

Роль изменений Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования для оценки эффективности деятельности медицинских организаций

Е. В. Смирнова

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Россия, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

Аннотация

Развитие оценочного подхода к определению эффективности деятельности медицинских организаций, введение различных показателей оценки оказания медицинской помощи являются одним из механизмов повышения ее качества и доступности для населения. Корректировка нормативных правовых документов, регламентирующих деятельность сферы обязательного медицинского страхования с учетом изменений, в том числе происходящих в здравоохранении Российской Федерации в целом, – необходимое требование для актуализации подходов к выбору адекватных критериев оценки.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, оценка эффективности, медицинская организация, тарифное соглашение, показатели результативности.

Для цитирования: Смирнова Е. В. Роль изменений Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования для оценки эффективности деятельности медицинских организаций // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3. – № 2. – С. Ivanov A.V. Changes in The System of Postgraduate Training. City Healthcare. 2022;3(2): 51-57 doi: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i2; 58-64 doi: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i2;58-64

The role of changes in the Tariff agreement in the field of compulsory health insurance for assessing the effectiveness of medical organizations

E. V. Smirnova

GBU «Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department » (Moscow, Russia)

Аннотация

The development of an evaluative approach to determining the effectiveness of medical organizations, the introduction of various indicators for assessing the provision of medical care is one of the mechanisms for improving its quality and accessibility for the population. Correction of regulatory legal documents regulating the activities of the sphere of compulsory medical insurance, taking into account changes, including those taking place in the healthcare of the Russian Federation as a whole, is a necessary requirement for updating approaches to the selection of adequate assessment criteria.

Keywords: primary health care, efficiency assessment, medical organization, Tariff agreement, performance indicators.

For citation: Smirnova EV. The role of changes in the Tariff agreement in the field of compulsory health insurance for assessing the effectiveness of medical organizations. City Healthcare. 2022;3(2):58-64 doi: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i2;58-64

© Автор(ы) сохраняет за собой авторские права на эту статью.

© Это произведение доступно по лицензии Creative Commons Attribution-ShareAlike («Атрибуция-СохранениеУсловий») 4.0 Всемирная.

© Author(s) retain the copyright of this article.

© This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International.

Введение

Медицинские организации, предоставляющие населению первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, включены в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС).

В связи с этим любые изменения опций, характеризующих функционирование системы, в той или иной степени отражаются на результативности ее субъектов и, как следствие, требуют корректировки оценочных показателей.

Так, в Государственной Думе Российской Федерации до настоящего времени ожидает второго чтения проект Федерального закона «О внесении изменений в статью 32 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который был анонсирован как направленный на «повышение роли страховых медицинских организаций в защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» и де-юре вводящий так называемый «рейтинг страховых медицинских организаций (СМО)». Данный рейтинг подразумевает ежеквартальную оценку СМО на основе утвержденных показателей их деятельности территориальными фондами ОМС с последующей публикацией в сети Интернет результатов проверок. Цель данного рейтинга – дать возможность застрахованным лицам самостоятельно выбирать ту или иную организацию¹.

Более того, Минздравом России опубликована новая версия Типового договора о финансовом обеспечении ОМС, заключаемого между территориальным фондом ОМС и СМО. В обновленном договоре скорректированы (точнее, упрощены) показатели эффективности деятельности СМО, а также сокращен список нарушений, за которые страховщик наказывается штрафом².

После существенного реформирования перечня ключевых показателей деятельности СМО, свидетельствующего об эффективности работы компании в регионе, из его списка исключены такие пункты, как:

- доля умерших застрахованных, не прошедших диспансеризацию и не обратившихся за медпомощью;

- наличие круглосуточного многоканального телефона для застрахованных;

- показатели смертности среди застрахованного населения и другие.

В качестве основных показателей эффективности СМО предлагают учитывать:

- долю информированных застрахованных;
- количество обоснованных жалоб пациентов и медорганизаций, проверенных СМО по случаям лечения;
- качество обслуживания клиентов СМО.

Ряд жалоб застрахованных, поступающих в СМО, традиционно касаются выдачи и замены полисов ОМС, проблем, связанных с недостатками работы страховых представителей, и иных организационных вопросов, не отражающих собственно предоставление, качество и доступность медицинской помощи и в целом ее результативность. Поэтому сегодня можно говорить о смещении акцентов реформирования нормативного регулирования сферы ОМС в части защиты прав застрахованных лиц на показатели, характеризующие деятельность собственно медицинских организаций.

