

УДК 338.23

ТРАНСАКЦИОННЫЕ ИЗДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Школьник Е.В.

*Чебоксарский кооперативный институт (филиал) Российского университета кооперации,
Чебоксары, e-mail: eshkolnik@rambler.ru*

Проблема улучшения качества медицинского обслуживания населения при формировании национальной системы организации здравоохранения в России решается посредством создания и совершенствования института страховой медицины, который помимо выполнения своей главной функции – сохранения здоровья населения, должен содействовать упорядочению функционирования рынка медицинских услуг и минимизации транзакционных издержек всех его субъектов, в том числе пациентов. Будучи потребителями бесплатных медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, пациенты получают не только выгоды, но несут и издержки, большую долю которых составляют транзакционные издержки. В связи с этим в статье основное внимание уделено выявлению транзакционных издержек пациентов и причин их возникновения. На основе анализа системы организации медицинской помощи определены источники транзакционных издержек пациентов как субъектов спроса на рынке медицинских услуг, оказываемых за счет средств фондов обязательного медицинского страхования. Существующие согласно общепринятой классификации виды транзакционных издержек, а именно издержки поиска информации и выявления альтернатив, издержки ведения переговоров и заключения контрактов, издержки измерения, издержки спецификации и защиты прав собственности, издержки оппортунистического поведения, подробно охарактеризованные в статье применительно к пациентам, дополнены одним новым видом – издержками регламентации, возникающими вследствие излишнего регламентирования деятельности медицинских организаций и действий пациентов при получении медицинских услуг государственным институтом обязательного медицинского страхования. Результаты исследования и выводы могут быть учтены при разработке направлений совершенствования системы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в России.

Ключевые слова: медицинская услуга, рынок медицинских услуг, качество медицинских услуг, система обязательного медицинского страхования, транзакционные издержки, классификация видов транзакционных издержек пациентов, издержки регламентации

TRANSACTION COSTS OF PATIENTS IN THE SYSTEM OF MANDATORY HEALTH INSURANCE

Shkolnik E.V.

*Cheboksary cooperative institute (branch), Russian University of Cooperation,
Cheboksary, e-mail: eshkolnik@rambler.ru*

The problem of improving the quality of medical care in the formation of a national system of health care organization in Russia is solved through the establishment and improvement of the institute of health insurance. In addition to its main function – to preserve the health of the population, it should help to streamline the functioning of the health care market and minimize the transaction costs of all his subjects, including patients. As consumers of free medical services in the health insurance system, patients receive not only the benefits but also bear the costs, a most of which are transaction costs. In this regard, the article focuses on identification of the transaction costs of patients and their causes. The sources of transaction costs of patients as subjects of demand in the market of medical services, provided at the expense of mandatory health insurance funds are identified basing on the analysis of medical aid organization. According to the existing standard transaction costs classification there are the costs of information search and identify alternatives, the cost of negotiating and contracting, cost measurement, cost specification and protection of property rights, the costs of opportunistic behavior, described in detail in the article in relation to patients. We also supplemented it by a new type of – costs of regulation arising from the excessive regulation of medical organizations and actions of patients in obtaining health care institute of mandatory health insurance. Results and conclusions can be taken into account in the development of ways of improving the system of organization of health care and mandatory health insurance in Russia.

Keywords: medical services, health care market, quality of health services, mandatory health insurance system, transaction costs, transaction costs of patients classification, regulatory costs

Объективная необходимость реформирования системы российского здравоохранения, происходящего методом «проб и ошибок», привела к созданию экономических и правовых институтов, призванных, с одной стороны, сохранять здоровье и повышать качество медицинского обслуживания в целях обеспечения достаточного уровня жизни населения, а с другой сто-

роны, обеспечивать порядок и устранять неопределенность в функционировании рынка медицинских услуг. Одним из показателей эффективности экономических институтов является величина транзакционных издержек субъектов рынка. В экономической литературе проводится анализ транзакционных издержек субъектов предложения на рынке медицинских услуг [3, 6],

но недостаточно исследованной остается проблема трансакционных издержек пациентов как субъектов спроса, характеристика различных видов которых позволит выявить совокупность факторов, на них влияющих, в том числе связанных с несовершенством современной системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

В результате перехода от страховой и платной медицины в России начал формироваться рынок медицинских услуг как результатов полезной деятельности медицинских учреждений, выражающихся в сохранении и улучшении здоровья пациента.

