателях прогнозной численности населения, фактической частоты и продолжительности госпитализаций и целевого уровня занятости койки. Некоторые региональные методики дополнительно учитывают структуру населения (по полу, возрасту, месту проживания), скрытую заболеваемость (на основании сплошных обследований населения и регистров больных отдельными хроническими заболеваниями), другие факторы будущих изменений потребностей в МП (на основании опыта других регионов) и возможности применения стационарозамещающих технологий [28].

Иные участники отрасли (ассоциации фондов ОМС, профессиональные ассоциации врачей, ассоциации больниц и т.д.) обычно привлекаются в качестве экспертов, но не участвуют в принятии решений напрямую [28]. Страховым организациям разрешено

заключать индивидуальные договоры на оказание отдельных категорий услуг с МО, не входящими в региональный план [30].

Единые требования к структуре регионального плана отсутствуют. В большинстве случаев план представляет собой детализированное описание больничной инфраструктуры, входящей в систему ОМС, с указанием для каждой больницы числа коек по отдельным профилям, участвующим в реализации программы ОМС. Отдельные регионы могут ограничиваться рамочным планированием (например, устанавливая только перечень больниц, участвующих в оказании помощи по ОМС, или перечень больниц и минимальные требования к их деятельности, в частности наличие операционных, число коек по приоритетным профилям) [28].

В 2018 г. в региональные планы входило 1527 больниц (87,7% коечного фонда). Еще 10% коечного фонда принадлежало 35 университетским клиникам, входящим в систему ОМС по умолчанию, 1,7% – 138 больницам, действующим в сфере ОМС на основании индивидуальных договоров со страховыми фондами. Только 160 больниц (0,5% коечного фонда) оказывали услуги исключительно за счет средств добровольного медицинского страхования (ДМС) и личных средств граждан [15].

Швейцария: региональные перечни больниц – участников ОМС и двойное лицензирование специалистов, ведущих амбулаторный прием

В Швейцарии включение в региональный перечень больниц, допущенных к участию в ОМС, предоставляет только право на получение оплаты из средств ОМС. Планирование и финансирование инвестиционных расходов осуществляется МО самостоятельно в рамках средств, полученных по программе ОМС или из иных источников (ДМС, личные средства граждан). В отдельных случаях включение в перечень может сопровождаться заключением соглашения о необходимых вложениях в основные фонды, такие инвестиции учитываются при расчете индивидуальных тарифов ОМС. Регионы (кантоны) обычно также являются собственниками государственных МО и могут предоставлять прямое бюджетное финансирование капитальных расходов подведомственным учреждениям или негосударственным организациям при согласовании соответствующих инвестиционных проектов [17].

Среди стационарных МО планированию подлежат больницы, оказывающие помощь при острых заболеваниях и состояниях, реабилитационную и психиатрическую помощь, а также учреждения долгосрочного ухода. Планирование сети начинается с определения размера потребности населения кантона в МП, рассчитываемой на основе статистических данных и прогнозов динамики спроса. Затем региональные органы управления здравоохранением проводят отбор поставщиков, совокупные мощности которых обеспечат покрытие расчетной потребности. В соответствии с законом об ОМС для всех МО должны учитываться качество и экономическая эффективность оказания услуг, сроки ожидания МП, имеющиеся мощности и готовность организации к участию в программе ОМС [30]. Развернутые методики оценки перечисленных характеристик и ряд дополнительных критериев устанавливаются периодически обновляемыми рекомендациями Совета региональных министров здравоохранения [31]. Кантоны вправе конкретизировать федеральные требования и разрабатывать собственные критерии [32]. Критерии отбора поставщиков рекомендуется устанавливать отдельно для каждой группы услуг, для которых осуществляется планирование. По умолчанию кантонам предлагается использовать стандартный перечень клинко-статистических групп, используемый для оплаты МП, однако при наличии необходимых административных ресурсов

допускается дальнейшая детализация планирования, вплоть до отдельных диагнозов [31].

Включение больницы в перечень хотя бы одного из кантонов предоставляет ей право требовать оплаты МП по ОМС от страховых организаций независимо от места жительства застрахованного лица. Решение о включении в перечень одобренных больниц и конкретные условия такого включения могут быть оспорены в федеральном суде (например, при доказательстве, что кантон использовал неверные данные для расчета размера потребности) [17]. При необходимости кантоны могут включать в перечень больницы, находящиеся на территории соседних регионов или стран (например, при невозможности оказания конкретных услуг больницами, находящимися на территории кантона, или более удобном расположении больницы для населения). Особый режим регулирования действует для высокоспециализированной МП (39 областей, в т.ч. помощь при инсультах, тяжелых травмах и ожогах, нейрохирургии и т.д.). Чтобы предотвратить неоправданное дублирование этих услуг, создан коллективный орган, включающий десять региональных министров здравоохранения и утверждающий федеральные перечни больниц, допущенных к оказанию такой помощи [31].

Региональный перечень больниц, допущенных к получению оплаты из средств ОМС, включает наименование больницы (при наличии нескольких подразделений – адрес конкретной организации); категории услуг, подлежащих оплате; группы населения, обладающей правом получения помощи по ОМС в конкретной больнице; максимальные объемы оказания услуг [17].

Планирование сети поставщиков амбулаторных услуг направлено исключительно на сдерживание роста объемов МП, оплачиваемой из средств ОМС. Амбулаторным специалистам для начала практики и получения права на оплату услуг из средств ОМС необходимо получение так называемой второй лицензии на право ведения медицинской деятельности на территории определенного кантона. Часть регионов сохраняют свободную регистрацию для всех врачей, другие – только для врачей дефицитных специальностей. Причиной ввода нового механизма регулирования стала массовая иммиграция врачей из близлежащих стран, создавшая угрозу быстрого роста объема оказанных услуг и, как следствие, финансовой дестабилизации системы ОМС [17].