В этой связи унификация оценки деятельности последних, закрепленная на федеральном уровне, представляется особенно важной.

Цель исследования

Анализ изменений, внесенных в структуру и содержание тарифного соглашения в сфере ОМС, и влияние нововведений на развитие оценочного потенциала эффективности деятельности медицинских организаций.

Материалы и методы

В исследовании применен метод контент-анализа нормативных актов, регулирующих основные характеристики и показатели деятельности субъектов и участников системы ОМС. Проведен анализ содержания различных версий тарифного соглашения, заключаемого в системе ОМС, с точки зрения совершенствования подходов к оценке результативности предоставления населению первичной медико-санитарной помощи.

¹ Законопроект № 875655-7 «О внесении изменений в статью 32 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в части повышения роли страховых медицинских организаций в защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования) // URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/875655-7>

² Проект приказа Минздрава России «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» // URL: <https://regulation.gov.ru/projects#npa=127138>

Результаты и обсуждение

Тарифное соглашение в сфере ОМС – документ, заключаемый между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) (далее – Тарифное соглашение)³.

До 2021 г. требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения устанавливались Федеральным фондом ОМС (приказ ФОМС от 21.11.2018 № 247)⁴.

С 2021 г. требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения устанавливает уполномоченный федеральный орган исполнительной власти на основании приказа Минздрава России от 20.12.2020 № 1397н⁵.

Согласно установленному порядку в Тарифном соглашении обязательно должны быть прописаны:

- способы оплаты медицинской помощи с перечнем оказываемых медицинских услуг;
- перечень страховых медицинских и медицинских организаций, допущенных к работе на территории региона в указанном году;
- размер, структура и методика расчета тарифов.

Также в рамках Тарифного соглашения в течение года выпускаются отдельные дополнения, касающиеся корректировки тарифов, расчетов, выпуска инструкций и т. п.

В ходе проводимого Счетной палатой РФ экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» (отчет о результатах утвержден 30 марта 2021 г.) были рассмотрены вопросы выбора наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе для обеспечения ее

качества и доступности застрахованным лицам⁶. Эксперты Счетной палаты отобрали показатели, характеризующие доступность и качество амбулаторной медицинской помощи, из числа аналогичных, перечисленных в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Проанализировав данные, сделали вывод, что применяемый способ оплаты амбулаторной помощи по подушевому принципу не стимулирует профилактическую деятельность «ввиду исключения из подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц затрат на профилактическую деятельность, включая диспансеризацию прикрепленного населения, профилактические приемы, в том числе деятельность центров здоровья». В связи с изложенным аудиторы сошлись на том, что применение способа оплаты по подушевому нормативу без учета показателей результативности при расчетах за первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), оказанную в амбулаторно-поликлинических условиях, не стимулирует медицинские организации к повышению эффективности их деятельности.

Возможность применения подобных показателей при оплате была включена в Тарифное соглашение практически с момента его использования в качестве межведомственного документа, регламентирующего оплату медицинской помощи, предоставленной по ОМС. Однако рекомендательный характер данной опции оставлял закрепленную де-юре для субъектов РФ возможность «тотальной платы» – без учета результативности, только за факт оказания. Несмотря на это, ряд территориальных фондов ОМС заключали соглашения с учетом утвержденного на региональном уровне перечня показателей результативности^{7,8}.

Учитывая назревшую необходимость введения единых критериев эффективности, обязательных к исполнению каждой медицинской организацией, работающей в системе ОМС, Минздравом России был внесен ряд изменений в требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения⁹. В исследовании проанализированы изменения, способные влиять на возможность оценки деятельности МО, а также сравнения данных изменений (табл. 1).

³ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁴ Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию Тарифного соглашения».

⁵ Приказ Минздрава России от 20.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию Тарифного соглашения».

⁶ Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации». URL: <https://ach.gov.ru/checks/schetnaya-palata-proanalizirovala-rossiyskuyu-sistemu-oms>.