Субъектами рынка медицинских услуг являются продавцы, посредники и покупатели. Продавцы медицинских услуг – это организации различных организационно-правовых форм и форм собственности системы государственного, муниципального и частного здравоохранения, оказывающие как услуги по системе ОМС, так и платные услуги. На стороне этих продавцов лежит предложение взаимодополняемых и взаимозаменяемых, то есть конкурентных медицинских услуг. Конкуренция между продавцами оказывает влияние не только на предложение услуг и их цены, но и на спрос на медицинские услуги, так как особенностью рынка медицинских услуг является то обстоятельство, что потребители имеют слабое представление о необходимых им услугах.

Субъектами спроса, то есть покупателями на рынке медицинских услуг, являются пациенты, работодателями – страхователи и государство. Пациент является субъектом рыночного спроса при приобретении платных услуг и бесплатных услуг в системе ОМС, ибо в зависимости от организации отношений между покупателем (пациентом) и производителем структура российского рынка медицинских услуг состоит из рынка медицинских услуг по системе ОМС и рынка платных медицинских услуг, в том числе получаемых по системе добровольного страхования.

Бесплатные услуги – это услуги, оказываемые медицинскими организациями за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений в виде финансирования федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения.

Посредниками между продавцами и покупателями на рынке медицинских услуг являются страховые организации, действующие на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ.

В мире существуют сотни систем медицинского или социального страхования, дающие возможность получать бесплатную помощь. Функционирующую в настоящее время в России одноканальную модель финансирования здравоохранения за счет целевых взносов трудящихся, работодателей и субсидий государства можно назвать бюджетно-страховой [5]. Денежные средства во все лечебно-профилактические учреждения государственной и муниципальной формы собственности поступают через Фонды обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС). Из средств бюджета финансируется лишь закупка дорогостоящего оборудования и капитальный ремонт медучреждений. Доходы ФОМС формируются за счет страховых взносов работодателей. Размеры страховых взносов планируются исходя из общегосударственных прогнозируемых расходов в расчете на все категории застрахованного населения и не связаны с объемом медицинской помощи, которую застрахованный может получить [10].

С одной стороны, чем больше фонд заработной платы, тем большую в абсолютном значении сумму страховых взносов перечисляют работодатели в ФОМС и тем больше возможностей у ФОМС для финансирования деятельности медицинских учреждений в целях оказания медицинских услуг. С другой стороны, чем больше отчисления работодателей в ФОМС, тем меньше возможностей для увеличения заработной платы работникам. Таким образом, существует прямая зависимость между динамикой заработной платы и динамикой страховых взносов в ФОМС, и обратная зависимость между динамикой страховых взносов и динамикой заработной платы. Поэтому застрахованные пациенты, несущие бремя страховых взносов, являются полноправными участниками сделок – субъектами спроса на рынке медицинских услуг, получающими выгоды, но и несущими издержки, в том числе трансакционные. Однако в настоящее время проблема трансакционных издержек пациентов и их видов остается неизученной, что свидетельствует об актуальности направления исследования в данной статье.

Наиболее значим анализ трансакционных издержек, возникающих у пациентов как потребителей услуг, представляющимися бесплатными, в рамках ОМС. Согласно общепринятой классификации выделяются: издержки поиска информации и выявления альтернатив, издержки ведения переговоров и заключения контрактов, издержки измерения, издержки спецификации и за-

щиты прав собственности, издержки оппортунистического поведения и др.

Каждый из перечисленных видов издержек применительно к пациентам имеет свои особенности, рассматриваемые далее.

