

МЕНЕДЖМЕНТ: СОВРЕМЕННЫЙ РАКУРС · MANAGEMENT: A MODERN PERSPECTIVE

Вестник МИРБИС. 2021. № 1 (25): С. 105–120.

Vestnik MIRBIS. 2021; 1(25): 105–120.

Кейс-стади

УДК 338.46

DOI: 10.25634/MIRBIS.2021.1.12

Борьба за пациентов и суровая страховая конкуренция

Юлия Александровна Зуенкова

Российский университет дружбы народов (РУДН), Москва, Россия

zuenkova@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3660-0476>

Аннотация. Заявленная в статье драматическая ситуация отражает российскую отраслевую практику медицинского страхования и регулирования выделения объемов медицинской помощи клиникам (медицинским организациям, МО) в условиях несовершенства законодательства и недостатка финансирования всей отрасли здравоохранения.

Актуальность исследования обусловлена тем, что по ключевым вопросам у игроков этого рынка отсутствует возможность договориться о формальных правилах его функционирования в связи с двусмысленностью и неоднозначностью интерпретации существующего законодательства.

Цель исследования заключается в выявлении базовых стратегий на рынке медицинского страхования, которые бы позволили всем участникам выработать более или менее адекватные решения в условиях нечетко сформированного законодательства.

Исследовательский вопрос, обсуждаемый в кейкисе [Киселев, 2018, с. 40–41]: «Как руководителю Фонда обязательного медицинского страхования регулировать выделение объемов медицинской помощи клиникам?».

Методы исследования заключаются в рассмотрении данного явления в конкретной проблемной ситуации в пространстве и взаимосвязи ключевых участников рынка медицинского страхования. В статье проанализированы ключевые мотивы основных игроков данного рынка.

Результатами исследования стало подробное описание сути конфликтной ситуации между участниками рынка медицинского страхования, проанализированы мотивы и проблематики основных стейкхолдеров. Автором предложено и проанализировано несколько вариантов стратегий (решений).

Практическая значимость статьи заключается в разработке практического инструмента для описания сложной экономической ситуации, для проведения процесса стратегирования, а также для использования в процессе обучения сотрудников фондов обязательного медицинского страхования и руководителей медицинских организаций.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, объемы медицинской помощи, качество медицинской помощи, организация здравоохранения, медицинское право, прогнозирование заболеваемости, планирование финансирования.

Для цитирования: Зуенкова Ю. А. Борьба за пациентов и суровая страховая конкуренция / Ю. А. Зуенкова // Вестник МИРБИС. 2021; 1(25): 105–120. DOI: 10.25634/MIRBIS.2021.1.12

JEL: I10, I15, I18

Case study

The struggle for patients and severe competition for compulsory health care

Julya A. Zuenkova

RUDN University, Moscow, Russia

zuenkova@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3660-0476>

Abstract. The situation described in this case-study reflects the Russian practice of compulsory medical insurance and regulation of the allocation of medical care to clinics (medical organizations) in conditions of imperfect legislation and lack of funding of the healthcare.

The relevance of the research is formed by the fact that key players at the market are not able to agree on formal rules for its functioning due to the ambiguity of the existing legislation.

The purpose of the study is to identify basic strategies at the health insurance market that would allow all participants to develop more or less adequate solutions in the context of poorly formed legislation.

Research question discussed in the case-study: "How the director of the compulsory health insurance Fund can regulate the allocation of medical care to clinics?"

The research methods consist in considering this phenomenon in a specific problem situation in the space and the relationship of key stakeholders at the health insurance market. The article analyzes the key motives of the main players in this market and suggest strategic solution.

The results of the study present a detailed description of the essence of the conflict situation between participants in the health insurance market, analyzed the motives and problems of the main stakeholders. The author proposed and analyzed several strategic options (solutions). The practical significance of the article is to develop a practical tool for describing a difficult economic situation, for conducting the process of strategizing, as well as for use in the training of employees of compulsory medical insurance funds and managers of medical organizations.

Key words: compulsory medical insurance, volume of medical care, quality of medical care, health organization, medical law, disease forecasting, financing planning.

For citation: Zuenkova Yu. A. The struggle for patients and severe competition for compulsory health care. Yu. A. Zuenkova. *Vestnik MIRBIS*. 2021; 1(25)': 105–120. (In. Russ.). DOI: 10.25634/MIRBIS.2021.1.12

JEL: I10, I15, I18

Теоретическая часть

В настоящее время в России законодательно закреплены и функционируют, взаимно дополняя друг друга, три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная.

Государственное финансирование формиру-

© Зуенкова Ю. А., 2021

Вестник МИРБИС, 2021, № 1 (25), с. 105–120

ется из следующих источников (см. рисунок 1) [Борзунова, 2010]:

- федеральные налоги;
- региональные налоги, которые собираются в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов РФ;
- взносы в систему обязательного медицинского страхования (ОМС).



Рис. 1. Источники финансирования здравоохранения в РФ

Источник: рисунок автора по материалам настоящего исследования

Все средства ОМС аккумулируются в Федеральном фонде ОМС (ФОМС), который финансирует базовую программу ОМС.

ОМС — Система обязательного медицинского страхования, созданная с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации. Медицинское страхование представляет собой форму социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Важнейший нормативный правовой акт, регулирующий обязательное медицинское страхование — Федеральный Закон Российской Федера-

ции от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Этот Закон устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в РФ, определяет средства обязательного медицинского страхования в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений и закладывает основы системы страховой модели финансирования здравоохранения в стране.

Медицинская помощь в России сконцентрирована на 98 % в системе государственных гарантий [Андреева, 2015, с. 42–52]. Реализуется эта система через территориальные программы

(ТП ОМС) на уровне субъектов РФ. ТП содержит в себе базовую и дополнительную программы. У ТП два основных источника: субвенция ФФОМС в бюджет территориального фонда ОМС и консолидированный бюджет субъекта Федерации. При этом ФФОМС может финансировать субвенции каждого региона по-разному — разница между бюджетами на душу населения может отличаться в два раза. Также и местные бюджеты по-разному финансируют свои территориальные программы — разница на душу населения также может отличаться в два раза, что связано, в том числе, с фактическим размером страховых выплат с заработной платы работников региона (действует негласный принцип «меньше зарабатывают — хуже лечатся») [Савельева, 2018, с.160–161]. См. рисунок 2.