⁷ Приложение № 5 к Протоколу Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС Пермского края от 30.12.2020 № 13 «Тарифное соглашение по ОМС на территории Пермского края на 2021 год» // URL: <http://www.pkfoms.ru/RegRefInfo/tpoms/Pages/Tarif.aspx>

⁸ Тарифное соглашение по ОМС на территории Воронежской области на 2021 год. Подписано 29 декабря 2020 г. // URL: sp2.zdrav36.ru/files/hytuBAIlg_TARIFNOE_SOGLASHENIE_na_2021_god.pdf

⁹ Приказ от 14 января 2022 г. № 11н «О внесении изменений в требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. № 1397н».

Таблица 1. Сравнение норм, определяющих требования к Тарифному соглашению по ОМС согласно изменениям, внесенным в приказы Минздрава России

Table 1. Comparison of the norms that determine the requirements for the Tariff Agreement for Compulsory Medical Insurance according to the changes made to the orders of the Health Ministry of Russia

Формулировка согласно приказу Минздрава № 1397н	Формулировка согласно приказу Минздрава № 11н	Принципиальные отличия
<p>при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;</p> <p>1.2) за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу).</p> <p>Способ оплаты медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) используется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:</p> <p>а) при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;</p> <p>б) при оплате следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;</p>	<p>1.2) за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу).</p> <p>Способ оплаты медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) используется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:</p> <p>а) при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;</p> <p>б) при оплате следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации), а также молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала;</p> <p>в) при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией, и источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;</p> <p>г) при оплате углубленной диспансеризации;</p>	<p>Введенные изменения закрепляют возможность получения дополнительных средств при обслуживании некрепленного населения и стимулируют мероприятия по углубленной диспансеризации.</p> <p>Введенные изменения позволяют дополнительно учитывать все диагностические исследования, связанные с новой коронавирусной инфекцией.</p>

Формулировка согласно приказу Минздрава № 1397н	Формулировка согласно приказу Минздрава № 11н	Принципиальные отличия
<p>1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:</p> <p>1.1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), в том числе:</p> <p>с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) или без учета показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи);</p> <p>с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), или без включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;</p>	<p>1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:</p> <p>1.1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установленных в приложении к настоящим Требованиям, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи.</p> <p>В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология" и (или) "Стоматология", по которым осуществляется оплата первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи соответственно по профилю "Акушерство и гинекология" и "Стоматология"...</p> <p>Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ.</p>	<p>Новая формулировка позволила конкретизировать порядок оплаты помощи неприкрепленному к МО контингенту, исключив неопределенность ее оплаты внутри/вне «подушевика».</p> <p>Внесенные изменения в обязательном порядке закрепили требование к учету показателей результативности МО, то есть эффективность работы влияет на размер финансирования.</p> <p>Утверждены единые показатели:</p> <ul style="list-style-type: none"> – качественная характеристика эффективности; – показатели объемов как количественная характеристика.

Оптимизация тарифной политики в сфере ОМС – неотъемлемый элемент совершенствования функционирования всех звеньев системы ока-

зания медицинской помощи, гарантированной государством с учетом региональных особенностей субъектов Российской Федерации [1, 2].

Регламентированное приказом Минздрава России внесение изменений в Тарифное соглашение в целом соответствует общей тенденции развития сферы ОМС и динамике организационно-структурных процессов в ней (перераспределение функций между участниками и субъектами ОМС, новые вызовы эпидемиологической обстановки и т. п.). В то же время частичный возврат использования способа оплаты «за услугу» при расширении спектра оказания медпомощи в амбулаторных условиях может носить двоякий характер, т. к. потенциально допускает возможности появления таких негативных последствий, как приписки или гипердиагностика [3–5].

Однако большинство изменений и дополнений носят, безусловно, позитивный характер и способны в значительной степени нивелировать замечания и претензии Счетной палаты. Например, введение пункта о выделении нормативов финансирования на первичную медико-санитарную помощь прикрепившимся по профилям «Акушерство и гинекология» и «Стоматология», отдельно предусмотренные средства на углубленную диспансеризацию и исключение возможности оплаты по «подушевому принципу» без учета результативности. Особо следует отметить установленные в приложении к Тарифному соглашению единые показатели результативности деятельности медицинской организации (далее – показатели результативности), включая данные по объему медицинской помощи, отражающие реальную практическую эффективность деятельности МО.

Заключение

Хотя ключевой целью заключаемого в субъекте Российской Федерации Тарифного соглашения является установление адекватных способов оплаты за оказанную на его территории медицинскую помощь и неразрывно связанный с ним порядок формирования тарифов, включение общих для всех медицинских организаций субъекта показателей результативности в качестве обязательного компонента Тарифного соглашения позволяет сформировать единую базовую систему оценки эффективности деятельности медицинских организаций, предоставляющих ПМСП.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interest.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Funding: the authors received no financial support for the research.

Список литературы

1. Шишкин, С. В. Территориальная дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в ОМС / С. В. Шишкин, О. Ф. Понкратова // Вопросы государственного и муниципального управления. 2021. № 1. С. 75-98. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/territorialnaya-differentsiatsiya-tarifov-na-oplatu-meditsinskoj-pomoschi-v-oms> (дата обращения: 19.05.2022)

2. 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 БГУ. 2019. № 1. С. 138-145. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-tarifnoy-politiki-v-sfere-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-subekte-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 18.05.2022)

3. Попенко, Е. В. Способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в системе ОМС // Проблемы современной экономики (Новосибирск). 2016. № 30. С. 17-24 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sposoby-oplaty-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomoschi-v-sisteme-oms> (дата обращения: 07.06.2022)

4. Тимофеев, А. В. Противодействие преступлениям в сфере обязательного медицинского страхования // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. 2019. № 1 (81). С. 165-170. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/protivodeystvie-prestupleniyam-v-sfere-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya> (дата обращения: 07.06.2022)

5. Фадеева, В. А. Проблема достоверности информации в системе обязательного медицинского страхования в контексте реализации конституционного права на бесплатное оказание медицинской помощи // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Экономика. Управление. Право. 2021. № 2. С. 206-214 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-nedostovernosti-informatsii-v-sisteme-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-kontekste-realizatsii-konstitutsionnogo> (дата обращения: 07.06.2022)

References

1. Shishkin, S. V. Territorial differentiation of tariffs for payment of medical care in CHI / S.V. Shishkin, O.F. Ponkratova // Issues of state and municipal management. 2021. № 1. pp. 75-98. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/territorialnaya-differentsiatsiya-tarifov-na-oplatu-meditsinskoj-pomoschi-v-oms> (date of access: 05/19/2022)

2. Sukhodolov, A. P. Optimization of the tariff

policy in the field of compulsory medical insurance in the subject of the Russian Federation / A. P. Sukhodolov, L. I. Menshikov, N. N. Yasko, O. A. Laryushkina, A. L. Sannikov, B. A. Spasennikov // Izvestiya BGU. 2019. No. 1. pp. 138-145. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-tarifnoy-politiki-v-sfere-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-subekte-rossiyskoy-federatsii> (date of access: 05/18/2022)

3. Popenko, E. V. Methods of payment for outpatient care in the CHI system // Problems of the modern economy (Novosibirsk). 2016. No. 30. pp. 17-24 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sposoby-oplaty-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomoschi-v-sisteme-oms> (date of access: 06/07/2022)

4. Timofeev, A. V. Counteraction to crimes in the field of compulsory medical insurance // Bulletin of the St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia. 2019. No. 1 (81). pp. 165-170. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/protivodeystvie-prestupleniyam-v-sfere-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya> (date of access: 06/07/2022)

5. Fadeeva, V. A. The problem of unreliability of information in the system of compulsory medical insurance in the context of the implementation of the constitutional right to free medical care // Izv. Sarat. University Nov. ser. Ser. Economy. Control. Right. 2021. № 2. pp. 206-214 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-nedostovernosti-informatsii-v-sisteme-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-kontekste-realizatsii-konstitutsionnogo> (date of access: 06/07/2022).

Информация об авторе:

Смирнова Елена Викторовна – научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Россия, г. Москва, Шарикоподшипниковская ул., 9.

Information about authors:

Elena V. Smirnova – researcher of the State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 9, Sharikopodshipnikovskaya St., Moscow, 115088, Russian Federation.

Для корреспонденции:

Смирнова Елена Викторовна

Correspondence to:

Elena V. Smirnova

SmirnovaEV13@zdrav.mos.ru