Издержки поиска информации и выявления альтернатив. Как известно, одним из условий функционирования рыночной системы является индивидуальный выбор, когда принятие решения предполагает сопоставление различных альтернатив. Пациентам, принимающим решения при выборе медицинских услуг, альтернативы изначально не даны, так как они имеют недостаточную информацию о необходимых им лечебных и диагностических процедурах. Самая простая альтернатива для пациента в случае возникновения потребности в медицинской помощи – обратиться в то медицинское учреждение, к которому он прикреплен договором обязательного медицинского страхования по месту проживания или работы, и довериться медицинским работникам этого учреждения. Однако пациент не всегда может воспользоваться преимуществами системы медицинского страхования, целью которой является обеспечение пациентов специалистами. В отдельных же случаях пациенту нужен не просто врач определённой специальности, а врач с хорошей репутацией. Поэтому, если в прикрепленном медицинском учреждении, по мнению пациента, такого нет, он вынужден самостоятельно искать медицинские организации и медицинских работников, которые могут предложить ему альтернативные методы обследования и лечения. К сожалению, существующая система ОМС не предполагает подобного содействия в поиске специалистов по желанию и предпочтениям пациента. К тому же незнание пациентами границ между гарантированным объемом медицинской помощи и платными услугами приводит к тому, что люди вынуждены платить за то, что им положено получать бесплатно.

Издержки ведения переговоров и заключения контрактов пациентов в системе ОМС возникают вследствие ряда особенностей организации системы оказания медицинских услуг, когда для выбора медицинской организации и врача пациенту необходимо пройти растянутую во времени и сложную процедуру [2]. Эти издержки связаны также с тем, что для получения бесплатной оперативной помощи пациенты вынуждены выполнить предписанный Минздравом регламент, разработанный для плановой госпитализации. Этот регламент включает посещение множества специалистов и прохождение исследований, что

отнимает у пациента время и (или) деньги. И даже при выполнении всех условий пациенту может быть отказано в своевременной госпитализации из-за «очереди», отсутствия «койко-мест», квот на оказание медицинской помощи по Программе государственных гарантий. К тому же на практике нередки ситуации, когда очереди пациентов создаются искусственно, так как лечебное учреждение не в состоянии госпитализировать больного из-за ограниченного финансирования.

К издержкам заключения контрактов можно отнести также альтернативные издержки, связанные с достаточно продолжительным временем, затрачиваемым пациентом в ожидании приёмов специалистов, несмотря на действующий институт «записи» и так называемых «талон» и с нервным перенапряжением. Сюда же относятся транспортные расходы, связанные с получением медицинской услуги не по месту жительства.

Издержки измерения – это дополнительные затраты, которые требуются пациенту для того, чтобы установить и оценить эффект или качество медицинской услуги. Следует заметить, что определение и измерение качества любых услуг вообще затруднено, а медицинских – особенно, ибо им присуща высокая степень неопределённости и риска. Поскольку медицинские услуги можно отнести к так называемым «доверительным благам», *качество которых сложно измерить и при покупке и в процессе их потребления, то проблема, связанная с издержками измерения этих благ, является особо сложной.* Часто эффект от медицинской услуги может проявиться лишь спустя продолжительный период времени после начала потребления. Кроме того, положительный результат медицинских услуг не всегда получает однозначную оценку как у различных пациентов, так и у различных специалистов.

Содействовать решению проблемы измерения качества медицинских услуг мог бы такой «институт доверия», как государственные стандарты лечения [8]. Предполагается, что пациенты должны им доверять, как, например, доверяют производителям, покупая колбасу, выпускаемую в соответствии с государственным стандартом, производство которой подвергается санитарным проверкам. Но пациент не может самостоятельно определить, выполнены ли предписанные стандарты и обеспечивают ли они желаемый им качественный результат, а может оценить лишь качество оказания вспомогательных услуг (улучшенное питание, комфортабельные палаты и т.п.).

На данный момент нет официальных критериев качества оказания медицинских услуг, а существуют только правовые нормы качества медицинской помощи, включающие совокупность характеристик, отражающих своевременность ее оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [1]. Из перечисленных норм последнюю можно считать показателем качества услуги, однако, на наш взгляд, понятие «запланированного результата» не раскрыто. Для пациента показателями качества медицинской услуги служат объективные и субъективные показатели его здоровья: полное излечение или ремиссия. По закону пациенту медицинским работником в доступной форме должна быть дана информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи [1]. Но на практике медицинское учреждение относится к процедуре формально и без жестких требований пациентов не предоставляет им должной информации о плане обследования и лечения, возможных осложнениях и побочных эффектах. Это создает сложности пациенту в оценке качества услуги, которую он намеревается получить.