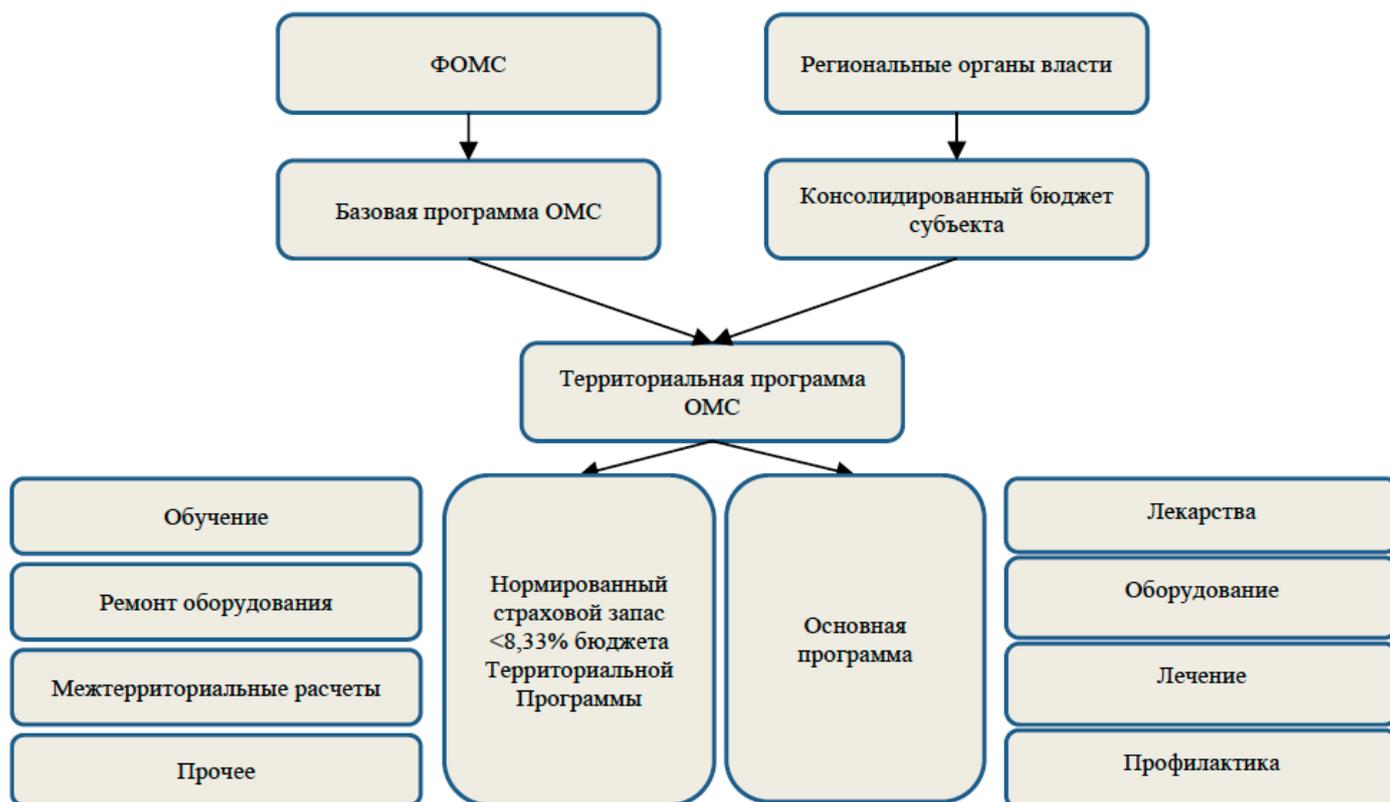


Рис. 2. Источники финансирования территориальной программы ОМС и статьи расходования
Источник: рисунок автора по материалам настоящего исследования

Допуск к финансированию по программе ОМС имеют все клиники, доказавшие свою способность оказывать качественную медицинскую помощь, независимо от их формы собственности. Таким образом, в каждом регионе на финансирование по программе госгарантий одновременно претендуют местные (районные и областные) клиники, частные медицинские организации, федеральные центры и ведомственные учреждения.

Региональные органы власти готовят предложения по распределению объемов медицинской помощи. Утверждением распределения объемов занимается Комиссия по разработке территориальных программ госгарантий субъекта. Территориальный фонд медицинского страхования (ТФОМС) находится в непосредственном (в т. ч. финансовом) подчинении у местных органов вла-

сти, однако его деятельность регулируется головной организацией — ФФОМС [Тараник, 2015].

У ФФОМС нет реальных инструментов влияния на свои территориальные структуры (ТФОМС), которые де-факто подчиняются региональным властям и оттого не могут принимать независимые решения, в том числе по вопросам распределения средств среди медучреждений. ТФОМС — гарант выполнения программы госгарантий и сохранения баланса (в рамках финансовой устойчивости региона) [Улумбекова, 2015, с. 268–275].

Распределение объемов медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий должно происходить на основании нормативов, определенных и рекомендованных ФФОМС, а также с учетом заболеваемости по каждому профилю заболевания и исходя из компе-

тенций, а также имеющихся ресурсов у каждой медицинской организации (например, наличие лицензий на конкретные виды деятельности, наличие необходимого персонала и прочее).

Однако потребности в медицинской помощи как правило превышают выделяемый бюджет, в связи с чем клиники конкурируют между собой за объемы медицинской помощи, стараясь привлечь больше пациентов, чем выделено им объемов финансовой помощи, в надежде постфактум получить адекватную компенсацию со страховых компаний, возмещение понесённых затрат за фактически пролеченные случаи.

Сверхобъемы — медицинская помощь, оказываемая медицинской организацией сверх утвержденных комиссией объемов. Согласно законодательству, регламентирующему работы в системе ОМС, оплата клинике медицинской помощи сверх установленных объемов без оснований (заболеваемость и прочее) не предусмотрена.

Непрогнозируемое превышение клиниками объемов медицинской помощи — одна из наиболее частых и острых проблем ТФОМС всех регионов. На пример, Комиссия может предсказать заболеваемость в регионе на основании данных предыдущего периода, однако она не может предсказать какое количество пациентов с конкретным заболеванием обратиться в ту или иную клинику. Такая ситуация приводит к необходимости перераспределять между клиниками объемы медицинской помощи в течение года с некоторой периодичностью. Так, опрос, проведенный автором статьи в рамках курса по обучению сотрудников ТФОМС в 2020 году в РЭУ им. Плеханова (в выборку вошли 29 регионов из 86 имеющихся, см. таблицу 1) показал, что самые большие сложности вызывает именно управление сверхобъемами медицинской помощи (колонка 2 — 83 %).

Клиника, претендующая на возмещение понесенных расходов за оказанную медицинскую помощь, независимо от её формы собственности, обязана заключить договор со страховой медицинской организацией (СМО)¹. По результатам оказанной медицинской помощи клиника направляет СМО счет² за фактические оказанные

услуги. Оплата производится СМО в соответствии с ранее утвержденными комиссией объемами медицинской помощи, которые должны соответствовать фактически оказанному объему. Оплата фактически оказанной медицинской помощи производится в том случае, если она была оказана без дефектов. Оказание медицинской помощи сверх установленных объемов рассматривается СМО как дефект, что становится основанием для отказа в оплате медпомощи³. Однако, в тех же 326-ФЗ и 323-ФЗ сказано, что клиника не вправе отказать пациенту в медицинской помощи^{4,5}.

Клиника может обратиться к СМО за компенсацией понесенных ею расходов, а СМО имеет право как отказать в оплате, так и запросить у ТФОМС дополнительные средства из нормированного страхового запаса⁶. Если такой запрос обоснован, так как нехватка средств произошла в связи с увеличением заболеваемости или увеличением тарифов на медицинскую помощь, ТФОМС обязан покрыть расходы СМО, при условии, что средства на оплату имеются⁷. Однако, в условиях регулярного недофинансирования здравоохранения, средств нормированного страхового запаса⁸ ча-

2019 (ред. от 25.09.2020) // СПС КонсультантПлюс.

