

**ОПТИМИЗАЦИЯ ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**А.П. Суходолов<sup>1</sup>, Л.И. Меньшикова<sup>2</sup>, Н.Н. Ясько<sup>3</sup>, О.А. Ларюшкина<sup>3</sup>, А.Л. Санников<sup>2</sup>,  
Б.А. Спасенников<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> *Байкальский государственный университет, г. Иркутск, Российская Федерация*

<sup>2</sup> *Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация*

<sup>3</sup> *Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области,  
г. Архангельск, Российская Федерация*

<sup>4</sup> *Российский институт театрального искусства — ГИТИС, г. Москва, Российская Федерация*

**Информация о статье**

Дата поступления  
28 декабря 2018 г.

Дата принятия к печати  
12 марта 2019 г.

Дата онлайн-размещения  
4 апреля 2019 г.

**Ключевые слова**

Обязательное медицинское  
страхование; способы оплаты  
медицинской помощи; тарифы

**Аннотация**

В статье рассмотрена оптимизация тарифной политики в сфере обязательного медицинского страхования на примере Архангельской области. Охарактеризованы основные климато-географические параметры региона, влияющие на доступность медицинской помощи. Тарифная политика формируется на основе требований нормативно-правовых актов с учетом особенностей оказания такой помощи. Авторами проанализирована региональная специфика, проведен SWOT-анализ тарифной политики и сформулированы предложения по ее совершенствованию. В качестве основных слабых сторон данной деятельности определено снижение тарифов вследствие выведения финансовых средств на оплату отдельных медицинских услуг и на оплату отдельных законченных случаев (обращений), а также ограничение объемов финансирования за счет перераспределения средств в пользу медицинских организаций, в которых сосредоточены врачи-специалисты, не включенные в подушевой способ оплаты медицинской помощи. Признано обоснованным введение отдельных тарифов в рамках амбулаторной медицинской помощи и показателей результативности деятельности медицинских организаций — фондодержателей. Сделан вывод, что необходимо введение дифференцированных коэффициентов затратоемкости при оплате стационарной медицинской помощи, внедрение дифференцированного подхода к оплате случаев оказания медицинской помощи, оплата медицинской помощи в соответствии с понесенными затратами и дальнейшее развитие стационарозамещающих технологий.

**OPTIMIZATION OF TARIFF POLICY IN THE AREA OF COMPULSORY  
MEDICAL INSURANCE IN THE SUBJECT  
OF THE RUSSIAN FEDERATION**

**Alexander P. Sukhodolov<sup>1</sup>, Larisa I. Menshikova<sup>2</sup>, Natalia N. Yasko<sup>3</sup>,  
Olga A. Laryushkina<sup>3</sup>, Anatoly L. Sannikov<sup>2</sup>, Boris A. Spasennikov<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> *Baikal State University, Irkutsk, the Russian Federation*

<sup>2</sup> *Northern State Medical University, Arkhangelsk, the Russian Federation*

<sup>3</sup> *Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance of the Arkhangelsk Region, Arkhangelsk,  
the Russian Federation*

<sup>4</sup> *Russian Institute of Theatre Arts (GITIS), Moscow, the Russian Federation*

**Article info**

Received  
December 28, 2018

Accepted  
March 12, 2019

Available online  
April 4, 2019

**Keywords**

Compulsory medical insurance;  
methods of payment for medical  
care; tariffs

**Abstract**

The article is dedicated to the optimization of the tariff policy in the field of compulsory health insurance, the example of the Arkhangel'sk region in 2017. The authors described the main climatic and geographical parameters of the region that affect the availability of medical care. The tariff policy is based on the requirements of regulatory acts, taking into account the specifics of medical care. The authors analyzed characteristic aspects of the region, conducted a SWOT-analysis of the tariff policy, and formulated proposals for its improvement. The authors determined the following main shortcomings of this activity: the reduction of tariffs due to the withdrawal of funds to pay for certain medical services and the withdrawal of funds to pay for certain completed cases (appeals), as well as limiting the amount of funding due to the redistribution of funds in favor of medical organizations in which medical specialists who are not included in the per capita method of payment for medical care are concentrated. The authors acknowledged as justifiable the introduction of separate tariffs within the framework of outpatient medical care and the performance indicators of medical organizations — fund holders. They came to the conclusion that it is necessary to introduce differentiated cost-effectiveness factors when paying for inpatient medical care, to introduce a differentiated approach to paying for cases of medical care, to pay for medical care in accordance with the costs incurred and to further develop hospital-substituting technologies.

Одним из элементов системы поддержания здоровья населения является финансовое обеспечение социальной инфраструктуры общества. Важное место в нем занимает финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, гарантируемую государством, за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС)<sup>1</sup> [1; 2].

Система обязательного медицинского страхования представляет собой сложный механизм финансового обеспечения здравоохранения, в котором важное значение имеет дифференцированное планирование предстоящих расходов на оказание одного случая медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях стационара и дневного стационара, скорой медицинской помощи.

В современных условиях актуальна задача разработки обоснованной методики

оценки предстоящих расходов при оказании медицинской помощи, которая должна повысить эффективность финансирования здравоохранения.

Одним из современных направлений развития системы ОМС в Российской Федерации является совершенствование оплаты медицинской помощи и снижение неэффективных расходов медицинских организаций.

Архангельская область имеет ряд географических и логистических особенностей, которые оказывают влияние на доступность медицинской помощи и организацию ее оказания. Регион является крупнейшим субъектом в европейской части России (площадь — 413 103 км<sup>2</sup>, что составляет 3,45 % площади РФ). Ряд территорий Архангельской области входит в состав Арктической зоны РФ: острова Новая Земля, Земля Франца-Иосифа, Мезенский, Приморский, Онежский районы, города Архангельск, Новодвинск, Северодвинск. Население на 1 января 2018 г. составляет 1 110 798 чел., в том числе городское — 78 %, сельское — 22 %.

К специфике региона относится низкая плотность населения, составляющая 2,69 чел./км<sup>2</sup> (2017 г.), на территории области располагается около 2 тыс. населенных пунктов с количеством жителей менее 100 чел. Отмечается недостаточное покрытие территории связью (сотовая, Интернет), отсутствует развитая структура дорог. Для региона характерно обилие водных преград (более 70 тыс. рек). С учетом перечислен-

<sup>1</sup> Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] : прил. к письму Минздрава России № 11-8/10/2-8266 и ФОМС № 12578/26и от 22 дек. 2016 г. // СПС «КонсультантПлюс» ; Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу [Электронный ресурс] : письмо ФОМС от 27 дек. 2016 г. № 12708/26-2/и // Там же ; Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов : постановление правительства Арханг. обл. от 27 дек. 2016 г. № 533-пп. URL: <http://www.pravo.gov.ru>.

ных особенностей в Архангельской области создана и функционирует трехуровневая система здравоохранения с пятью межрайонными центрами. Для оказания медицинской помощи жителям используется санитарная авиация, выездные бригады, телемедицина.

В таблице представлен SWOT-анализ способов оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области.

**SWOT-анализ способов оплаты медицинской помощи  
в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания  
гражданам медицинской помощи в Архангельской области**

<i>Оценка сильных и слабых сторон</i>		
Параметр	Сильные стороны параметра	Слабые стороны параметра
<i>Медицинская помощь в амбулаторных условиях</i>		
Отдельные тарифы на медицинские услуги (МРТ и КТ), радионуклидное (сцинтиграфическое) исследование, сеанс лучевой терапии, исследование передвижного рентгенологического (флюорографического) комплекса, за занятие при групповом профилактическом консультировании, на проведение дистанционных консультаций, исследование с использованием телеметрических данных с многоканальных кардиографов, проведение дополнительных исследований при подготовке к ВРТ	Оплата фактически выполненных медицинских услуг	Снижение тарифов на амбулаторную медицинскую помощь (посещение, обращение) вследствие выведения финансовых средств на оплату отдельных медицинских услуг
Отдельные тарифы на законченные случаи (обращения), проведение комплексного обследования (лечения), законченный случай (обращение) при подготовке к программам вспомогательных репродуктивных технологий, законченный случай комплексного обследования (обращение) у врача-офтальмолога, законченный случай лечения (обращение) у врача-офтальмолога при проведении аппаратного лечения детям, законченный случай (обращение) у врача-уролога/акушера-гинеколога при проведении комплексного уродинамического исследования	Тарифная единица за законченный случай лечения в амбулаторных условиях (обращение) сформирована с учетом кратности посещений врача-специалиста исходя из наполняемости медицинскими услугами в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях (состояниях), входящих в базовую программу ОМС. Позволяет возместить медицинской организации расходы, связанные с выполнением показанного застрахованному лицу объема медицинской помощи, в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи. Предупреждает взимание средств с застрахованных лиц за оказание медицинской помощи (отдельных медицинских услуг), гарантированной государством в рамках базовой программы ОМС	Снижение тарифов на амбулаторную медицинскую помощь вследствие выведения финансовых средств на оплату отдельных законченных случаев (обращений)
Ограниченный перечень врачей-специалистов, входящих в подушевое финансирование	Снижение уровня взаиморасчетов между медицинскими организациями	Ограниченный объем финансовых средств у медицинской организации — фондодержателя в рамках подушевого финансирования за счет перераспределения средств в пользу медицинских организаций, в которых сосредоточены врачи-специалисты, не включенные в подушевой способ оплаты медицинской помощи

## Продолжение таблицы

Параметр	Сильные стороны параметра	Слабые стороны параметра
Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций — фондодержателей при подушевом финансировании, включающий показатели эффективности профилактической медицинской помощи и диспансерного наблюдения, выявляемости онкопатологии на ранних стадиях, уровень госпитализаций в круглосуточный стационар по определенным нозологиям	Учитываются показатели эффективности работы медицинских организаций — фондодержателей. Повышается их заинтересованность в реализации профилактических направлений (диспансеризация, профилактические медицинские осмотры) в рамках базовой программы ОМС, в своевременном выявлении хронических неинфекционных и онкологических заболеваний, повышении уровня охвата диспансерным наблюдением прикрепленного населения, а также проведении профилактической работы с пациентами, имеющими риск развития хронических неинфекционных заболеваний. Повышение эффективности использования средств ОМС за счет снижения уровня плановой госпитализации пациентов из диспансерной группы с обострениями и декомпенсациями	Медицинские организации — фондодержатели ограничивают уровень госпитализаций, не направляя пациентов на стационарное лечение при наличии медицинских показаний
<i>Медицинская помощь в условиях стационара</i>		
Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с применением клинико-статистических групп (КСГ)	Переход от валового способа оплаты медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара по койко-дням к групповым экономическим стандартам исходя из случаев госпитализации, объединенных в клинически однородные группы со сходными характеристиками потребления ресурсов. Наполняемость КСГ в зависимости от диагноза, категории пациента, характера вмешательства, применяемых медицинских технологий, лекарственной терапии, уровня оказания медицинской помощи позволяет перераспределять финансирование между группами заболеваний независимо от общего объема ресурсов. Единые принципы оплаты медицинской помощи для всех медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, исключение индивидуальных тарифов на оплату медицинской помощи для конкретных медицинских организаций. Повышение заинтересованности медицинских организаций в развитии и внедрении более эффективных инновационных медицинских технологий, сокращении длительности пребывания пациента в стационаре	Наполняемость отдельных КСГ в 2017 г. предусматривала включение неравных по затратам заболеваний, оперативных вмешательств, применяемых технологий (КСГ 164, 165, 226, 301 и др.)
Отдельные тарифы на оплату сверхкоротких и прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях	Оплата медицинской помощи соответствует затратам при сверхкоротких случаях оказания медицинской помощи	Уменьшение фактической стоимости оказанной медицинской помощи в медицинских организациях по сравнению с установленной плановой стоимостью в случае большого числа госпитализаций со сверхкороткими сроками лечения или прерванных случаев (актуально для больниц скорой медицинской помощи, педиатрических стационаров)

Параметр	Сильные стороны параметра	Слабые стороны параметра
<i>Медицинская помощь в условиях дневного стационара</i>		
Оплата оказания в условиях дневного стационара услуги диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в части КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»	Медицинские организации покрывают свои расходы, связанные с лекарственным обеспечением пациентов, получающих гемодиализ, которое не предусмотрено в стоимости услуги гемодиализа	Нарращивание числа случаев лечения в условиях дневного стационара пациентов, получающих заместительную почечную терапию, за счет неоднократных госпитализаций с целью проведения лекарственной терапии с учетом того, что в условиях дневного стационара применяется сочетанный способ оплаты — за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание (применение КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»)
Наполнение КСГ в дневном стационаре	Большой объем хирургических вмешательств (медицинских технологий) входит в наполнение КСГ дневного стационара	Необоснованные госпитализации для проведения хирургических вмешательств, выполнение которых возможно в амбулаторных условиях
<b>Определение возможностей и угроз</b>		
Параметр	Возможности	Угрозы
<i>Медицинская помощь в амбулаторных условиях</i>		
Отдельные тарифы на медицинские услуги (МРТ и КТ), радионуклидное (сцинтиграфическое) исследование, сеанс лучевой терапии, исследование передвижного рентгенологического (флюорографического) комплекса, за занятие при групповом профилактическом консультировании, на проведение дистанционных консультаций, исследование с использованием телеметрических данных с многоканальных кардиографов, проведение дополнительных исследований при подготовке к ВРТ	Повышение доступности медицинской помощи. Организация обследования, лечения в соответствии с маршрутизацией, принятой в регионе (межрайонные центры и медицинские организации третьего уровня)	При невыполнении запланированного объема медицинских услуг — неполучение медицинскими организациями средств, предусмотренных на оплату амбулаторной медицинской помощи
Отдельные тарифы на законченные случаи (обращения), на проведение комплексного обследования (лечения)	Повышение доступности медицинской помощи. Организация обследования, лечения в соответствии с маршрутизацией, принятой в регионе (межрайонные центры и медицинские организации третьего уровня)	Дефекты планирования медицинской помощи (избыточное, без учета потребности прикрепленного населения) и невыполнение запланированного объема законченных случаев (обращений) — неполучение медицинскими организациями средств, предусмотренных на оплату амбулаторной медицинской помощи
<i>Медицинская помощь в условиях стационара</i>		
Дифференцированные коэффициенты затратоемкости при оплате стационарной медицинской помощи	Возможность дифференцированного подхода к оплате случаев, оплата медицинской помощи в соответствии с понесенными затратами	Госпитализация по наиболее затратным КСГ, преимущественное предъявление к оплате наиболее дорогостоящих КСГ, отказ в госпитализации по «дешевой» КСГ
Выделение подгрупп внутри КСГ	Возможность дифференцированного подхода к оплате случаев внутри КСГ	Преимущественное предъявление к оплате наиболее дорогостоящих подгрупп КСГ

Параметр	Сильные стороны параметра	Слабые стороны параметра
<i>Медицинская помощь в условиях дневного стационара</i>		
КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»	Повышение качества медицинской помощи, оказываемой пациентам с хронической почечной недостаточностью, получающим диализ, за счет обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для лечения осложнений и сопутствующей патологии	Необходимость непрерывного лекарственного обеспечения страдающих хронической почечной недостаточностью пациентов, получающих диализ, может привести к перераспределению объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара в пользу одной группы пациентов, снизив доступность медицинской помощи по другим заболеваниям (состояниям)
Наполнение КСГ дневного стационара	Развитие стационарозамещающих технологий	Нерациональное использование медицинскими организациями объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с необоснованными госпитализациями в дневной стационар для оказания медицинской помощи и вмешательств, которые могут быть выполнены в амбулаторных условиях, но предусмотрены в наполнении КСГ дневного стационара

Проведенный SWOT-анализ свидетельствует о наличии положительных сторон у применяемых способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций, устанавливаемых программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также о необходимости их дальнейшего совершенствования.

С целью повышения эффективности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области, с учетом территориальных особенностей региона, а также уровня кадровой укомплектованности и материально-технической оснащенности медицинских организаций требуется сохранение дифференцированного подхода к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Целесообразно сочетание подушевого способа оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации — фондодержателя с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за об-

ращение (законченный случай)) для межрайонных центров и консультативных поликлиник медицинских организаций третьего уровня оказания медицинской помощи. Применение сочетанного способа оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях позволит сохранить доступность медицинской помощи для застрахованных лиц, предупредив ограничения со стороны медицинских организаций — фондодержателей в виде направления прикрепленного контингента при наличии медицинских показаний в другие медицинские организации в соответствии с принятой в регионе маршрутизацией.

Учитывая реальную возможность выполнения медицинскими организациями первого уровня оказания медицинской помощи отдельных вмешательств, лабораторных и диагностических исследований, отметим, что остается потребность в маршрутизации пациентов в медицинские организации второго и третьего уровня оказания медицинской помощи (например, в процессе подготовки к программам вспомогательных репродуктивных технологий осуществление комплексного уродинамического обследования в ходе подготовки женщин к проведению высокотехнологичных операций на органах малого таза и в других случаях).

В подобных ситуациях актуально формирование тарифов на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения в амбулаторных условиях по отдельным врачебным специальностям исходя из кратности посещений врача-специалиста, определенного набора медицинских услуг на каждого пациента с учетом утвержденных порядков оказания медицинской помощи (клинических рекомендаций, протоколов лечения). Особенно важно применение таких тарифов для возмещения расходов, связанных с предоставлением первичной специализированной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, выполняющих функции межрайонных центров, а также в консультативных поликлиниках медицинских организаций третьего уровня оказания медицинской помощи. Данная методика возмещения расходов медицинским организациям позволит обеспечить качество и доступность оказываемой по полису ОМС медицинской помощи, гарантированной государством, а также предупредить перевод медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в сектор платных медицинских услуг.

Для оптимизации оплаты медицинской помощи в условиях стационара на основе КСГ на федеральном уровне требуется дальнейшая дифференциация числа КСГ, определение

единых классификационных критериев, рекомендуемых для выделения подгрупп в КСГ.

Для оптимизации оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, целесообразно исключить оперативные вмешательства и медицинские технологии, выполнение которых возможно в амбулаторных условиях, из наполнения КСГ, применяемых в условиях дневного стационара, или ввести дополнительный критерий, определяющий показания для госпитализации в дневной стационар, например возраст или тяжелая сопутствующая патология. С целью рационального использования объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара и сохранения ее доступности, по нашему мнению, необходимо дифференцировать подходы к применению КСГ «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» и ввести новый классификационный критерий, предусматривающий оплату медицинской помощи в зависимости от схемы лечения, применяемой у конкретного пациента.

Дальнейшее совершенствование способов оплаты медицинской помощи, применяемых при реализации базовой программы обязательного медицинского страхования, позволит рационально и эффективно использовать средства обязательного медицинского страхования, а также обеспечить доступность и качество гарантированной государством медицинской помощи.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леонтьев О.В. Средства обязательного медицинского страхования / О.В. Леонтьев, В.В. Назарова, В.С. Черный // Главный врач: хозяйство и право. — 2015. — № 2. — С. 18–22.
2. Железнякова И.А. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС / И.А. Железнякова // Экономика ЛПУ в вопросах и ответах. — 2013. — № 7. — С. 18–24.

#### REFERENCES

1. Leontyev O.V., Nazarova V.V., Tcherny V.S. Funds of Obligatory Medical Insurance. *Glavnyi vrach: khozyaistvo i pravo* = *Head Doctor: Economy and Law*, 2015, no. 2, pp. 18–22. (In Russian).
2. Zheleznyakova I.A. Tariffs for Medical Aid Under the Compulsory Medical Insurance Policy. *Ekonomika LPU v voprosakh i otvetakh* = *Economy of a General Health Institution in Questions and Answers*, 2013, no. 7, pp. 18–24. (In Russian).

#### Информация об авторах

Суходолов Александр Петрович — профессор, ректор, Байкальский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: rector@bgu.ru.

Меньшикова Лариса Ивановна — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, 163000, г. Архангельск, Троицкий просп., 51, e-mail: menshikova1807@gmail.com.

Ясько Наталья Николаевна — директор, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области, 163000, г. Ар-

#### Authors

Alexander P. Sukhodolov — Professor, Rector of Baikal State University, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, the Russian Federation, e-mail: rector@bgu.ru.

Larisa I. Menshikova — D.Sc. in Medicine, Professor, Head, Department of Public Health, Healthcare and Social Work, Northern State Medical University, 51 Troitskiy Avenue, 163000, Arkhangelsk, the Russian Federation, e-mail: menshikova1807@gmail.com.

Natalia N. Yasko — Director, Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance of the Arkhangelsk Region, 39 Chumbarova-Luchinskogo Avenue, Building 1, 163000, Arkhangelsk, the Russian Federation, e-mail: yasn@arhofoms.ru.

хангельск, просп. Чумбарова-Лучинского, 39, корпус 1, e-mail: yasnn@arhofoms.ru.

*Ларюшкина Ольга Анатольевна* — заместитель начальника отдела защиты прав застрахованных лиц и медико-экспертной работы, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области, 163000, г. Архангельск, просп. Чумбарова-Лучинского, 39, корпус 1, e-mail: laroa@arhofoms.ru.

*Санников Анатолий Леонидович* — доктор медицинских наук, профессор, кафедра общественно-го здоровья, здравоохранения и социальной работы, Северный государственный медицинский университет, 163000, г. Архангельск, Троицкий просп., 51, e-mail: jsannikov@yandex.ru.

*Спасенников Борис Аристархович* — доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Российский институт театрального искусства — ГИТИС, 125009, г. Москва, Малый Кисловский пер., 6, e-mail: borisspasennikov@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5668-6457>.

#### Для цитирования

Суходолов А.П. Оптимизация тарифной политики в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации / А.П. Суходолов, Л.И. Меньшикова, Н.Н. Ясько, О.А. Ларюшкина, А.Л. Санников, Б.А. Спасенников // Известия Байкальского государственного университета. — 2019. — Т. 29, № 1. — С. 138–145. — DOI: 10.17150/2500-2759.2019.29(1).138-145.

*Olga A. Laryushkina* — Deputy Head, Department for the Protection of the Rights of Insured Persons and Medical and Expert Work, Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance of the Arkhangelsk Region, 39 Chumbarova-Luchinskogo Avenue, Building 1, 163000, Arkhangelsk, the Russian Federation, e-mail: laroa@arhofoms.ru.

*Anatoliy L. Sannikov* — D.Sc. in Medicine, Professor, Department of Public Health, Healthcare and Social Work, Northern State Medical University, 51 Troitskiy Avenue, 163000, Arkhangelsk, the Russian Federation, e-mail: jsannikov@yandex.ru.

*Boris A. Spasennikov* — D.Sc. in Medicine, D.Sc. in Law, Professor, Russian Institute of Theatre Arts (GITIS), 6 Small Kislovsky Lane, 125009, Moscow, the Russian Federation, e-mail: borisspasennikov@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5668-6457>.

#### For Citation

Sukhodolov A.P., Menshikova L.I., Yasko N.N., Laryushkina O.A., Sannikov A.L., Spasennikov B.A. Optimization of Tariff Policy in the Area of Compulsory Medical Insurance in the Subject of the Russian Federation. *Izvestiya Baikal'skogo gosudarstvennogo universiteta = Bulletin of Baikal State University*, 2019, vol. 29, no. 1, pp. 138–145. DOI: 10.17150/2500-2759.2019.29(1).138-145. (In Russian).