Если пациенту предложена какая-то медицинская услуга, например операция, он должен принять решение: соглашаться на неё или нет. Конечно, пациент может довериться врачу, зная его репутацию, и согласиться на операцию, не расходуя средств на консультации экспертов – других специалистов, на дополнительные исследования, на поиск отзывов в интернете, на опрос знакомых, на чтение специальной литературы. Но если специалист, предложивший медицинскую услугу, не вызывает доверия в силу каких-то причин, то пациенту придется потратить ресурсы (время и деньги) на вышеперечисленные действия. Этими затратами и будут определяться издержки измерения. Если же пациент выбирает контрагента с известной репутацией, то издержки измерения будут не столь высоки.

Следующий вид транзакционных издержек пациентов – издержки спецификации и защиты прав собственности. Пациенты как равноправные участники рынка медицинских услуг несут эти издержки в связи с тем, что вынуждены изучать нормативные акты, регламентирующие процесс оказания медицинских услуг и гарантии по оказанию медицинской помощи. Также этот вид из-

держек возникает тогда, когда пациентам приходится отстаивать свои права на лечение в выбранном ими медицинском учреждении и на получение определённого вида лечения, не предусмотренного государственными стандартами; на участие в обсуждении деталей сделки, в данном случае алгоритма обследования и лечения.

В случае неудовлетворенности оказанной медицинской услугой пациенты несут издержки по защите своих прав в медицинской организации, страховой организации, в суде, хотя сам институт страховой медицины призван уменьшить этот вид издержек, так как страховая организация является представителем пациентов.

Издержки оппортунистического поведения, пожалуй, имеют самую большую долю в общей величине транзакционных издержек пациентов и являются к тому же издержками, которые измерить легче, чем другие виды издержек. Оппортунистическое поведение заключается в стремлении получить одностороннюю выгоду за счет партнера, уклоняясь от соблюдения условий контракта [7].

Это касается и работодателей, и страхуемых пациентов, которые, будучи субъектами спроса на рынке медицинских услуг, провоцируют увеличение издержек оппортунистического поведения. Например, оппортунистическое поведение работодателей, которые, стремясь снизить свои издержки в виде страховых взносов, прибегают к схемам, уменьшающим фонд оплаты труда, приводит к уменьшению средств ФОМС и, следовательно, к сжатию программы государственных гарантий и уменьшению подушевого финансирования, от чего и несут издержки оппортунистического поведения пациенты. Во-вторых, некоторые пациенты, имея возможность бесплатного медицинского обслуживания в рамках ОМС, ходят к врачам чаще и требуют больше диагностических обследований и более сложного лечения, без которого могли бы обойтись, если бы платили за медицинские услуги из своего кармана. Избыточное потребление отдельных пациентов в долгосрочном периоде повлечет за собой более высокие ставки страховых взносов, что коснется всех потребителей в системе ОМС.

Для рынка медицинских услуг как «доверительных благ» характерно то, что информационное предложение и предложение самого товара исходят от одного и того же продавца, так как пациент обращается к врачу для постановки диагноза и лечения, что создает возможность предконтрактного

и постконтрактного оппортунистического поведения со стороны продавцов [9]. В системе частной медицины производители услуг, будучи заинтересованными в увеличении спроса на них, занимаются гипердиагностикой, зачастую выявляя у пациентов несуществующие недуги и предлагая их лечение. При оказании услуг в системе ОМС ситуация противоположная: в целях экономии средств и просто при их отсутствии план обследования и лечения сокращается, что снижает качество медицинской помощи и ставит под сомнение ее результат. И в том, и в другом случае предконтрактное оппортунистическое поведение продавца сказывается на величине трансакционных издержек пациента.

Примерами постконтрактного оппортунистического поведения продавца являются так называемые «отлынивание» и «вымогательство». В первом случае производитель медицинской услуги выполняет наложенные на него контрактом обязанности недобросовестно, создавая только видимость лечения или проводя его неправильно. К сожалению, такая ситуация нередка в нашем здравоохранении, что объясняется незаинтересованностью медработников ввиду низкой оплаты труда, недостаточной квалификацией, недостатком времени ввиду большой загруженности врачей, просто недобросовестностью. Вымогательство – также часто встречающийся вид оппортунистического поведения, когда производители медицинских услуг выставляют пациентам условия, предполагающие вознаграждение медицинскому работнику за ту услугу, которую он должен оказать бесплатно в системе ОМС и оплата которой заложена в его заработной плате.