Бельгия: квотирование медицинских мощностей

В Бельгии планирование сети ведется в упрощенном режиме в форме квотирования коечного фонда, тяжелого медицинского оборудования и численности врачей, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. Нормативы установлены из расчета на 100 тыс. населения (в случае акушерской помощи – на 1 тыс. родов) с учетом возрастной структуры и структуры заболеваемости населения. Квоты устанавливаются на государственном уровне с последующим разделением между регионами.

Страховые организации не участвуют в планировании сети МО. Больницы, признанные соответствующими региональным лицензионным требованиям, автоматически становятся участниками ОМС. Частные практики самостоятельно принимают решение о входе в систему ОМС, принимая на себя обязательства следовать ее правилам, согласованным в ходе коллективных переговоров между представителями страховых фондов и поставщиками МП [14].

Австрия: специальные лицензии для организаций – участников ОМС

В Австрии государственное планирование сети МО, участвующих в реализации программы ОМС, включено в процесс лицензи-

рования. Полномочия по выдаче организациям лицензии на право медицинской деятельности принадлежат регионам (землям). Для МО, планирующих оказывать помощь по ОМС, обязательным условием получения лицензии является соответствие региональному плану инфраструктуры здравоохранения. При подаче заявки организация обязана указать предполагаемый набор услуг, их ожидаемые объемы и планы дальнейшего расширения деятельности. Региональные органы управления здравоохранением рассматривают заявки с учетом мнения заинтересованных сторон (в случае больниц – страховых фондов, профессиональных ассоциаций врачей и т.д.) или специализированных экспертных организаций (в случае амбулаторно-поликлинических учреждений). Если МО не планирует получать оплату из средств ОМС, согласование с региональным планом инфраструктуры не требуется.

Для частных практик обязательным условием получения оплаты из средств ОМС является включение в местный план кадрового обеспечения здравоохранения. Как и в случае со стационарными больницами, для частных практик, не планирующих получать оплату из средств ОМС, дополнительное согласование не требуется [13].

Словакия: минимальная сеть поставщиков

Среди стран Восточной Европы одной из первых с проблемой обеспечения доступности МП в условиях свободного рынка медицинских услуг по ОМС столкнулась Словакия. Разрешение страховым организациям самостоятельно выбирать поставщиков МП для обслуживания прикрепленного населения (2004 г.) создало угрозу фактической недоступности определенных видов услуг в силу ограниченных мощностей выбранных поставщиков или их неравномерного распределения на обслуживаемой территории. Для минимизации данных рисков одновременно с введением свободы договоров в ОМС были установлены требования к минимальной сети поставщиков медицинских услуг.

Первоначально минимальная сеть поставщиков определялась через утверждение минимального объема мощностей (численности амбулаторных специалистов в пересчете на полную ставку и числа коек по профилям МП), доступность которого для прикрепленного населения страховая организация должна была обеспечить заключенными договорами на оказание и оплату МП в каждом из регионов. Размер минимальной сети рассчитывался на основании средних подушевых нормативов потребления помощи без учета особенностей населения, прикрепленного к конкретной страховой организации.

В 2007 г. национальное министерство здравоохранения отказалось от концепции минимальных объемов в пользу прямого определения перечней региональных поставщиков, договор на оказание и оплату МП с которыми должен быть заключен всеми страховыми организациями, действующими на территории региона. Предполагалось, что это позволит гарантировать не только объем доступной помощи, но и ее оптимальную территориальную доступность для населения. В 2016 г. 36 из 37 больниц, входивших в состав таких сетей, являлись государственными.

Планирование сети поставщиков МП по ОМС также используется в целях постепенного сокращения коечного фонда. Отделения, рассматриваемые как избыточные, исключаются из состава обязательной сети, что становится стимулом для их перепрофилирования или сокращения [19].

Страховые организации сохранили право расширения сети поставщиков сверх обязательного минимума [33]. Отбор дополнительных поставщиков осуществляется каждой страховой организацией самостоятельно на основании единых критериев отбора. В их число могут входить требования к техническому оснащению

и обеспечению персоналом, показатели качества МП и доступности поставщика. Перечень критериев отбора публикуется страховыми организациями ежегодно. Поставщики, соответствующие критериям, получают право на согласование индивидуальных условий контракта [19].

Польша: защищенная сеть поставщиков

Концепция защищенной сети поставщиков в Польше схожа с аналогичной политикой в Словакии, с небольшими различиями в части формальной процедуры отбора поставщиков. Для формирования сети обязательных поставщиков (больниц или их отделений определенного профиля) установлены официальные требования, включающие, в частности, минимальный размер коечного фонда по профилям и наличие ресурсов для оказания экстренной МП.

Требования к больницам установлены на достаточно высоком уровне, что обусловило вхождение в сеть преимущественно крупных государственных больниц. Эти больницы (70% коечного фонда) получают контракт на оказание МП по ОМС вне конкурса (93% бюджета стационарной помощи системы ОМС, распределяемого в форме глобальных бюджетов). Остальные 7% бюджета продолжают распределяться на конкурсной основе между МО, изъявившими желание участвовать в оказании МП по ОМС. В экстренных ситуациях национальному фонду ОМС (единственной страховой организации, предоставляющей услуги ОМС в стране) разрешено вне конкурса заключать договоры на оказание МП с больницами, не вошедшими в сеть. Право заключения дополнительных контрактов на оказание МП для населения сверх базовой программы ОМС за счет бюджетных средств также предоставлено местным и региональным органам власти. Целью ввода защищенной больницы является стабилизация финансового положения ключевых больниц и стимулирование сокращения коечного фонда, не включенного в сеть [34].

Эстония: государственные планы развития

В Эстонии государство регулирует минимальную сеть МО через государственные планы развития больниц и первичной МП. Стационарным МО, включенным в государственный план развития больниц, гарантируется минимальный доход в размере не менее 80% от фактически полученного дохода за предыдущий год. Кроме того, они в приоритетном порядке получают инвестиции из национального бюджета и средств Европейского союза. Остальная часть государственных гарантий в области стационарной МП (в 2015 г. – 18% от общего числа случаев, 7% от расходов) распределяется национальным фондом ОМС на основе конкурсного отбора поставщиков [21].

Критерии конкурсного отбора установлены национальным законом об ОМС, развернутые рекомендации по их применению утверждаются наблюдательным советом эстонского фонда ОМС. В число критериев, в частности, входят размер потребности застрахованных лиц в услугах определенного типа и текущие объемы их оказания, качество и условия оказания, стоимость услуг, максимальное число поставщиков и их распределение по территории, соответствие приоритетам национальной политики в сфере здравоохранения, наличие опыта участия в программе ОМС или иных программах социального обеспечения, наличие финансовых проблем и нарушений налогового законодательства, соответствие деятельности поставщика иным требованиям законодательства [35].

План развития первичной МП формируется исходя из критериев территориальной доступности помощи для населения. Частные практики, не вошедшие в план, не вправе получать оплату из

средств ОМС. Конечной целью ограничений является стимулирование частных специалистов к выбору территорий и специальностей, где наблюдается дефицит услуг [9].

Чехия: рекомендательный механизм отбора поставщиков

В Чехии действует упрощенный механизм контроля расширения сети на основе коллегиальных рекомендаций. В рамках данного механизма каждое заключение договора с новым поставщиком стационарной МП независимо от того, происходит оно по инициативе поставщика или страховой организации, выносится на обсуждение специального коллегиального органа, формируемого из представителей основных заинтересованных сторон (страховых организаций, поставщиков услуг, профессиональных врачебных ассоциаций). По результатам рассмотрения конкретного случая орган выносит рекомендацию по заключению договора или отказу от него. Основанием для рекомендации чаще всего служат плотность распределения и доступность поставщиков, заключивших контракт со страховой организацией ранее. Рекомендации не носят обязывающего характера, однако на практике страховые организации предпочитают следовать вынесенному решению [20].

Планирование всей сети медицинских организаций независимо от формы собственности и сектора деятельности / Planning the entire health care provider network, regardless of the form of ownership and sector of activity

Сплошной охват МО государственным планированием применяется относительно редко, обычно в тех случаях, когда значительная часть жизненно важной МП приобретается в частном порядке (США, Турция). Кроме того, регулирование частных инвестиций может применяться в отношении наиболее затратной инфраструктуры (Франция). Основным инструментом регулирования частных инвестиций является выдача государством разрешения на создание новых медицинских мощностей.

США: сертификаты потребности

Наибольшее распространение государственное планирование развития частных МО получило в США, где последние составляют основу национальной сети оказания МП. Чаще всего в качестве механизма регулирования используется выдача государством сертификатов потребности, разрешающих создание или реструктуризацию МО. Выдача сертификатов потребности является исключительным полномочием штата, что обуславливает большое разнообразие региональных программ [36].

Получение сертификата потребности необходимо для осуществления определенных операций с основными фондами. Как правило, сертификат запрашивается для любого расширения инфраструктуры, реже – для расширения, превышающего минимальный порог (может быть установлен, например, по числу дополнительных коек, проценту увеличения коечного фонда, типу приобретаемого оборудования, размеру капиталовложений). Кроме того, сертификат может требоваться при смене собственника организации, переносе существующей инфраструктуры на другую площадку. В некоторых штатах он рассматривается как ценная бумага, которая может быть продана другой организации с соблюдением определенных условий [37].

Область применения сертификата может дополнительно ограничиваться через установление категорий МО, нуждающихся в его получении. Обычно сертификат требуется для организаций, деятельность которых генерирует наиболее высокие общественные расходы на оплату МП в силу высокой сложности оказываемых услуг (стационарные больницы), больших объемов потребления

(реабилитационные центры и службы долгосрочного ухода) или возможности прямого обращения пациента (диагностические центры, центры амбулаторной хирургии). В зависимости от сложившейся структуры предложения одни и те же типы МО могут нуждаться в получении сертификата на территории одного штата и быть освобождены от этой обязанности в других [37].

Процедура получения сертификата устанавливается законами штатов. Рассмотрение заявок могут осуществлять органы управления здравоохранением в составе правительства штата или специальные органы, формируемые губернатором или законодательным органом штата из представителей заинтересованных сторон. Рассмотрение, как правило, проходит в публичном режиме или может быть проведено в публичном режиме по запросу заявителя, представителей какой-либо из заинтересованных сторон (в частности, действующих больниц) [37].

Критерии рассмотрения заявок также утверждаются штатом. В простейшей форме они представляют собой перечень вопросов, которые должны быть приняты во внимание уполномоченным органом при рассмотрении заявки (например, законы штатов Алабама [38] и Миннесота [39]). Типичный набор данных, представляемый заявителем, содержит:

- описание проекта (включая компанию-заявителя и иных участников проекта, сроки реализации и содержание изменений, выбранную площадку, перечень услуг, планируемых к оказанию, и их объемов, стоимость проекта и источники его финансирования);
- обоснование потребности в проекте (включая предполагаемую область обслуживания, потребности населения, проживающего в зоне обслуживания, в предлагаемой МП и их текущее удовлетворение, прогноз развития ситуации);
- анализ рынка (включая перечень МО, обслуживающих население выбранной территории, влияние появления нового участника на объемы их деятельности и кадровое обеспечение);
- оценку альтернативных способов решения проблемы неудовлетворенных потребностей в МП (например, получения помощи в отдаленных больницах, близко расположенных больницах других штатов, перепрофилирования избыточного коечного фонда действующих больниц) и преимуществ предлагаемого проекта.

В наиболее развитых формах законодательство о сертификатах может устанавливать конкретные расчетные методики оценки неудовлетворенной потребности в медицинских услугах (с учетом имеющихся мощностей, данных о заболеваемости населения, демографического прогноза и ожидаемого развития медицинских технологий – например, законы штатов Аляска [40] и Орегон [41]), реже – методики балльной оценки поданных заявок (при наличии нескольких заявителей – например, закон штата Мичиган [42]).

В большинстве штатов процесс содержательной оценки заявок не формализован. Справедливость решения о выдаче или отказе в выдаче сертификата обеспечивается публичным характером процесса.

Сертификаты потребности неоднократно критиковались за отсутствие реального сдерживающего эффекта в отношении роста расходов [43], что в конечном итоге привело к их отмене на федеральном уровне [22]. Эффективность инструмента в отношении достижения иных целей также неоднократно оспаривалась [44]. Распространенным объяснением популярности инструмента является его использование для ограничения конкуренции на рынке услуг [45].

Турция: территориальные ограничения на инвестиции

В Турции с 2008 г. введены территориальные ограничения на частные инвестиции в сфере здравоохранения. Национальное

министерство здравоохранения ежегодно публикует закрытый перечень территорий, где разрешено строительство новых медицинских центров. Целью ввода ограничений стало предотвращение перенасыщения предложением МП в наиболее экономически развитых регионах. Для территорий, испытывающих дефицит медицинских услуг, могут, напротив, устанавливаться дополнительные налоговые льготы, распространяющиеся на затраты, связанные с созданием или развитием новых МО [23].

Франция: разрешение на новые мощности

Во Франции получение разрешения требуется для открытия новых МО и покупки некоторых видов высокотехнологичного оборудования (единый перечень для всей территории страны). В первом случае разрешение дает национальное министерство здравоохранения, во втором – региональные органы управления здравоохранением. В обоих случаях основанием для принятия решения служит соответствие проекта схеме организации здравоохранения, утверждаемой региональными органами управления здравоохранением на каждые пять лет, процедура рассмотрения не регламентирована [16].

ОБСУЖДЕНИЕ / DISCUSSION

Результаты анализа подтвердили гипотезу о многообразии подходов к планированию территориальной сети МО. Рассмотренные модели различаются по целям, уровням, охвату и применяемым инструментам планирования. Во многих случаях обнаруженные различия могут быть объяснены особенностями национальной системы здравоохранения и конкретного рынка медицинских услуг, что позволяет выделить ряд общих принципов выбора оптимальной модели планирования.

Цель планирования / The purpose of planning

Цель государственного планирования сети МО в наиболее общем виде может быть определена как компенсация недостатков свободного рынка МП. В зависимости от сложившейся на конкретном рынке ситуации непосредственной целью государственного вмешательства могут выступать:

- организация оказания услуг, не предоставляемых независимыми участниками рынка или предоставляемыми в недостаточном объеме (например, обслуживание населения удаленных и малонаселенных районов, оказание высокотехнологичной помощи, требующей дорогостоящих основных фондов);
- стабилизация рынка (например, ограничение предложения, предоставление долгосрочных гарантий спроса);
- повышение эффективности общественных расходов на здравоохранение (например, за счет более полного использования эффекта масштаба, минимизации издержек, связанных с конкуренцией между поставщиками).

Необходимость организации оказания услуг, не предоставляемых независимыми поставщиками, остается главным аргументом в пользу сохранения государственного сектора здравоохранения. Цели по стабилизации рынка и повышению эффективности общественных расходов на здравоохранение могут быть достигнуты за счет государственного регулирования входа на рынок МП вообще или только гарантированной МП.

Уровень принятия решений / Decision-making level

Государственное планирование сети может осуществляться на различных уровнях территориального управления: национальном, региональном или местном. Большинство стран делегируют

полномочия по планированию массовой МП на уровень регионов, что обеспечивает оптимальное соотношение между выгодой от использования эффекта масштаба при планировании сети МО и возможностями учета местных особенностей потребления. Исключения составляют наиболее редкие и сложные услуги, планирование которых может оставаться полномочием национальных органов власти (Швейцария). Отдельные страны (обычно с бюджетной моделью здравоохранения) допускают передачу планирования некоторых услуг на местный уровень (Дания, Финляндия для первичной помощи) [7].

В страховых системах здравоохранения полномочия по планированию сети остаются за государством. Страховые организации могут привлекаться к планированию на правах консультанта, но не обладают правом решающего голоса. Для поддержки конкуренции на рынке ОМС страховым организациям часто предоставляется право на закупку дополнительных медицинских услуг у поставщиков вне утвержденного перечня.

Охват медицинских организаций / Coverage of medical organizations

Масштабы планирования сети во многом определяются объективными условиями, сложившимися на конкретном рынке медицинских услуг, важнейшими из которых являются тип системы здравоохранения и структура предложения. В бюджетных системах здравоохранения, в рамках которых жизненно важная МП полностью или преимущественно предоставляется государственными учреждениями здравоохранения, планирование сети, как правило, ограничивается государственным сектором.