3 Пункт 5.3.2 Приложения № 8 : Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию : Приказ ФФОМС № 36 от 28.02.2019 // СПС КонсультантПлюс.

4 Часть 5 Статьи 39 : Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон №326-ФЗ от 29.11.2010 // СПС КонсультантПлюс.

5 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 // СПС КонсультантПлюс.

6 Статья 28 : Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон №326-ФЗ от 29.11.2010 // СПС КонсультантПлюс.

7 О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования : Приказ ФФОМС № 54 от 27.03.2019 (ред. от 20.01.2020) // СПС КонсультантПлюс.

8 Нормированный страховой запас формируется в составе расходов бюджета территориального фонда для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования. Размер средств нормированного страхового запаса территориального фонда для дополнительного финансового обеспечения реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год. Основные статьи, на которые может быть потрачен НСЗ — дополнительное финансовое обеспечение

1 Статья 39 : Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон №326-ФЗ от 29.11.2010 // СПС КонсультантПлюс.

2 Там же (часть 6 ст. 39) и Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования : Приказ Минздрава России № 108н от 28.02.

сто оказывается недостаточно. В таких обстоятельствах ТФОМС приходится отказывать СМО и медицинским организациям [Русакова, 2017].

территориальных программ ОМС; межтерриториальные расчеты; дополнительное профессиональное образование медицинских работников; приобретение и проведение ремонта медицинского оборудования; софинансирование расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

Таблица 1. Сводная таблица выявленных проблем при опросах в нескольких регионах РФ

	%		31	83	48	79	79	66	72	55	55	38	66	66	41	24	52
ИТОГО	Абс.		9	24	14	23	23	19	21	16	16	11	19	19	12	7	15
Регион 1	93	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
Регион 2	33	5	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Регион 3	33	5	0	1	0	1	1	1	0	0	1	?	0	0	0	0	?
Регион 4	67	10	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1
Регион 5	60	9	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1
Регион 6	100	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Регион 7	87	13	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Регион 8	27	4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Регион 9	60	9	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1
Регион 10	60	9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Регион 11	60	9	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
Регион 12	73	11	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Регион 13	60	9	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1
Регион 14	40	6	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
Регион 15	33	5	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
Регион 16	27	4	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Регион 17	40	6	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0
Регион 18	73	11	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1
Регион 19	53	8	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0
Регион 20	40	6	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
Регион 21	13	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Регион 22	47	7	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Регион 23	73	11	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
Регион 24	80	12	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
Регион 25	13	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Регион 26	33	5	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0
Регион 27	100	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Регион 28	100	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Регион 29	73	11	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
Регион		ИТОГО	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Источник: таблица составлена автором по материалам настоящего исследования

В таких случаях клиники обращаются в суд, должны быть оплачены»⁹. Такой вердикт суда, требуя возмещения понесенных ими затрат. Сложившаяся судебная практика чаще склоняется в пользу клиники, аргументируя это тем, что наличие страхового полиса у гражданина, наличие услуг в территориальной программе ОМС, а также качественно (без дефектов) оказанная помощь являются основанием для оплаты. Так, Судебная коллегия по экономическим спорам Верховного суда РФ показала, что «объемы медицинской помощи, оказанной и учтенной без нарушений,

можно рассматривать как неправильное толкование закона, так как оказание медицинской помощи сверхобъема уже трактуется как *дефект* и поэтому не может быть оплачен из средств ОМС. Тем не менее, суды рассматривают подобные прецеденты как недостаток планирования бюджета ОМС и ошибки прогнозирования заболева-

9 Об отказе в передаче жалобы в Судебную коллегия Верховного Суда Российской Федерации : Определение Верховного Суда РФ N 308-ЭС19-17631 от 18.10.2019 // СПС КонсультантПлюс.

емости населения территориальными фондами. По мнению суда, медицинские организации не должны нести на себе последствия ошибок организации здравоохранения — оказание помощи клиникой сверх объема не освобождает СМО от оплаты. Согласно обновленным правилам ОМС¹,

¹ Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования: Приказ Минздрава России № 108н от 28.02.2019 (ред. от 25.09.2020) // СПС КонсультантПлюс.

МО и СМО обязаны ежемесячно анализировать предъявленные к оплате счета и «за два месяца отчетного квартала» оценивать риск превышения объемов и до окончания отчетного периода сообщать Комиссии, предложив распределить объемы медицинской помощи. Клиники и ранее имели право запросить дополнительные объемы у ТФОМС либо напрямую, либо через СМО. Новые правила ОМС вменяют МО и СМО это в обязанность своевременно делать запросы.

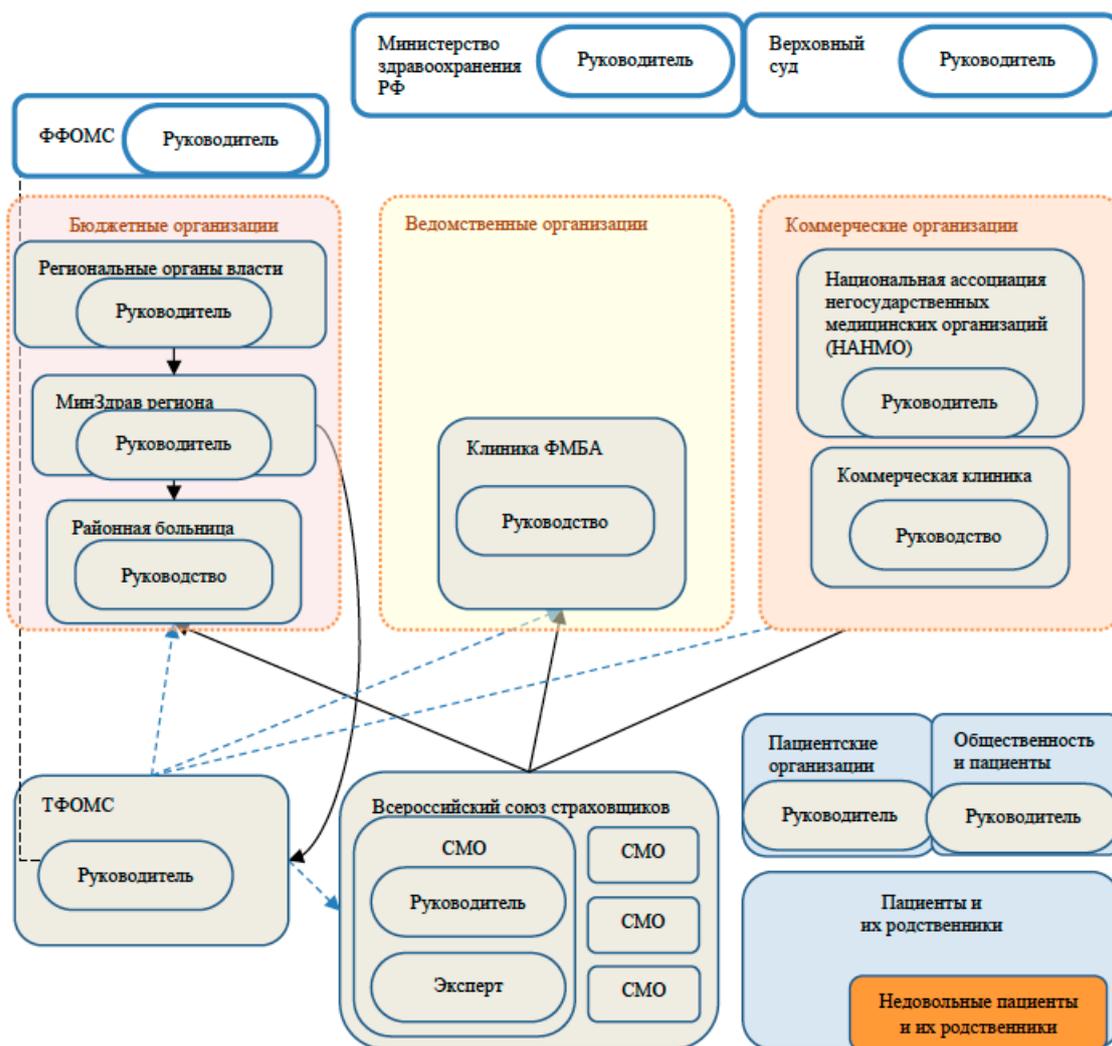


Рис. 3. Сегменты поставщиков медицинских услуг и их руководство (группы лоббирования)

Источник: рисунок автора по материалам настоящего исследования

Судебные тяжбы отнимают силы и время как у СМО, так и ТФОМС, которые и без того перегружены рутинной работой по экспертизам качества медицинской помощи.

Страховые компании также не довольны складывающейся ситуацией, так как ресурсов на возмещение сверхобъемов у них как правило нет, дополнительное финансирование из текущего бюджета или нормированного страхового запаса

надо отдельно запрашивать у территориальных фондов, и, если ТФОМС отказывается выделять эти средства, они вынуждены подавать на Фонд в суд. Кроме того, согласно ст. 39 326 ФЗ, все пени и проценты за пользование средствами в случае удовлетворения иска клиники взыскиваются из бюджета страховой компании, а значит будут их прямым убытком, который никто не возместит.

Медицинские организации пользуются имею-

щимися у них преференциями и сложившейся судебной практикой. Часто они намеренно затягивают подачу иска в пределах срока исковой давности. Результатом этого становятся миллионные пени и судебные расходы, которые, в отличие от основного долга, не возмещаются из средств ОМС и являются прямым убытком СМО.

Справедливое (на основании прогнозируемого уровня заболеваемости и компетентности) распределение между медицинскими организациями финансовых средств результата не даёт, так как выделить клинике дополнительный объем в течение года можно, только забрав у тех, кто свой план недовыполняет (бюджетных МО региона). Нормированный страховой запас также не позволяет возместить необходимые средства в связи с ростом объемов межтерриториальных расчетов.

Увеличение суммы исков связано в том числе с ежегодным погружением методов ВМП² из бюджета в систему ОМС, а также с ростом потребности в оказании определенных видов медпомощи по сравнению с установленными программой госгарантий нормативами объемов.

Внутренняя среда объекта/субъекта исследования (система)

Иванов — грамотный и профессиональный руководитель Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Много лет работает в системе здравоохранения и хорошо знает механизмы её функционирования.

Его обязанности и полномочия, в частности:

- контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования на территориях субъектов РФ, в том числе проведение проверок и ревизий;
- утверждение территориальных программ

2 В Российской Федерации оплата медицинских услуг по Программе Госгарантий осуществляется двумя способами — с помощью методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) и посредством оплаты по страховым принципам (ОМС). Необходимость постепенного перевода обусловлена тем, что нормативы затрат по ВМП методологически не закреплены и служат, как правило, для оплаты новых методов лечения с высокими нормативами затрат. Оплата медицинских услуг по системе ОМС осуществляется через использование клинко-статистических групп заболеваний (КСГ). Постепенный перевод высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) на оплату по страховым принципам через использование клинко-статистических групп заболеваний (КСГ) решает задачу увеличения доступности для населения России качественной высокотехнологичной медицинской помощи.

обязательного медицинского страхования;

- обеспечение прав застрахованных граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов РФ.

Внешняя среда (надсистема). Ситуация: сложившаяся вокруг Иванова, система его отношений

Иванов представляет непростой удаленный регион, который регулярно испытывает на себе проблемы финансирования отрасли — субвенции ФОМС в базовую программу и финансирование территориальной программы из источников субъекта Федерации, по сравнению с другими регионами, значительно ниже объективно необходимых. Они давно и стабильно низкие. В связи с этим инвестиции в оснащение районных и областных больниц недостаточны, а основная часть бюджета ОМС с трудом покрывает требуемые объемы медицинской помощи [Урываева, 2014, с. 41–44].

В регионе функционируют несколько коммерческих клиник, имеющих значительно лучшее оснащение по сравнению с бюджетными клиниками, а также средства на маркетинг и привлечение пациентов. Для покрытия понесенных расходов коммерческие клиники стараются включиться в программу госгарантий и работать по ОМС — это позволяет им не только частично отработать инвестиции, но и служит стабильным источником потока пациентов, которым они стараются сверх оказанной по ОМС помощи также предлагать и платные (высокомаржинальные) услуги.

«Справедливое» распределение объемов медицинской помощи их не устраивает, и в регионе сложилась практика требования компенсации по фактически оказанным медицинским услугам. Это вынуждает ТФОМС перераспределять объемы помощи в пользу коммерческих клиник в ущерб местным районным и областным больницам.

В результате такой практики на протяжении нескольких лет и постепенного снижения финансирования, в регионе создавалась искусственная закредитованность у местных бюджетных медицинских организаций, их долги поэтапно растут, в то время как финансирование коммерческих клиник увеличивается из года в год. Это послужило поводом к оптимизации и сокращению штата в районных больницах, что вызывает негодование населения и профессионального сообщества, которые обращаются с жалобами в Министерство

здравоохранения РФ.

Такая ситуация не устраивает региональные органы власти и местный Минздрав. Они требуют у Иванова «навести порядок» с финансированием и не допустить окончательного разорения системы бюджетного здравоохранения в регионе.

Иванов оказывается в сложной ситуации, так как по антимонопольному законодательству отказать коммерческим клиникам он не имеет права, но также не может и игнорировать требования своего непосредственного руководства (Минздрава).

Помимо бюджетных и частных клиник в субъекте Федерации функционирует клиника ФМБА, оказывающая специализированную и высокотехнологичную качественную медицинскую помощь. Объемы помощи по программе госгарантий также находятся в сфере их интересов, тем более, что оснащение клиники, высокий уровень их специалистов, хорошая репутация ведомства позволяет им оказывать высококачественную помощь и заслуженно претендовать на возмещение.

В связи недофинансированием в регионе у ФМБА сложилась такая же (как у частных клиник) практика возмещения понесенных расходов — «по факту уже оказанной помощи». Объективная невозможность удовлетворить потребности всех заинтересованных групп, а также возместить собственных расходов ФМБА, которых оказалось значительно больше чем ожидалось, привело к тому, что в распределение объемов выделяемой финансовой помощи вмешалось руководство ФМБА. Оно выступило с настоятельным «пожеланием» к Иванову об увеличении квот на объемы медицинской помощи для подведомственного им учреждения.

Иванов вынужден принимать решение о распределении объемов медицинской помощи, руководствуясь требованиями своего непосредственного начальства, а также в условиях неоднозначной интерпретации законодательства.

Частные клиники, поддерживаемые Национальной ассоциацией негосударственных медицинских организаций (НАНМО), апеллируют к антимонопольному законодательству.

Региональные органы власти требуют финансирования, адекватного для сохранения (и процветания) бюджетной системы здравоохранения в регионе.

Руководство ФМБА аргументирует потребностями населения в высококачественной медицинской помощи, оказываемой поставщиком медицинских услуг «со сложившейся репутацией» (таблица 2).

В регионе имеются также представители пациентских организаций по разным профилям заболевания, готовых отстаивать интересы своих подопечных.

Рассчитывать на поддержку СМО Иванов не может, так как они прежде всего заинтересованы в снижении количества судебных разбирательств. Руководители СМО стараются избегать долгих и запутанных судебных тяжб, которые ведут к выставлению им пеней, служащих существенной статьей их расходов и которые могут привести их к разорению. Поэтому СМО часто встают на сторону клиник и стараются быстрее замять дело, отказываясь отстаивать позицию ТФОМС в суде. Более того, СМО, ввиду экономии кадровых и временных ресурсов, не оказывают должной аналитической поддержки ТФОМС — не анализируют и не прогнозируют совместно с клиниками их потребности в объемах медицинской помощи заранее. Таким образом, все бремя аналитики и прогнозирования приходится на сотрудников ТФОМС, которые не имеют достаточно ресурсов для проведения таких исследований на качественном уровне.

Таблица 2. **Преимущества каждой группы поставщиков медицинских услуг**

Бюджетные МО	ФМБА	Коммерческие МО
Доверие пациентов	Доверие пациентов	Гибкость использования инструментов маркетинга для привлечения пациентов
Административный ресурс	Административный ресурс	Время
–	Кадровые ресурсы	Кадровая гибкость
–	Хорошее оснащение	–
–	Передовые технологии лечения	–

Источник: таблица составлена автором по материалам настоящего исследования

Основные стейкхолдеры

Минздрав региона и Региональные органы власти. Минздрав региона заинтересован в развитии и процветании подведомственных ему медицинских организаций (районных и областных клинических больниц) и требует от руководства ТФОМС такого распределения бюджетных средств на оплату медицинской помощи, чтобы подведомственные клиники могли с успехом развиваться.

Руководство Федерального медико-биологического агентства (ФМБА России) и его филиал в регионе. Имеет возможность и ресурсы оказывать медицинскую помощь на высоком уровне, в связи с чем лоббирует интересы подведомственных ему клиник в регионах, в том числе по вопросам увеличения объема медицинской помощи, оказываемой по программе госгарантий. Главный аргумент перераспределения объемов медицинской помощи в их пользу — высокий уровень квалификации их специалистов, превосходное оснащение, позволяющее выполнять сложные медицинские вмешательства, а также репутация надежных (по сравнению с частными игроками) поставщиков медицинских услуг.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) — верховный орган, разрабатывающий базовую программу ОМС. Среди основных его функций: финансирование целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования и контроль над целевым использованием финансовых средств в регионах. В дела региона ФОМС как правило не вмешивается, предлагая территориальным фондам решать возникающие у них проблемы с местным руководством.

Верховный суд РФ — осуществляет правосудие, чаще встает на сторону застрахованных лиц (пациентов), отказывает в удовлетворении исков ТФОМС и СМО, аргументируя тем, что медицинские организации не должны нести негативные последствия за недостатки планирования программы обязательного медицинского страхования или прогнозирования заболеваемости населения, а также за несвоевременность корректировки объемов медицинской помощи.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) — территориальный орган, создающийся в субъектах РФ и действующий на территории этих субъектов. ТФОМС

занимается вопросами и задачами функционирования системы, обеспечивающей гражданам право на получение бесплатной и доступной медицинской помощи. Для выполнения этих задач он занимается сбором страховых средств и их распределением между владельцами страховых полисов. ТФОМС на своей территории осуществляет разработку территориальных программ финансирования, проводит медико-экономическую экспертизу (МЭЭ) и экспертизу качества медицинской помощи (ЭКМП). Основная проблема руководителя ТФОМС — поиск баланса между конкурирующими стейкхолдерами разного уровня — медицинскими организациями, страховыми компаниями, органами государственного управления и фондом.

Страховые медицинские организации (СМО), поддерживаемые Всероссийским союзом страховщиков — негосударственные организации, работают в системе обязательного медицинского страхования по договорам с Территориальными фондами, в соответствии с которыми они получают финансирование для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам по территориальной программе¹. СМО обязаны осуществлять контроль за объемом и качеством предоставляемой медицинской помощи. Контроль проводится экспертами страховых медицинских организаций в лечебно-профилактических учреждениях. СМО обязана защищать интересы застрахованных граждан, в том числе в судебном порядке, предъявляя иски к медицинским учреждениям на материальное возмещение физического или морального ущерба. СМО также становятся заложниками ситуации, так как, несмотря на принцип «деньги следуют за пациентом», на практике стоит клинике принять чуть больше больных, чем ей предписала Комиссия, и страховщик оказывается меж двух огней. Выплатить деньги за оказанную помощь, значит войти в конфликт с ТФОМС и региональным министер-

¹ Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (далее — целевые средства). Для осуществления операций с целевыми средствами страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях, соответствующих требованиям, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации. (в ред. Федерального закона от 01.12.2014 N 418-ФЗ) пункт 6 статья 13 № 326-ФЗ.

ством, не выплатить — потонуть в судебных процессах.

Пациентские организации и общественность — требуют сохранить доступность качественной медицинской помощи для застрахованных лиц на прежнем уровне вне зависимости от формы собственности поставщика медицинских услуг.

Частные медицинские клиники — медицинские организации, предлагающие платные медицинские услуги и претендующие на бюджет ОМС для базового покрытия своих издержек, а также в целях привлечения потока пациентов.

Районные и областные больницы региона — бюджетные медицинские организации, старающиеся не допустить банкротства и драматической оптимизации.

Поле проблем (отраслевая проблематика)

Общая отраслевая проблематика

Отсутствие четкого нормативного регулирования в отрасли вызывает у всех её участников ряд затруднений [Шишкин, 2019, с. 34–38].

Минздрав региона и Региональные органы власти

Ценности: развитие и процветание подведомственных ему медицинских организаций (районных и областных клинических больниц).

Цели: создание условий для финансирования подведомственных клиник посредством увеличения объемов медицинской помощи.

Проблема: не получается, в рамках закона, создать условия для развития бюджетных медицинских организаций в регионе, которые бы могли обеспечить гражданам бесплатную и качественную медицинскую помощь в долгосрочной перспективе.

Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России)

Ценности (в сфере оказания медицинских услуг): качественно высокий уровень оказания медицинской помощи.

Цели (в сфере оказания медицинских услуг): оказание большего количества медицинских услуг по ОМС с целью оправдать свое присутствие в регионе.

Проблема: не получается развивать подведомственные медицинские учреждения в регионах за счет дополнительного регионального финансирования.

Федеральный фонд обязательного

медицинского страхования (ФОМС)

Ценности: обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Цели: справедливое распределение финансов в рамках базовой программы ОМС по субъектам РФ.

Проблема: не получается защитить права граждан на бесплатную медицинскую помощь без конфликта между разными сегментами разных поставщиков медицинских услуг и в рамках существующего финансирования.

Верховный суд РФ

Ценности: осуществление правосудия при защите прав пациентов.

Цели: защита интересов граждан при получении бесплатной медицинской помощи.

Проблема: не получается принять одинаково справедливое для всех стейкхолдеров решение, которое бы одновременно удовлетворяло требованиям антимонопольного законодательства и гарантировало бы сохранение прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС)

Ценности: быть гарантом выполнения программы госгарантий и сохранения финансовой устойчивости региона.

Цели: найти баланс между конкурирующими стейкхолдерами разного уровня – медицинскими организациями, страховыми компаниями, органами управления и сохранить при этом свою работу.

Проблема: не получается найти баланс между конкурирующими медицинскими организациями, обеспечив доступность бесплатных медицинских услуг для населения региона, оставшись в рамках бюджета.

Страховые медицинские организации (СМО)

Ценности: получение финансовой прибыли посредством оказания услуг контроля за объемом и качеством предоставляемой медицинской помощи.

Цели: избегать неоправданных издержек на ведение дел, избегать конфликтов с региональным Минздравом и ТФОМС.

Проблема: не получается работать с положительной прибылью в связи с высокими издержками на ведение судебных дел, которых не удается избежать.

Пациентские организации и общественность

Ценности: сохранение доступности качественной медицинской помощи для застрахованных лиц на прежнем уровне вне зависимости от формы собственности поставщика медицинских услуг и взаимоотношений между поставщиками медицинских услуг, страховыми посредниками и органами власти.

Цели: защита прав пациентов.

Проблема: добиться защиты прав граждан возможно только через суд, и все решения принимаются индивидуально. Защита прав пациентов отнимает много времени и сил.

Частные медицинские клиники

Ценности: извлечение финансовой прибыли посредством предоставления медицинских услуг.

Цели: увеличение пациенто-потока посредством привлечение объемов медицинской помощи по ОМС.

Проблема: не получается обеспечить адекватную рентабельность бизнесу в рамках справедливого распределения объемов медицинской помощи.

Районные и областные больницы региона

Ценности: работа в рамках своей уставной деятельности, удержание кадров

Цели: избежать банкротства, сохранить за собой объемы медицинской помощи.

Проблема: не получается удержать квалифицированных сотрудников из-за низких зарплат и плохой обеспеченности учреждений ресурсами.

Выбранный персонаж: Иванов — руководитель ТФОМС в указанном регионе.

Предпочтения Иванова

Ценности, значимые для Иванова: положительный (в глазах головной организации — ФОМС и непосредственного руководства территории) имидж как эффективного руководителя, что должно гарантировать ему позицию руководителя в долгосрочной перспективе и стабильный доход.

Цели, значимые для Иванова: 1) создание условий для адекватного финансирования тех медицинских организаций, которые в состоянии обеспечить застрахованным гражданам качественную и доступную медицинскую помощь; 2) достижение взаимодействия с медицинскими организациями и страховыми компаниями по вопросам аналитики и прогнозирования объемов медицинской помощи.

Варианты решений Иванова, их возможности, риски, бюджеты и прогнозы

Решение 1 (P1) — запрос дополнительного финансирования по базовой программе

Иванов, как руководитель ТФОМС, имеет право обозначить перед ФОМС имеющуюся проблему и указать на необходимость выделения дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Менеджерские стратегии: по отношению к ФОМС — соперничество-растворение, по отношению к медицинским организациям всех форм собственности — компромисс, по отношению к местным органам исполнительной власти — сотрудничество.

Риски менеджерские: ФОМС может рассмотреть такую просьбу Иванова как неумение или нежелание искать решение собственными силами. Тем самым, в глазах руководства Иванов проигрывает, а возможно и лишиться работы.

Риски юридические: отсутствуют

Возможности: вероятность выделения дополнительных объемов мала, т.к. для этого ФОМС придется перераспределять бюджет и ограничить в финансировании другие регионы.

Долговременные последствия: при регулярной настойчивой аргументации и поддержке органов исполнительной власти субъекта есть небольшой шанс что когда-нибудь ФОМС обратит внимание на проблемы региона и увеличит базовую программу для данного субъекта, найдя дополнительное финансирование.

Решение 2 (P2) — ужесточение требований к СМО и МО по вопросам анализа и прогнозирования

Иванов призывает СМО и МО более тщательно анализировать свои потребности и своевременно информировать о необходимости дополнительных объемов. При этом ссылается на нормативные документы, обязывающие их это делать. Для «закрепления успеха» пытается заручиться поддержкой (в виде официальных приказов) ФОМС и местного Минздрава.

Менеджерские стратегии: по отношению к

СМО и МО — соперничество, по отношению к местным органам исполнительной власти – уклонение-сотрудничество.

Риски менеджерские: успех решения во многом будет зависеть от авторитета Иванова и его лидерских позиций, а также от готовности руководства поддержать его решение.

Риски юридические: такие действия Иванов полностью находятся в рамках закона и оправданы с точки зрения его полномочий как руководителя ТФОМС.

Возможности: Иванов не только имеет право, но и обязан контролировать СМО и МО по вопросу предоставления своевременной и полной отчетности.

Долговременные последствия: для того, чтобы СМО и МО продолжали и дальше своевременно и регулярно предоставлять сведения о потребностях в медицинской помощи, от Иванова потребуется директивный подход и наличие фактических (а не только юридических) инструментов влияния в виде поддержки администрации региона ФФОМС.

Решение 3 (P3) — «наказание рублем» в ответ на необоснованные претензии об объемах

Иванов вынужденно соглашается на выделение дополнительных объемов медицинской помощи частным клиникам, но также договаривается со СМО об увеличении количества проверок в этих организациях и строго штрафует их за нарушение качества медицинской помощи. Также, для оплаты медицинской помощи сверх объема, Иванов дает указание СМО применять понижающие коэффициенты, что снижает суммарные выплаты.

Менеджерские стратегии: по отношению к коммерческим МО — соперничество, по отношению к СМО, Минздраву и больницам региона — сотрудничество, по отношению к ФМБА — уклонение.

Риски менеджерские: есть риск, что СМО не пойдут на такое сотрудничество, поскольку оно мало результативно.

Риски юридические: коммерческие клиники, поняв замысел Иванова, могут объединиться и предъявить судебные иски за чрезмерно жесткие меры контроля со стороны Иванова и СМО и неоправданность применения понижающих коэффициентов.

Возможности: размер возмещения по результатам судебных издержек в десятки раз может

превышать размеры штрафных санкций и есть риск, что клиники пойдут на такой риск ради сохранения своей доли рынка.

Долговременные последствия: в долгосрочной перспективе такая стратегия вряд ли позволит навести порядок в регионе. Действия ТФОМС и СМО не выглядят как забота о благе пациентов, а скорее, как попытка сохранить баланс при имеющемся бюджете. Велика вероятность, что пациентские организации встанут на защиту интересов граждан.

Решение 4 (P4) — активная позиция, снижение тарифа — «ни нашим, ни вашим»

Иванов прилагает усилия для снижения региональных тарифов на те виды медицинской помощи, которые пользуются спросом у коммерческих клиник, тем самым делая им невыгодным работу по ОМС. Таким образом, в системе остаются только бюджетные клиники региона, которым некуда деваться. Оставшееся от объемов медпомощи финансирование перераспределяется в пользу инвестиций в оснащение клиник и повышение квалификации медперсонала бюджетных клиник.

Менеджерские стратегии: по отношению к коммерческим МО — соперничество, по отношению к бюджетным МО и Минздраву — соперничество+сотрудничество, по отношению к ФМБА — растворение+соперничество.

Риски менеджерские: такие действия Иванова руководство вряд ли сочтет эффективным менеджментом, у МинЗдрава и ФФОМС появится основание уволить Иванова.

Риски юридические: такие действия Иванов вряд ли сможет юридически обосновать, со стороны ФФОМС и МинЗдрава к нему, как к руководителю, будут вопросы.

Возможности: реальной возможности положительно повлиять на работу клиник такая стратегия не принесет.

Долговременные последствия: такая стратегия скорее всего не заставит коммерческие клиники отказаться от работы по ОМС, однако, чтобы покрыть издержки, они будут снижать качество медицинской помощи. Для бюджетных клиник такая стратегия Иванова также не принесет пользы и приведет к оттоку кадров как следствие низких зарплат.

Решение 5 (P5) — государственно-частное партнерство

Иванов убеждает свое руководство, что про-

блему конкуренции можно частично решить с помощью государственно-частного партнерства. В регионе формируются ГЧП-проекты с участием коммерческих и бюджетных МО, позволяющие частным клиникам стабильно получать финансирование по ОМС в обмен на их инвестиции в инфраструктуру бюджетных медорганизаций.

Менеджерские стратегии: по отношению к Минздраву, бюджетным и коммерческим клиникам — компромисс, по отношению к СМО и ФМБА — уклонение.

Риски менеджерские: не все частные клиники имеют финансовую возможность, а также ориентацию на долгосрочное развитие, поэтому ГЧП проекты не всем будут выгодны.

Риски юридические: для реализации такой стратегии региону необходимо будет решить много юридических формальностей, связанных с ГЧП, что потребует сил, времени, а законодательство в области ГЧП также пока неоднозначно.

Возможности: Иванов показывает себя руководством региона как эффективный менеджер и стратег.

Долговременные последствия: при удачном

стечении обстоятельств, заинтересованности администрации региона и готовности коммерческих клиник такая расстановка сил поможет частично предотвратить банкротство бюджетных МО и удовлетворить аппетиты коммерческих клиник.

Для администрации региона подобные успешные проекты позволят продемонстрировать свои способности.

Анализ предложенных Ивановым решений p1-p8 и дополнительных к ним возможных решений

Наиболее предпочтительным для Иванова — решение № 2, поскольку оно позволяет сохранить отношения с органами власти и, в тоже время, действовать в рамках закона и на основании уже принятых постановлений. Подробный анализ своих потребностей и своевременное информирование о необходимости дополнительных объемов медицинской помощи — обязанность всех медицинских и страховых организаций.

Такая стратегия позволяет Иванову рассчитывать на поддержку ФОМС и местного Минздрава и действовать в рамках закона.

Таблица 4. **Взаимодействие разных стейкхолдеров при распределении объемов медицинской помощи и Итоговая матрица менеджерских решений Иванова**

	ФОМС	Рук-во ФМБА и его филиал в регионе	Верховный суд	Минздрав региона и Региональные органы власти	ТФОМС	СМО и Союз страховщиков	Пациентские организации и общественность	Районные больницы	Частные МО
ФОМС									
Рук-во ФМБА									
Верховный суд									
Минздрав региона и Региональные органы власти									
ТФОМС	P1; P2; P4			P4; P5		P2; P3;		P2; P4; P5	P2; P3; P4; P5
СМО и Союз страховщиков									
Пациентские организации									
Районные больницы									
Частные МО									

Источник: таблица составлена автором по материалам настоящего исследования

Обсуждение

На момент написания статьи Госдума РФ приняла поправки в законопроект об обязательном медицинском страховании. После вступления в силу новых поправок, медицинские центры ФМБА будут финансироваться напрямую из бюджета ФФОМС. Таким образом, с территориальных фондов будет снята ответственность за взаимодействие с медицинскими центрами, подконтрольными федеральным органам власти. Указанные изменения частично решают вопрос распределения бюджетов в регионах и борьбу за объемы медицинской помощи.

Поскольку клиники ФМБА обладают большими преимуществами и несут дополнительную ценность для пациентов с точки зрения качественной и доступной высокотехнологичной помощи, решение об отдельном подходе к финансированию несомненно справедливо.

Внесение данных поправок свидетельствует о том, что проблема перераспределения объемов медицинской помощи действительно существует и значима не только для одного отдельно взятого региона, но в масштабах всей страны. Возможность диалога с федеральными органами власти и нахождение в результате неких (возможно, не всегда универсальных и идеальных) решений, внушают оптимизм.

Тем не менее, проблема недостаточного финансирования отечественного здравоохранения, остается и требует системных вопросов, а также

долгосрочных и постоянных усилий со стороны всех участников рынка медицинского страхования.

Заключение

Данный кейс формате Кейкис [Киселев, 2018] отражает процесс стратегирования руководителя среднего звена. Характерной особенностью описания проблематики можно считать то, что ситуация рассматривается не с позиции наиболее привычных субъектов медицинского рынка – пациента и врача, а с позиции руководителя фонда медицинского страхования [Гайдаенко, 2006].

Описанная в статье проблематика отражает типичную для здравоохранения ситуацию переходного периода, когда система здравоохранения переходит с полностью государственной модели финансирования, на бюджетно-страховую с элементами рыночной экономики. Масштаб страны и высокие амбиции высшего руководства по развитию высокотехнологичной, и в тоже время доступной, медицинской помощи, часто идут вразрез с реальными возможностями отрасли.

Адаптивные регуляторные механизмы и высокая степень неопределенности в сочетании с большой ответственностью руководителей можно рассматривать как характерные особенности такого периода, что требует от руководителей всех уровней владения навыками стратегирования.

Конфликт интересов

Автор подтверждает, что представленные данные не содержат конфликта интересов.

Список источников

1. Андреева, 2015 — *Андреева Е. В.* Страховая деятельность и ее регулирование на современном страховом рынке / Е. В. Андреева, О. И. Русакова. Иркутск : БГУЭП, 2015. 160 с. ISBN 978-5-7253-2836-3.
2. Борзунова, 2010 — *Борзунова О. А.* Комментарий к Федеральному закону от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» / О. А. Борзунова. Москва : Юстицинформ, 2010. 376 с. 2010, ISBN 978-5-7205-1055-8.
3. Гайдаенко, 2006 — *Гайдаенко Т. А.* Маркетинговое управление. Полный курс MBA. Принципы управленческих решений и российская практика / Т. А. Гайдаенко. Москва : Эксмо, 2006. 496 с. ISBN: 5-699-14180-4.
4. Киселев, 2018 — *Киселев В. Д.* Как написать авторский проектный социально-экономический кейс в формате КЕЙКИС / В. Д. Киселев. Москва : Галактика, 2018. 320 с. ISBN: 978-5-9500662-5-2.
5. Русакова, 2017 — *Русакова О. И.* Состояние и проблемы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации / О. И. Русакова // *Baikal Research Journal*. 2017. Т. 8. № 1. С. 3. DOI: 10.17150/2411-6262.2017.8(1).3.
6. Савельева, 2015 — *Савельева Ж. В.* Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян / Ж. В. Савельева, Л. М. Мухарямова, И. Б. Кузнецова // *Мир России = Universe of Russia*. 2018. Т. 27. № 3. С. 154–179. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179.

7. Тараник, 2015 — *Тараник М. А. Анализ процесса контроля качества оказания медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования / М. А. Тараник, Г. Д. Копаница // Вестник Томского государственного университета. Управление, вычислительная техника и информатика = Tomsk State University Journal of Control and Computer Science. 2015. № 3 (32). С. 75–84. DOI: 10.17223/19988605/32/8.*
8. Улумбекова, 2015 — *Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с. ISBN 978-5-9704-3405-5.*
9. Урываева, 2014 — *Урываева О. Е. Проблемы современной системы обязательного медицинского страхования в России и пути ее совершенствования / О. Е. Урываева, А. Ш. Галимова // Проблемы экономики и менеджмента. 2014. № 7 (35). С. 41–44. ISSN: 2223-5213.*
10. Шишкин, 2019 — *Шишкин С. В. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития / С. В. Шишкин [и др.]. Москва, НИУ ВШЭ, 2019. 100 с.*

References

1. Andreeva E. V. *Strakhovaya deyatel'nost' i yeye regulirovaniye na sovremenном strakhovom rynke* [Insurance activity and its regulation in the modern insurance market]. E. V. Andreeva, O. I. Rusakova. Irkutsk : Baikal State University Publ., 2015. 160 p. ISBN 978-5-7253-2836-3 (in Russ.).
2. Borzunova O. A. *Kommentariy k Federal'nomu zakonu ot 24 iyulya 2009 g. № 212-FZ "O strakhovykh vzosakh v Pensionnyy fond Rossiyskoy Federatsii, Fond sotsial'nogo strakhovaniya Rossiyskoy Federatsii, Federal'nyy fond obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya i territorial'nyye fondy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya"* [Commentary to the Federal Law of July 24, 2009 No. 212-FZ "On insurance contributions to the Pension Fund of the Russian Federation, the Social Insurance Fund of the Russian Federation, the Federal Mandatory Health Insurance Fund and territorial compulsory medical insurance funds"]. O. A. Borzunova. Moscow : Yustitsinform Publ., 2010. 376 p. 2010, ISBN: 978-5-7205-1055-8 (in Russ.).
3. Gaidaenko T. A. *Marketingovoye upravleniye. Polnyy kurs MBA. Printsipy upravlenche-skikh resheniy i rossiyskaya praktika* [Marketing management. Complete MBA course. Principles of management decisions and Russian practice]. T. A. Gaidaenko. Moscow: Eksmo Publ., 2006. 496 p. ISBN: 5-699-14180-4 (in Russ.).
4. Kiselev V. D. *Kak napisat' avtorskiy proyektnyy sotsial'no-ekonomicheskiy keys v formate KEYKIS* [How to write an author's project socio-economic case in the KEIKIS format]. V. D. Kiselev. Moscow : Galaktika Publ., 2018. 320 p. ISBN: 978-5-9500662-5-2 (in Russ.).
5. Rusakova O. I. *Sostoyaniye i problemy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v Rossiyskoy Federatsii* [Status and problems of compulsory health insurance in the Russian Federation]. O. I. Rusakova. *Baikal Research Journal*. 2017; 8(1): 3. DOI: 10.17150/2411-6262.2017.8 (1).3 (in Russ.).
6. Savelyeva Zh. V. *Sotsial'naya spravedlivost' v zdavookhraneni: opyt i otsenki rossiyan* [Social justice in health care: experience and assessments of Russians]. Zh. V. Savelyeva, L. M. Mukharyamova, I. B. Kuznetsova. *Universe of Russia*. 2018; 7(3): 154–179. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-154-179 (in Russ.).
7. Taranik M. A. *Analiz protsessa kontrolya kachestva okazaniya meditsinskoy pomoshchi v ramkakh programmy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya* [Analysis of the process of quality control of medical care in the framework of the compulsory health insurance program]. M. A. Taranik, G. D. Kopanitsa. *Tomsk State University Journal of Control and Computer Science*. 2015; 3(32): 75–84. DOI: 10.17223/19988605/32/8 (in Russ.).
8. Ulumbekova G. E. *Zdavookhraneniye Rossii. Chto nado delat'* [Healthcare of Russia. What to do]. Moscow : GEOTAR-Media Publ., 2015. 704 p. ISBN: 978-5-9704-3405-5 (in Russ.).
9. Uryvaeva O. E. *Problemy sovremennoy sistemy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v Rossii i puti yeye sovershenstvovaniya* [Problems of the modern system of compulsory health insurance in Russia and ways to improve it]. O. E. Uryvaeva, A. Sh. Galimova. *Problemy ekonomiki i menedzhmenta* [Problems of Economics and Management]. 2014; 7(35): 41–44. ISSN: 2223-5213 (in Russ.).
10. Shishkin S. V. *Analiz sostoyaniya strakhovoy meditsiny v Rossii i perspektiv yeye razvitiya* [Analysis of the state of insurance medicine in Russia and the prospects for its development]. S. V. Shishkin [et al.]. Moscow : HSE Publ., 2019. 100 p. (in Russ.).

Информация об авторе:

Зуенкова Юлия Александровна — Российский Университет Дружбы Народов (РУДН), ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, 117198, Россия. SPIN-код: 2046-3170, Author ID (РИНЦ): 1060917.

Information about the author:

Zuenkova Yuliya A. – Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), 6 Miklukho-Maklaya str., Moscow, 117198, Russia. SPIN-code: 2046-3170, Author ID (RCSI): 1060917.

*Статья поступила в редакцию 01.12.2020; одобрена после рецензирования 24.12.2020; принята к публикации 24.12.2020.
The article was submitted 12/01/2020; approved after reviewing 12/24/2020; accepted for publication 12/24/2020.*