Существующий на рынке медицинских услуг коммерческий институт медицинских представителей фармацевтических фирм создал условия для дополнительных заработков врачей за счет назначения пациентам конкретных, рекомендованных представителями фармацевтических фирм, препаратов. Нередко такие препараты имеют сравнительно дешевые и не менее эффективные аналоги. Поэтому издержки, которые в этом случае несут пациенты, следует относить к издержкам оппортунистического поведения продавца.

Характеристика трансакционных издержек пациентов дает возможность сделать вывод, что они достаточно разнообразны. Но существует ряд издержек пациентов, которые сложно отнести к одному из перечисленных пяти видов общепринятой классификации. Поэтому

предлагаем расширить классификацию за счет введения еще одного вида издержек – «издержек регламентации», возникающих у пациентов вследствие чрезмерного государственного регламентирования процессов оказания медицинских услуг, что отрицательно сказывается на системе здравоохранения.

К этим издержкам надо отнести, во-первых, издержки, возникающие вследствие строго установленных нормативов времени пребывания пациентов в стационаре. Некоторые пациенты выздоравливают раньше, чем полагается по установленным стандартам пребывания в стационаре, но вынуждены «терять там время», чтобы получить законный лист нетрудоспособности. А другие пациенты выписываются из стационара не выздоровевшими и вынуждены долечиваться, выходя на работу и затрачивая на лечение свои средства. В обеих ситуациях пациенты несут трансакционные издержки.

Во-вторых, затраты на платные услуги, возникающие в связи с тем, что установленные временные нормы приема в поликлиниках недостаточны для получения пациентами квалифицированной консультации или помощи, что вынуждает пациентов к необходимости обращения в частные медицинские организации, также относятся к издержкам стандартизации и организации.

В-третьих, утвержденные государством стандарты лечения также чреватые для пациентов трансакционными издержками. Дело в том, что течение болезни индивидуально, организм разных пациентов по-разному реагирует на лечение. Поэтому ограничение самостоятельности добросовестного и квалифицированного врача в выборе методов и средств лечения может быть опасно для здоровья пациента.

В-четвертых, медицинские услуги государственного здравоохранения зависят от принятых схем организации лечебно-диагностического процесса, отличаются жесткостью в ограничении возможностей выбора медицинских услуг как для их продавца, так и для покупателя-пациента, поэтому, несмотря на то, что желание пациента приобрести медицинские услуги в определенном медицинском учреждении законно, реализовать его сложно и затратно.

В-пятых, несмотря на то, что согласно программе государственных гарантий пациенты имеют право получить определенные виды медицинской помощи в ограниченные законом сроки, на практике эти сроки часто не соблюдаются. Что касается поликлинического приема, то такая

ситуация объясняется недостатком специалистов. А сложности со своевременным получением помощи, особенно оперативной, в стационаре, связаны с отставанием финансирования медицинских организаций от потребностей в нем. Вследствие этого в медицинских организациях создаются долговременные очереди на госпитализацию, что приносит пациентам моральные страдания, а иногда наносит вред физическому здоровью, ухудшая прогноз заболевания.

В-шестых, пациенты несут больше издержек в виде потраченного времени, чем выгод, в связи с необходимостью прохождения медосмотра работниками ряда специальностей, так как медосмотры проводятся формально.