При допуске к участию в программе государственных гарантий (ОМС) негосударственных субъектов стандартным решением является расширение планирования на всех участников программы независимо от формы собственности. Наконец, при наличии значительных объемов жизненно важной помощи, оказываемой вне программы государственных гарантий, планирование может быть распространено на все МО независимо от формы собственности и источника дохода.

На каждом из уровней государственное планирование может охватывать все МО или отдельные организации и их подразделения, выделяемые по критериям типа учреждения, оказываемой помощи, стоимости инфраструктуры и т.д. В большинстве рассмотренных стран государственное планирование территориальной сети ограничивается планированием специализированной МП, оказываемой в условиях стационара, и отдельных амбулаторных услуг, требующих дорогостоящего оборудования (например, компьютерной томографии). Регулирование сети поставщиков массовых амбулаторно-поликлинических услуг чаще осуществляется без жесткого плана, обычно через установление повышенной оплаты услуг дефицитных специалистов [8] или ограничение выдачи разрешений на начало деятельности новых практик на территориях с избытком предложения [17, 18].

Применяемые инструменты / The tools used

При принятии решений о развитии государственного сектора здравоохранения уполномоченные органы государственной власти действуют на правах учредителя, сохраняя полный контроль над территориальным размещением, мощностью и объемами работы отдельных организаций. Одновременное исполнение государством полномочий регулятора и собственника МО фактически исключает возможность оспаривания принятых решений. Как следствие, планирование государственного сектора обычно осуществляется в ситуационном режиме. Единичные примеры применения

формальных инструментов планирования обычно связаны с разделением полномочий регулятора и инвестора (наделение МО самостоятельными инвестиционными полномочиями в Англии (Великобритания), осуществление бюджетных инвестиций за счет средств международных фондов в Польше).

Расширение планирования сети на все МО, участвующие в оказании гарантированной МП независимо от формы собственности, сопровождается появлением конфликта интересов между регулятором и собственниками организаций. Стандартным решением данного конфликта становится внедрение формальных инструментов планирования, основанных на объективной оценке потребностей населения и качества услуг, предлагаемых отдельными поставщиками. Инструменты этого типа обнаружены во всех западноевропейских страховых системах и наиболее развитых «молодых» системах стран Восточной Европы, совершивших переход от бюджетной к страховой модели здравоохранения, при этом применяемые инструменты различаются в зависимости от степени зрелости рынка.

В странах Восточной Европы, где основную часть жизненно важной МП продолжают оказывать крупные бюджетные учреждения здравоохранения, фактически не имеющие равнозначной замены в частном секторе, государства применяют политику защиты ключевых поставщиков, гарантирующую сохранение доступности МП в ущерб свободному развитию конкуренции. В рамках данного решения государство устанавливает гарантии дохода для приоритетных поставщиков, которые могут принимать форму обязательства фондов ОМС заключить договор с утвержденными поставщиками (Словакия), внеконкурсного распределения плановых объемов МП (Польша) или установления минимального размера дохода (Эстония). В западноевропейских страховых системах включение в перечень участников программы ОМС предоставляет лишь право на получение оплаты из средств ОМС (в Германии и Швейцарии – также выплат из региональных бюджетов на покрытие инвестиционных расходов), но не гарантии дохода.

При расширении планирования на все МО независимо от формы собственности и участия в оказании гарантированной МП основным механизмом планирования становится получение разрешения регулирующего органа на создание новых медицинских мощностей (США, Франция).

Ограничения исследования / Limitations of the study

Основные ограничения работы связаны с методикой поиска. Выбор в качестве источника данных для первоначального поиска серии публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ привел к фактическому исключению из обзора большинства неевропейских стран.

Углубленный поиск информации о найденных инструментах планирования для большинства стран (за исключением Германии, Польши и Швейцарии) осуществлялся только на английском языке, что не позволило задействовать материалы на национальных языках и могло привести к утрате важной информации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

Анализ зарубежной практики показал наличие устойчивых связей между применяемыми механизмами планирования сети МО, типом национальной системы здравоохранения и структурой предложения на рынке медицинских услуг. Наибольший интерес для России представляет опыт стран Восточной Европы, совершивших аналогичный переход от бюджетной к страховой модели здравоохранения в условиях сохранения преимущественно государственного предложения МП.

Исходя из практики европейских страховых систем перспективными направлениями развития механизмов планирования сети МО для России являются:

- разработка и регулярное обновление региональных карт потребностей населения в МП с выделением территорий и категорий услуг, для которых отмечается дефицит/профицит предложения;
- определение перечня ключевых поставщиков МП – МО и их подразделений, прекращение деятельности которых может создать угрозу для доступности жизненно важной МП для населения;
- введение механизма распределения гарантированного минимума плановых объемов оказания МП, необходимого для обеспечения деятельности ключевых поставщиков;
- введение механизма открытого конкурсного распределения

ЛИТЕРАТУРА:

1. Камкин Е.Г. Роль негосударственных медицинских организаций в обеспечении доступности и качества медицинской помощи. *Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ*. 2021; 19: 7–12.
2. Кадыров Ф.Н. Возложение на региональные власти полномочий по определению потребности в частных клиниках: анализ перспектив и возможных последствий. *Менеджер здравоохранения*. 2019; 8: 70–7.
3. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации». URL: <https://base.garant.ru/400846456/> (дата обращения 27.07.2022).
4. Письмо Федерального фонда ОМС от 04.09.2020 № 11028/30-2/6025. URL: <https://vademec.ru/download/ffoms-letter-oms.pdf> (дата обращения 27.07.2022).
5. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 14.09.2020 № 11-7/И/7-1535. URL: <https://vademec.ru/download/mizdrav-letter-oms.pdf> (дата обращения 27.07.2022).
6. European Observatory on Health Systems and Policies. Health system reviews (HiT series). URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews> (дата обращения 08.02.2022).
7. Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. Capacity planning in health care. A review of the international experience. World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107883/WHO-EURO-2008-856-40601-54589-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (дата обращения 08.02.2022).
8. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. (Eds.) Building primary care in a changing Europe. World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf (дата обращения 08.02.2022).
9. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. (Eds.) Building primary care in a changing Europe: case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015: 304 pp.
10. Rechel B., Wright S., Edwards N., et al. Investing in hospitals of the future. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2009: 284 pp.
11. Rechel B., Erskine J., Dowdeswell B., et al. Capital investment for health. Case studies from Europe. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2009: 190 pp.
12. Cylus J., Richardson E., Findley L., et al. United Kingdom: health system review. *Health Syst Transit*. 2015; 17 (5): 1–126.
13. Bachner F., Bobek J., Habimana K., et al. Austria: health system review. *Health Syst Transit*. 2018; 20 (3): 1–254.
14. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst Transit*. 2020; 22 (5): 1–237.
15. Blümel M., Spranger A., Achstetter K., et al. Germany: health system review. *Health Syst Transit*. 2020; 22 (6): 1–272.
16. Chevreul K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C. France: health system review. *Health Syst Transit*. 2015; 17 (3): 1–218.
17. De Pietro C., Camenzind P., Sturny I., et al. Switzerland: health system review. *Health Syst Transit*. 2015; 17 (4): 1–288.
18. Sowada C., Sagan A., Kowalska-Bobko I., et al. Poland: health system review. *Health Syst Transit*. 2019; 21 (1): 1–234.
19. Smatana M., Pazitny P., Kandilaki D., et al. Slovakia: health system review. *Health Syst Transit*. 2016; 18 (6): 1–210.
20. Alexa J., Recka L., Votapkova J., et al. Czech Republic: health system review. *Health Syst Transit*. 2015; 17 (1): 1–165.
21. Habicht T., Reinap M., Kasekamp K., et al. Estonia: health system review. *Health Syst Transit*. 2018; 20 (1): 1–189.
22. Rice T., Rosenau P., Unruh L.Y., et al. United States of America: health system review. *Health Syst Transit*. 2013; 15 (3): 1–431.
23. Tatar M., Mollahaliloğlu S., Sahin B., et al. Turkey: health system review. *Health Syst Transit*. 2011; 13 (6): 1–186.
24. OECD Data. Hospital beds. URL: <https://data.oecd.org/health/hospital-beds.htm> (дата обращения 28.02.2022).
25. Hospitals in the 27 member states of the European Union. URL: http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/79_2009_OTHER_Hospitals-in-27-Member-States-of-the-European-Union-eng.pdf (дата обращения 28.02.2022).
26. NHS England business case approvals process guidance. Capital Investment, Property, Equipment & Digital Technology proposals. June 2018. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/10/a1p-nhse-bc-approvals-guide.pdf> (дата обращения 05.03.2022).
27. On NHS reform: the empire strikes back. URL: <https://www.thearticle.com/on-nhs-reform-the-empire-strikes-back> (дата обращения 05.03.2022).
28. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilung/2022/2022-01-17_Anlage_Bestandsaufnahme_2021.pdf (на нем. яз.) (дата обращения 09.03.2022).
29. Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Veröffentlichung des Berichts 2017. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3545/> (на нем. яз.) (дата обращения 09.03.2022).
30. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_108.html (на нем. яз.) (дата обращения 09.03.2022).
31. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2022). URL: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867/de (на нем. яз.) (дата обращения 04.03.2022).
32. Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 1.1.2018. URL: <https://www.gdk-cds>.

ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/EM_2018/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf (на нем. яз.) (дата обращения 04.03.2022).

33. Immergut E.M., Anderson K.M., Devitt C., Popic T. (Eds.) Health politics in Europe. Oxford University Press; 2021: 1048 pp.

34. Dubas-Jakóbczyk K., Sowada C., Domagała A., Więckowska B. Building hospital capacity planning mechanisms in Poland: the impact of 2016/2017 regulatory changes. *Int J Health Plann Manage.* 2018; 33 (2): e403–15. <https://doi.org/10.1002/hpm.2493>.

35. Riigi Teataja. Health Insurance Act. URL: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/520012014001/consolide> (дата обращения 09.03.2022).

36. NCSL National Conference of State Legislatures. Certificate of Need (CON) State Laws. URL: <https://www.ncsl.org/research/health/con-certificate-of-need-state-laws.aspx> (дата обращения 05.03.2022).

37. 50-State Scan of State Certificate-of-Need Programs. URL: <https://www.nashp.org/50-state-scan-of-state-certificate-of-need-programs/> (дата обращения 14.03.2022).

38. JUSTIA US Law. 2016 Code of Alabama. URL: <https://law.justia.com/codes/alabama/2019/title-22/title-1/chapter-21/article-9/section-22-21-270/> (дата обращения 14.03.2022).

39. Minnesota Department of Health. Protecting, maintaining and improving the health of all Minnesotans. URL: <https://www.health.state.mn.us/data/economics/moratorium/docs/commtr2015.pdf> (дата обращения 14.03.2022).

REFERENCES:

1. Kamkin E.G. The role of non-governmental medical organizations in ensuring the availability and quality of medical care. *Analytical Bulletin of the Federation Council of the Federal Assembly of the Russian Federation.* 2021; 19: 7–12 (in Russ.).

2. Kadyrov F.N. Delegation of authority to regions to determine the need for private clinics: analysis of prospects and possible consequences. *Manager Zdravoochranenia.* 2019; 8: 70–7 (in Russ.).

3. Decree of the Government of the RF of 01.06.2021 No. 852 “On licensing of medical activities (with the exception of the specified activities carried out by medical organizations and other organizations that are part of the private healthcare system on the territory of the Skolkovo Innovation Center) and invalidation of certain acts of the Government of the Russian Federation”. Available at: <https://base.garant.ru/400846456/> (in Russ.) (accessed 27.07.2022).

4. Letter of the Federal Fund of Compulsory Health Insurance of 04.09.2020 No. 11028/30-2/6025. Available at: <https://vademec.ru/download/ffoms-letter-oms.pdf> (in Russ.) (accessed 27.07.2022).

5. Letter of the Ministry of Health of the RF of 14.09.2020 No. 11-7/I/7-1535. Available at: <https://vademec.ru/download/mizdrav-letter-oms.pdf> (in Russ.) (accessed 27.07.2022).

6. European Observatory on Health Systems and Policies. Health system reviews (HiT series). Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews> (accessed 08.02.2022).

7. Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N. Capacity planning in health care. A review of the international experience. World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107883/WHO-EURO-2008-856-40601-54589-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (accessed 08.02.2022).

8. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. (Eds.) Building primary care in a changing Europe. World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf (accessed 08.02.2022).

9. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. (Eds.) Building primary care in a changing Europe: case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015: 304 pp.

10. Rechel B., Wright S., Edwards N., et al. Investing in hospitals of the

40. State of Alaska Department of Health and Social Services. Alaska Certificate of Need. Review standards and methodologies. URL: <https://ij.org/wp-content/uploads/2020/07/AK-CON-2005.pdf> (дата обращения 14.03.2022).

41. Oregon Administrative Rules. Chapter 333 – Oregon Health Authority, Public Health Division. Division 590 – Demonstration of need for acute inpatient beds and facilities. URL: <https://www.law.cornell.edu/regulations/oregon/chapter-333/division-590> (дата обращения 14.03.2022).

42. Michigan Department of Health and Human. Certificate of Need (CON) review standards for hospital beds. URL: https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder64/HB_Standards.pdf?rev=532ff01169ca4eb8bb9153f3ed6941ee (дата обращения 14.03.2022).

43. Conover C.J., Bailey J. Certificate of need laws: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMC Health Serv Res.* 2021; 20 (1): 748. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05563-1>.

44. Mitchell M.D. Certificate-of-need laws: how they affect healthcare access, quality, and cost. URL: <https://www.mercatus.org/Certificate-of-Need-Laws-How-They-Affect-Healthcare-Access-Quality-and-Cost> (дата обращения 14.03.2022).

45. Botti J. Competition in healthcare and certificates of need. URL: <https://www.justice.gov/atr/competition-healthcare-and-certificates-need> (дата обращения 14.03.2022).

future. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2009: 284 pp.

11. Rechel B., Erskine J., Dowdeswell B., et al. Capital investment for health. Case studies from Europe. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2009: 190 pp.

12. Cylus J., Richardson E., Findley L., et al. United Kingdom: health system review. *Health Syst Transit.* 2015; 17 (5): 1–126.

13. Bachner F., Bobek J., Habimana K., et al. Austria: health system review. *Health Syst Transit.* 2018; 20 (3): 1–254.

14. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst Transit.* 2020; 22 (5): 1–237.

15. Blümel M., Spranger A., Achstetter K., et al. Germany: health system review. *Health Syst Transit.* 2020; 22 (6): 1–272.

16. Chevreul K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C. France: health system review. *Health Syst Transit.* 2015; 17 (3): 1–218.

17. De Pietro C., Camenzind P., Sturny I., et al. Switzerland: health system review. *Health Syst Transit.* 2015; 17 (4): 1–288.

18. Sowada C., Sagan A., Kowalska-Bobko I., et al. Poland: health system review. *Health Syst Transit.* 2019; 21 (1): 1–234.

19. Smatana M., Pazitny P., Kandilaki D., et al. Slovakia: health system review. *Health Syst Transit.* 2016; 18 (6): 1–210.

20. Alexa J., Recka L., Votapkova J., et al. Czech Republic: health system review. *Health Syst Transit.* 2015; 17 (1): 1–165.

21. Habicht T., Reinap M., Kasekamp K., et al. Estonia: health system review. *Health Syst Transit.* 2018; 20 (1): 1–189.

22. Rice T., Rosenau P., Unruh L.Y., et al. United States of America: health system review. *Health Syst Transit.* 2013; 15 (3): 1–431.

23. Tatar M., Mollahaliloğlu S., Sahin B., et al. Turkey: health system review. *Health Syst Transit.* 2011; 13 (6): 1–186.

24. OECD Data. Hospital beds. Available at: <https://data.oecd.org/health/hospital-beds.htm> (accessed 28.02.2022).

25. Hospitals in the 27 member states of the European Union. Available at: http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/79_2009_OTH-ER_Hospitals-in-27-Member-States-of-the-European-Union-eng.pdf (accessed 28.02.2022).

26. NHS England business case approvals process guidance. Capital Investment, Property, Equipment & Digital Technology proposals. June 2018. Available at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/10/a1p-nhse-bc-approvals-guide.pdf> (accessed 05.03.2022).

27. On NHS reform: the empire strikes back. Available at: <https://www.thearticle.com/on-nhs-reform-the-empire-strikes-back> (accessed 05.03.2022).
28. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021. Available at: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2022/2022-01-17_Anlage_Bestandsaufnahme_2021.pdf (in German) (accessed 09.03.2022).
29. Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Veröffentlichung des Berichts 2017. Available at: <https://www.g-ba.de/beschlusse/3545/> (in German) (accessed 09.03.2022).
30. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung. Available at: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_108.html (in German) (accessed 09.03.2022).
31. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Januar 2022). Available at: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867_3867/de (in German) (accessed 04.03.2022).
32. Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 1.1.2018. Available at: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/EM_2018/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf (in German) (accessed 04.03.2022).
33. Immergut E.M., Anderson K.M., Devitt C., Popic T. (Eds.) Health politics in Europe. Oxford University Press; 2021: 1048 pp.
34. Dubas-Jakóbczyk K., Sowada C., Domagała A., Więckowska B. Building hospital capacity planning mechanisms in Poland: the impact of 2016/2017 regulatory changes. *Int J Health Plann Manage.* 2018; 33 (2): e403–15. <https://doi.org/10.1002/hpm.2493>.
35. Riigi Teataja. Health Insurance Act. Available at: <https://www.riigi-teataja.ee/en/eli/520012014001/consolide> (accessed 09.03.2022).
36. NCSL National Conference of State Legislatures. Certificate of Need (CON) State Laws. Available at: <https://www.ncsl.org/research/health/con-certificate-of-need-state-laws.aspx> (accessed 05.03.2022).
37. 50-State Scan of State Certificate-of-Need Programs. Available at: <https://www.nashp.org/50-state-scan-of-state-certificate-of-need-programs/> (accessed 14.03.2022).
38. JUSTIA US Law. 2016 Code of Alabama. Available at: <https://law.justia.com/codes/alabama/2019/title-22/title-1/chapter-21/article-9/section-22-21-270/> (accessed 14.03.2022).
39. Minnesota Department of Health. Protecting, maintaining and improving the health of all Minnesotans. Available at: <https://www.health.state.mn.us/data/economics/moratorium/docs/commltr2015.pdf> (accessed 14.03.2022).
40. State of Alaska Department of Health and Social Services. Alaska Certificate of Need. Review standards and methodologies. Available at: <https://ij.org/wp-content/uploads/2020/07/AK-CON-2005.pdf> (accessed 14.03.2022).
41. Oregon Administrative Rules. Chapter 333 – Oregon Health Authority, Public Health Division. Division 590 – Demonstration of need for acute inpatient beds and facilities. Available at: <https://www.law.cornell.edu/regulations/oregon/chapter-333/division-590> (accessed 14.03.2022).
42. Michigan Department of Health and Human. Certificate of Need (CON) review standards for hospital beds. Available at: https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder64/HB_Standards.pdf?rev=532ff01169ca4eb8bb9153f3ed6941ee (accessed 14.03.2022).
43. Conover C.J., Bailey J. Certificate of need laws: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMC Health Serv Res.* 2021; 20 (1): 748. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05563-1>.
44. Mitchell M.D. Certificate-of-need laws: how they affect healthcare access, quality, and cost. Available at: <https://www.mercatus.org/Certificate-of-Need-Laws-How-They-Affect-Healthcare-Access-Quality-and-Cost> (accessed 14.03.2022).
45. Botti J. Competition in healthcare and certificates of need. Available at: <https://www.justice.gov/atr/competition-healthcare-and-certificates-need> (accessed 14.03.2022).

Сведения об авторах

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

Лукьянцева Дарья Валерьевна – к.м.н., начальник отдела клинической апробации и оценки инноваций ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, старший научный сотрудник Центра финансов здравоохранения ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Минфина России, доцент кафедры экономики, управления и оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (Москва, Россия). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9892-1147>; WoS ResearcherID: X-3920-2019; РИНЦ SPIN-код: 4858-1818. E-mail: lukyantseva.daria@gmail.com.

Сисигина Наталья Николаевна – младший научный сотрудник Центра налоговой политики ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Минфина России, научный сотрудник Института социального анализа и прогнозирования ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (Москва, Россия). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-9130-2343>; WoS Researcher ID: X-4298-2019, Scopus Author ID: 57205304532.

About the authors

Vitaliy V. Omelyanovskiy – Dr. Med. Sc., Professor, Director General, Center for Expertise and Quality Control of Medical Care; Head of Center for Healthcare Finance, Financial Research Institute; Chief of Chair of Economics, Management and Evaluation of Healthcare Technologies, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>; WoS ResearcherID: P-6911-2018; Scopus Author ID: 6507287753; RSCI SPIN-code: 1776-4270.

Darya V. Lukyantseva – MD, PhD, Head of Department of Clinical Testing and Evaluation of Innovations, Center for Expertise and Quality Control of Medical Care; Senior Researcher, Center for Healthcare Finance, Financial Research Institute; Associate Professor, Chair of Economics, Management and Evaluation of Healthcare Technologies, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (Moscow, Russia). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9892-1147>; WoS ResearcherID: X-3920-2019; RSCI SPIN-code: 4858-1818. E-mail: lukyantseva.daria@gmail.com.

Natalia N. Sisigina – Junior Researcher, Tax Policy Center, Financial Research Institute; Researcher, Institute of Social Analysis and Prognosis, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (Moscow, Russia). ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-9130-2343>; WoS Researcher ID: X-4298-2019, Scopus Author ID: 57205304532.