Список литературы

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон Рос. Федерации: [от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, в ред. от 31.12.2014 г.] // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2011. – № 48. – С. 6724.
2. Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 21 декабря 2012 г. № 1342н // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 2. – С. 74/
3. Голубева М.Л., Малышева И.Ю. Подходы к управлению транзакционными издержками сферы здравоохранения // Российское предпринимательство. – 2010. – № 12. – Вып. 1 (173). – С. 119–122.
4. Зозуля Ю.В. Экономические аспекты совершенствования российского здравоохранения: дис. ... канд. экон. наук. – Новосибирск, 2001. – 207 с.
5. Левкевич М.М., Рудлицкая М.М. Государственная и муниципальная политика в сфере здравоохранения: реализация и оценка эффективности: монография. – М.: ИНФРА-М, 2012. – 216 с.
6. Маркова Е.В. Теоретические подходы к анализу транзакционных издержек отрасли здравоохранения // Экономические науки. – 2014. – № 12(121). – С. 112–118.
7. Мартюкова Е.Г. Оппортунизм и издержки оппортунистического поведения в российской экономике: дис. ... канд. экон. наук. – СПб., 2013. – 201 с.
8. Образцова Е.Н. Совершенствование подходов в обеспечении качества медицинской помощи и защиты прав пациентов в системе медицинского страхования: дис. ... канд. мед. наук. – Новокузнецк, 2008. – 149 с.
9. Тихомиров А.В. Институты медицинской деятельности и инфраструктуры рынка медицинских услуг // Главный врач: хозяйство и право. – 2009. – № 2. – С. 9–13.
10. Троицкая Н.Л. Социально-экономическая оценка инвестиций в муниципальное здравоохранение: дис. ... канд. экон. наук. – Екатеринбург, 2009. – 203 с.

References

1. Ob osnovakh okhrani zdorovja grazhdan v RF [On the basis of health protection in the Russian Federation]: feder.zakon RF: dated 21.11.2011. *Sobranie zakonodatelstva RF* [Collection of Laws of the Russian Federation]. 2011. no. 48. pp. 6724.
2. Ob utverzhdenii Porjadka vibora grazhdaninom meditsinskoj organizatsii (za isklucheniem sluhaev okazaniya skoroy meditsinskoj pomoshi) za predelami territorii subekta RF, v kotorom prozhivaet grazhdanin, pri okazanii emu meditsinskoj pomoshi v ramkakh programmi gosudarstvennikh garantij besplatnogo okazaniya meditsinskoj pomoshi [On approval of the choice of a medical organization (except in cases of medical emergencies) outside the territory of the subject of Russian Federation, in which the citizen lives, with some medical assistance under the program of state guarantees of free medical care]: Priказ Ministerstva zdravooohraneniya RF: dated December 21 2012 N1342n. *Vestnik Roszdravnadzora*[Bulletin of Roszdravnadzor]. 2013, no 2. pp. 74.
3. Golubeva M.L., Malisheva I.J. *Rossiyskoe predprinimatelstvo*[Russian Entrepreneurship], 2010, no. 12, issue 1 (173). pp. 119–122
4. Zozulja Ju.V. *Ekonomicheskie aspekti sovershenstvovaniya rossiiskogo zravoookhraneniya* [Economics aspects of improving Russian health]: dis. ... kand. ekon. nauk. Novosibirsk, 2001. 207p.
5. Levkevich M.M., Rudnitskaja M.M. *Gosudarstvennaja i munitsipalnaja politika v sfere zravoookhraneniya: realizatsia i otsenka effektivnosti: monografiya* [State and municipal health policy: implementation and evaluation: a monograph]. M.:Infra-M, 2012. 216 p.
6. Markova E.V. *Ekonomicheskie nauki*[Economic sciences]. 2014. no. 12(121). pp. 112–118.
7. Martiukova E.G. *Opportunizm i izderzhki oportunisticheskogo povedeniia v rossiiskoi ekonomike* [Opportunism and costs of opportunistic behavior in the Russian economy]: diss. ... kand.ekon. nauk, Spb. 2013. 201 p.
8. Obraztsova E.N. *Sovershenstvovanie podhodov v obespechenii kachestva meditsinskoj pomoshi i zashiti prav pacientov v sisteme meditsinskogo strakhovaniya*[Improving of approaches in ensurance of quality of care and protection of the rights of patients in health insurance]: dis. ...kand.med.nauk. Novokuznetsk. 2008. 149 p.
9. Tikhomirov A.V. *Glavniyvrach: khoziaystvo i pravo* [Chief Physician: economy and Law]. 2009. no. 2. pp. 9–13.
10. Troitskaia N.L. *Sotsialno-ekonomicheskaja otsenka investitsij v munitsipalnoe zravoookhranenie* [Socio-economic assessment of investment in municipal health]: dis. ...kand. ekon. nauk. Ekaterinburg, 2009. 203 p.

Рецензенты:

Мужжавлёва Т.В., д.э.н., профессор кафедры экономической теории и международных отношений, ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары;

Яковлев А.Е., д.э.н., профессор, заведующий кафедрой региональной экономики и предпринимательства, ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары.