

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой

И.Б. Туаева, Л.Н. Габараева, К.А. Магаев

СОЦИАЛЬНОЕ И МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Учебно-методическое пособие для обучающихся
на факультете подготовки кадров высшей квалификации
и дополнительного профессионального образования

Владикавказ, 2020

СОСТАВИТЕЛИ:

Туаева И.Б. – зав. кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Габараева Л.Н. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Магаев К.А. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Тотров И.Н. – д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Касохов Т.Б. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
Протокол № 2 от 04.12.2020 г.

СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Государственное социальное страхование (ГСС) - система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и в других установленных законом случаях, а также медицинское и другие виды обслуживания. ГСС состоит из четырех видов страхования: пенсионного, медицинского (обязательного и добровольного), социального и занятости (страхования по безработице).

Основная функция страхования в условиях рыночной экономики – это возмещение финансовых и материальных потерь гражданина или юридического лица, наступивших в результате болезней, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф, неисполнения обязательств контрагентами (партнерами) и др.

Под социальным страхованием в широком смысле понимают систему, обеспечивающую гражданам право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту, возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг. Таким образом, **социальное страхование**, - это система, защищающая граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца и др. Кроме того, социальное страхование обеспечивает финансирование профилактических и оздоровительных мероприятий, предоставляет социальные гарантии по случаю беременности и родов, рождения ребенка.

ГСС носит обязательный характер, что выражается в обязательности уплаты страховых взносов и предоставления обеспечения, гарантированности реализации прав застрахованных.

Пенсионному страхованию подлежат все работающие граждане.

Взносы на социальное страхование работников вносят работодатели. В пенсионный фонд взносы взимают также с личного заработка работника. Граждане, самостоятельно обеспечивающие себя работой, выплачивают взносы из доходов от своей деятельности. Взносы начисляют на все виды оплаты труда работников независимо от источников финансирования.

Поступление финансовых средств в Пенсионный фонд осуществляется путем налогообложения в сумме 20% налога от фонда оплаты труда.

В порядке государственного пенсионного страхования существуют:

- государственные трудовые пенсии;
- социальное пособие на погребение;
- материальная помощь престарелым и нетрудоспособным гражданам;
- выплата пенсий по старости, инвалидности, случаю потери кормильца;
- выплата пенсий за выслугу лет (ряду категорий работников).

Поступление финансовых средств в фонд социального страхования (ФСС) осуществляют путем налогообложения в сумме 2,9% налога от фонда оплаты труда.

По системе ГСС застрахованных работающих обеспечивают:

- пособиями по временной нетрудоспособности;
- пособиями по беременности и родам;
- единовременным пособием за постановку на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- пособиями по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- пособиями по случаю рождения ребенка;
- социальным пособием на погребение (в случае смерти застрахованного или несовершеннолетнего члена семьи).

Поступление финансовых средств в фонд страхования занятости (биржу труда) происходит из фонда социального страхования.

Право на получение пособий возникает независимо от стажа работы.

В рамках страхования занятости безработным:

- оказывают содействие в поиске подходящей работы, обучении и переобучении новым профессиям;
- выдают пособие по безработице;

- выплачивают стипендию в период профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации по направлению органа по вопросам занятости;
- осуществляют доплату к заработку в размере причитающегося им пособия по безработице.

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Медицинское страхование – одна из форм социального страхования. Первым нормативным актом, положившим начало медицинского страхования в современной России, явился Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г. Позднее законодатели внесли в него ряд существенных изменений, и в новой редакции (1993) Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» действовал в стране до конца 2010 г.

Согласно закону, **медицинское страхование** – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Таким образом, являясь составной частью государственного социального страхования, ОМС носит выраженный социальный характер. Его основные принципы – это:

- **всеобщий и обязательный характер:** все граждане Российской Федерации независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в базовую и территориальные программы ОМС;
- **государственный характер обязательного медицинского страхования:** реализацию государственной финансовой политики в области охраны здоровья граждан обеспечивают Федеральный и территориальный фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные организации. Все средства ОМС находятся в государственной собственности;
- **общественная солидарность и социальная справедливость:** страховые взносы и платежи перечисляются за всех граждан, но расходование этих

средств осуществляется лишь при обращении за медицинской помощью (принцип «здоровый платит за больного»); граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковые права на получение бесплатной медицинской помощи (принцип «богатый платит за бедного»); несмотря на то, что расходы на оказание медицинской помощи гражданам в старшем возрасте больше, чем в молодом, страховые взносы и платежи перечисляются в одинаковом размере за всех граждан, независимо от возраста (принцип «молодой платит за старого»).

Дальнейшее развитие системы ОМС граждан получило в Федеральном законе от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступившим в силу в январе 2011 г. (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016). Он содержит 11 глав.

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Предмет регулирования настоящего Федерального закона

Статья 2. Правовые основы обязательного медицинского страхования

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Глава 2. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 5. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 6. Полномочия Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

Статья 7. Права и обязанности уполномоченного федерального органа исполнительной власти и Федерального фонда по осуществлению переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования органами государственной власти субъектов Российской Федерации

Статья 7.1. Порядок изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации

Статья 8. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования

Глава 3. СУБЪЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

Статья 10. Застрахованные лица

Статья 11. Страхователи

Статья 12. Страховщик

Статья 13. Территориальные фонды

Статья 14. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 15. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования

Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ, СТРАХОВАТЕЛЕЙ, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

Статья 17. Права и обязанности страхователей

Статья 18. Ответственность за нарушение требований регистрации и снятия с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан

Статья 19. Права и обязанности страховых медицинских организаций

Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций

Глава 5. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 21. Средства обязательного медицинского страхования

Статья 22. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения

Статья 23. Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Статья 24. Период, порядок и сроки уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Статья 25. Ответственность за нарушения в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Статья 26. Состав бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов

Статья 27. Субвенции для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации

Статья 28. Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование

Статья 29. Размещение временно свободных средств Федерального фонда и территориальных фондов

Статья 30. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Статья 31. Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью

Статья 32. Оплата расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве

Глава 6. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА

Статья 33. Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда

Статья 34. Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда

Глава 7. ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 35. Базовая программа обязательного медицинского страхования

Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

Глава 8. СИСТЕМА ДОГОВОРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 37. Договоры в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 38. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

Статья 39. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

Глава 9. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Статья 41. Порядок применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

Глава 10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 43. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования

Статья 44. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

Статья 45. Полис обязательного медицинского страхования

Статья 46. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования застрахованному лицу

Статья 47. Взаимодействие медицинской организации с территориальным фондом и страховой медицинской организацией при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

Статья 48. Взаимодействие страховой медицинской организации и территориального фонда при ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

Статья 49. Информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах

Глава 11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 50. Программы и мероприятия по модернизации здравоохранения

Статья 50.1. Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования

Статья 51. Заключительные положения

Статья 52. О признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации

Статья 53. Порядок вступления в силу настоящего Федерального закона

Данный закон существенно:

- расширил права застрахованных лиц;
- упорядочил взаимодействие субъектов и участников системы ОМС, их права и обязанности;
- усилил роль Федерального фонда ОМС (ФФ ОМС);
- увеличил контроль за обеспечением доступности и качества медицинской помощи.

В статье 3 Закона № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» закреплены следующие определения и понятия:

- **обязательное медицинское страхование** – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС;
- **объект обязательного медицинского страхования** – страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
- **страховой риск** – предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
- **страховой случай** – совершившееся событие (заболевание, травма, беременность, роды, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС;
- **страховое обеспечение** – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате МО;

- **страховые взносы на обязательное медицинское страхование** – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;

- **застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с настоящим Федеральным законом;

- **базовая программа обязательного медицинского страхования** – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС;

- **территориальная программа обязательного медицинского страхования** – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта РФ и соответствующая единым требованиям базовой программы ОМС.

В соответствии с законом сформированы *принципы осуществления ОМС*:

- обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программы ОМС;

- устойчивость финансовой системы ОМС;

- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС в размерах, установленных федеральными законами;

- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика;

- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;

- паритетность представительства субъектов ОМС и участников в органах управления обязательного медицинского страхования.

**5.2. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТОВ И УЧАСТНИКОВ
СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Субъекты ОМС.

1. **Застрахованные лица** – граждане РФ, постоянно или временно проживающие на ее территории, иностранные граждане, лица без гражданства.

2. **Страхователи организации:**

- индивидуальные предприниматели;
- физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
- для неработающих граждан – органы исполнительной власти субъектов РФ;
- занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты;
- лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам.

3. **Федеральный фонд (ФФ) ОМС** – страховщик – некоммерческая организация, созданная РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС, базовой программы ОМС.

Организация системы обязательного медицинского страхования.

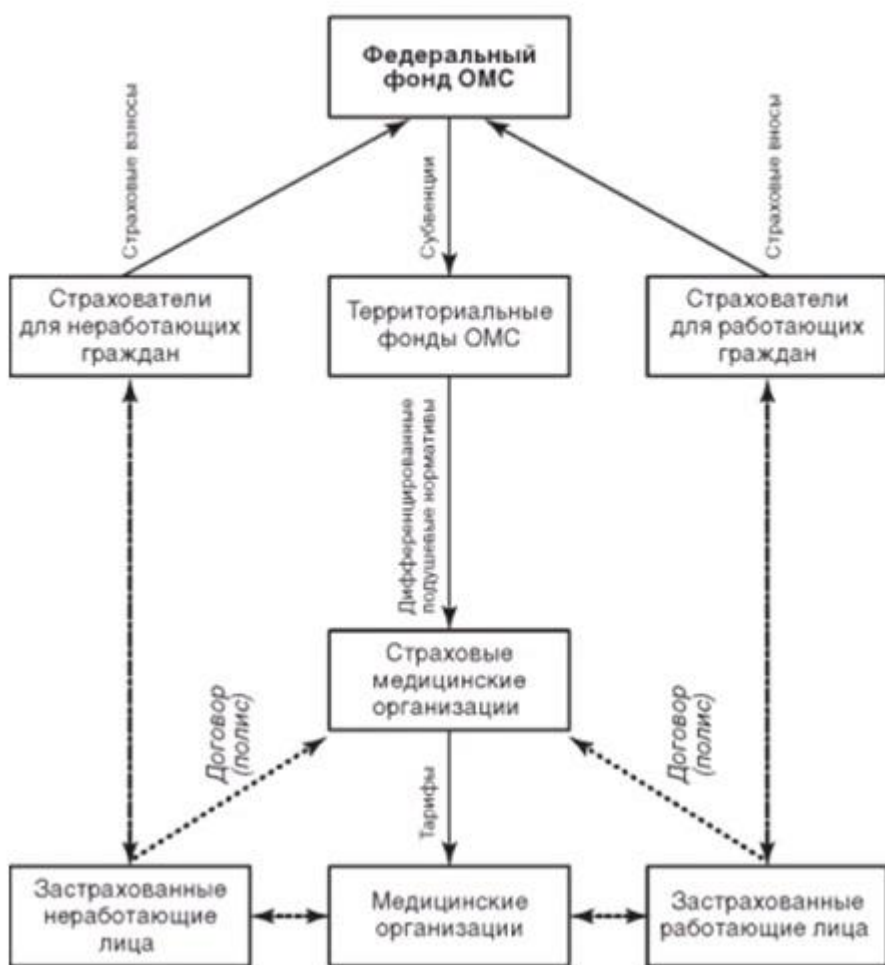
Система ОМС	
Субъекты ОМС	Застрахованные лица
	Страхователи организации
	Федеральный фонд ОМС
Участники ОМС	Территориальные фонды
	Страховые медицинские организации
	Медицинские организации
Программы ОМС	Базовая
	Территориальная

- **Территориальные фонды** – некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС

на территориях субъектов РФ, реализации территориальных программ ОМС (дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям).

- **Страховые медицинские организации (СМО)** – страховые учреждения, имеющие соответствующую лицензию на деятельность по ОМС и ДМС. СМО осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС. В состав учредителей СМО не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.
- **Медицинские организации (МО)** – учреждения любой организационно-правовой формы, имеющие право на осуществление медицинской деятельности.

Взаимодействие участников и субъектов обязательного медицинского страхования.



Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования

Управление ФФ ОМС осуществляется правлением и председателем, которого назначает и освобождает от должности Правительство РФ.

Важнейшие задачи Федерального фонда.

- Участие в разработке программы государственных гарантий.
- Аккумуляирование и управление финансовыми средствами ОМС, а также формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости ОМС.

ФФ ОМС имеет право получить финансовые средства в виде:

- страховых взносов на ОМС;
- недоимок по взносам, налоговым платежам;
- начисленных пени и штрафов;
- средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет ФФ в случаях, установленных федеральными законами;
- доходов от размещения\ временно свободных средств;
- иных источников, предусмотренных законодательством РФ.

Обязанности ФФ ОМС:

- предоставлять субвенции бюджетам ТФ для финансирования страхового обеспечения;
- исполнять расходные обязательства РФ в сфере охраны здоровья граждан;
- выполнять функции органа управления Федерального фонда.

В составе бюджета Федерального фонда формируется нормированный страховой запас.

Застрахованное лицо имеет право:

- на бесплатное оказание ему медицинской помощи МО при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС, а на территории субъекта РФ – в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
- выбор СМО или замену ее 1 раз в течение календарного года;
- выбор МО из всех участвующих в реализации территориальной программы ОМС;
- выбор врача;
- получение от ТФ ОМС, СМО и МО достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;
- защиту персональных данных;
- возмещение СМО ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;

- возмещение МО ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
- защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Обязанности застрахованного лица:

- предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью;
- подавать в СМО лично или через своего представителя заявление о выборе СМО;
- уведомлять СМО об изменении фамилии, имени, отчества места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- осуществлять выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца.

Территориальные фонды ОМС – некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации территориальных программ ОМС (дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям) и государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ. Для выполнения этих полномочий территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства.

Полномочия страховщика ТФ:

- участие в разработке территориальных программ государственных гарантий и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта РФ;
- аккумулирование и управление средствами ОМС, осуществление финансирования территориальных программ ОМС;
- формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС;
- утверждение для СМО дифференцированных подушевых нормативов.

Права и обязанности участников обязательного медицинского страхования

Территориальный фонд имеет право на формирование доходов:

- из субвенций из бюджета ФФ ОМС;
- межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета ФФ ОМС;
- платежей субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой его программы, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;
- доходов от размещения временно свободных средств;

- межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета субъекта РФ;
- начисленных пени и штрафов, подлежащих зачислению в бюджеты ТФ ОМС;
- иных источников.

ТФ обязан расходовать финансовые средства:

- для выполнения территориальных программ ОМС;
- исполнения расходных обязательств субъектов РФ в результате принятия федеральных законов и (или) нормативных правовых актов Президента и (или) Правительства РФ в сфере охраны здоровья граждан, а также принятия законов и (или) нормативных правовых актов субъектов РФ;
- ведения дела по ОМС МО;
- предоставления СМО средств целевых и из нормированного страхового запаса ТФ ОМС;
- предоставления СМО средств на расходы по ведению дела по ОМС.

В составе бюджета ТФ ОМС формируют нормированный страховой запас.

Субвенции из бюджета ФФ ОМС предоставляют бюджетам ТФ ОМС и определяют исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС.

ТФ ОМС должен выполнять функции органа управления, а также осуществлять контроль деятельности СМО.

Права страховой МО определяют договорами:

- с застрахованным лицом;
- МО;
- ТФ ОМС.

Страховая МО обязана:

- оформлять, переоформлять и выдавать полис ОМС;
- вести учет застрахованных лиц, их полисов ОМС, а также обеспечивать учет и сохранность сведений, поступающих от МО;
- информировать застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления им медицинской помощи МО, об обнаруженных нарушениях, о праве на выбор застрахованными лицами МО, необходимости их обращения за получением полиса ОМС, а также об их обязанностях;
- представлять в ТФ ОМС ежедневно (при наличии) новые либо измененные данные о ранее застрахованных лицах;
- осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в МО путем проведения медико-экономических экспертизы и контроля, ЭКМП;

- рассматривать обращения и жалобы граждан, осуществлять защиту прав и законных интересов застрахованных лиц;
- нести ответственность за ненадлежащее исполнение условий договора о финансовом обеспечении ОМС.

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуют на основании заключенных в его пользу между участниками ОМС *договора о финансовом обеспечении* на оказание и оплату медицинской помощи.

По договору о финансовом обеспечении ОМС СМО обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой ОМС, за счет целевых средств. В договоре СМО обязуется осуществлять:

- представление в ТФ заявки на получение целевых средств на авансирование и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь;
- отчет об использовании полученных по договору о финансовом обеспечении ОМС средств по целевому назначению;
- возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь в ТФ в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи;
- возвращение ТФ при прекращении договора о финансовом обеспечении ОМС неиспользованных целевых средств в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора;
- получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС.

Программа обязательного медицинского страхования

Права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные **базовой программой ОМС**, единые на всей территории РФ.

В рамках базовой программы ОМС оказывают ПМСП (включая профилактическую), скорую за исключением специализированной (санитарно-авиационной) и специализированную медицинскую помощь:

- при инфекционных и паразитарных заболеваниях, за исключением ЗППП, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- новообразованиях;
- болезнях эндокринной системы;
- расстройствах питания и нарушениях обмена веществ;

- болезнях нервной системы;
- болезнях крови и кроветворных органов;
- отдельных нарушениях, вовлекающий иммунный механизм;
- болезнях глаза и его придаточного аппарата;
- болезнях уха и сосцевидного отростка;
- болезнях системы кровообращения;
- болезнях органов дыхания;
- болезнях органов пищеварения;
- болезнях мочеполовой системы;
- болезнях кожи и подкожной клетчатки;
- болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин;
- врожденных аномалиях (пороках развития);
- деформациях и хромосомных нарушениях;
- беременности, родах, в послеродовом периоде и при абортах;
- отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период.

Правительство РФ вправе при утверждении базовой программы ОМС устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в нее в качестве случаев оказания медицинской помощи.

Базовая программа устанавливает требования к территориальным программам ОМС.

В субъектах РФ разрабатывают территориальные программы государственных гарантий. В рамках территориальных программ за счет бюджетных ассигнований и средств обязательного медицинского страхования осуществляют финансовое обеспечение медицинской помощи в МО. Бесплатно предоставляют:

- ПМСП;
- скорую, в том числе специализированную, помощь;
- специализированную, в том числе высокотехнологичную, помощь.

Определены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой государственных гарантий, установлены в расчете на 1 человека в год, за счет средств ОМС и соответствующих бюджетов.

Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения устанавливают Федеральным законом и должны учитывать более высокий уровень потребления медицинской помощи. Так, коэффициент

удорожания медицинской помощи для детей в возрасте от 0 до 4 лет составляет 1,62 по отношению к подушевому нормативу финансового обеспечения, предусмотренному территориальной программой ОМС, а для лиц в возрасте 60 лет и старше – 1,32. В случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов на неработающее население в установленный срок производят взыскание недоимки в виде пеней и штрафов.

ТФ ОМС предоставляет финансовые средства СМО в зависимости от количества застрахованных лиц и в соответствии с договором о финансовом обеспечении. В случае изменений сведений о застрахованных лицах, а также за использование средств не по целевому назначению и (или) невыполнение условий договора в части осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи СМО должны уплатить штрафы.

Обращение СМО за предоставлением целевых средств сверх установленного объема из нормированного страхового запаса ТФ рассматривается последним одновременно с отчетом СМО об использовании целевых средств.

Основания для отказа в предоставлении СМО средств из нормированного страхового запаса ТФ сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи следующие:

- наличие у СМО остатка целевых средств;
- необоснованность объема дополнительно запрашиваемых средств, выявленная ТФ по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи и проведения ЭКМП;
- отсутствие средств в нормированном страховом запасе ТФ.

В случае обнаружения нарушений договорных обязательств ТФ уменьшает платежи на сумму неисполненных договорных обязательств.

Средства ОМС складываются:

- из доходов от уплаты страховых взносов на ОМС, недоимок по взносам и налоговым платежам, начисленных пеней и штрафов;
- средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет ФФ в случаях, установленных ФЗ, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС;
- средств бюджетов субъектов РФ, передаваемых в бюджеты ТФ в соответствии с законодательством РФ и ее субъектов;
- доходов от размещения временно свободных средств;
- иных источников, предусмотренных законодательством РФ.

За неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи МО СМО за счет собственных средств уплачивает штраф. В свою очередь, МО уплачивает штраф за использование средств не по целевому назначению.

Установлен порядок применения санкций к МО за нарушения, обнаруженные при контроле объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Сумму, не подлежащую оплате по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, удерживают из объема средств, предусмотренного МО.

Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, а также уплата штрафов не освобождает МО от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по ее вине.

В амбулаторных условиях медицинскую помощь оплачивают в качестве:

- медицинских услуг;
- законченных случаев лечения;
- деятельности МО на основе подушевого принципа финансового обеспечения с учетом коэффициентов удорожания для половозрастных групп населения, уровня и структуры заболеваемости и др.

Для финансового обеспечения медицинской помощи в условиях стационара можно использовать оплату:

- по фактическим затратам на оказанную услугу;
- койко-дням;
- законченному случаю лечения;
- клинико-статистическим группам заболеваний.

Каждый способ оплаты имеет как преимущества, так и недостатки.

Право населения на выбор врача МО реализует с участием своей администрации. Организацию и проведение МЭК и МЭЭ, а также ЭКМП регулирует ТФ ОМС.

При обращении пациентов в амбулаторно-поликлинические или стационарные МО и проведении услуг проводят их кодирование в соответствии с утвержденными перечнем и тарифами. Кодификатор включает более 7 000 услуг и содержит перечень измерений деятельности медицинских работников:

- прием и консультации врачей различных специальностей в поликлинике и на дому (первичный и повторный);
- пациенто-день пребывания в дневном стационаре МО;
- койко-день пребывания в круглосуточном стационаре;
- названия лабораторных и инструментальных исследований, а также оперативных вмешательств и др.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитывают в соответствии с методикой их расчета и включают статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Полный тариф включает расходы:

- на заработную плату;
- начисления на оплату труда;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, прочих материальных запасов;
- оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях, организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), работ и услуг по содержанию имущества;
- социальное обеспечение работников МО.

Врач отвечает за предоставление ежедневной информации по способам оплаты и отражение комплекса лечебно-профилактических мероприятий в учетных медицинских документах (талоне амбулаторного пациента, медицинской карте амбулаторного больного, журнале, медицинской карте стационарного больного, карте выбывшего из стационара и др.). В кабинете медицинской статистики при вводе информации по способам оплаты (услуга, законченный случай, койко-день, пациенто-день) ведут контроль учета при отдельных заболеваниях в соответствии со стандартами. При оказании отдельных услуг (ЭКГ, процедурный кабинет, физиотерапевтическое отделение) берут информацию из заполненных соответствующих журналов.

МЭК и экспертизу СМО проводят регулярно (плановые и целевые). Существуют специальные компьютерные программы информации по услугам, препятствующие искажениям (или их обнаружению). Однако из-за отсутствия совершенных стандартов медицинской помощи возникают сложные ситуации при проведении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. В конце текущего месяца МО должна подготовить реестр проведенных услуг, который после проверки представляет на оплату СМО.

В большинстве амбулаторно-поликлинических МО основной единицей учета объемов деятельности служит медицинская услуга.

В больничных МО реестр по пролеченным пациентам подают с учетом выполнения медико-экономических стандартов, включающих:

- длительность пребывания пациента;
- перечень выполненных лечебно-диагностических мероприятий;
- непрерывность случая;
- применение новых технологий и другие характеристики.

Разработаны способы оплаты медицинской помощи по прерванным (незаконченным) случаям, а также с учетом применения новых технологий лечения. СМО при проведении МЭК и МЭЭ выявляет отклонения от требований стандарта по срокам пребывания в стационаре, в технологиях. Она требует аргументированного обоснования в медицинских документах (карте стационарного больного, карте амбулаторного больного) и корректирует оплату оказанных медицинских услуг или законченного случая.

Территориальная программа ОМС включает виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС. С учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ она определяет нормативы:

- объемов предоставления медицинской помощи;
- финансовых затрат на единицу объема помощи;
- финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

В случаях, когда органы исполнительной власти субъекта РФ, устанавливают дополнительные объемы страхового обеспечения (с учетом региональных особенностей заболеваемости населения и системы здравоохранения), нормативы финансового обеспечения территориальной программы могут превышать нормативы финансирования базовой программы ОМС.

Медицинские организации

СМО формируют заказ на общий объем медицинской помощи и заключает договор с МО об оплате выполненных медицинских услуг по полным тарифам, текущим и основной части капитальных расходов.

Медицинские организации имеют право:

- получать средства ОМС за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров в соответствии с установленными тарифами;
- обжаловать заключения СМО и ТФ ОМС по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны:

- бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ ОМС;
- вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

- предоставлять СМО и ТФ ОМС сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- предоставлять застрахованным лицам, СМО ТФ ОМС сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи.

5.3. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС установлены приказом ФФ ОМС от 1 декабря 2010 г. № 230, нормативно-правовыми актами ТФ ОМС и договором между участниками и субъектами системы ОМС. К контролю относят мероприятия по проверке соответствия предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание медицинской помощи и ее оплате. Реализуют это посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и ЭКМП.

Медико-экономический контроль (МЭК) – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате МО реестров счетов условиям договоров (оказание, соответствие оплаты территориальной программе, способам оплаты и тарифам, действующей лицензии МО). Обнаруженные нарушения оформляют актом. Они служат основанием для применения мер (уменьшения оплаты медицинской помощи, проведения **МЭК** и **ЭКМП**).

Наиболее частые нарушения при **МЭК** – нарушения порядка и правил оформления счетов пациентов.

Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации МО. МЭЭ бывает целевой и плановой. Установлен объем плановых проверок: по 8% - медицинской помощи стационарной и в дневном стационаре, 0,8% случаев – амбулаторно-поликлинической помощи. Если в 30% и более проверенных случаях обнаружены дефекты, то объем

проверок может быть увеличен более чем в 2 раза. По выявленным нарушениям возможны снижение оплаты медицинской помощи и (или) проведение ЭКМП.

Основные типичные нарушения, выявленные по результатам МЭЭ:

- дублирование записей в медицинских документах;
- оформление услуг, не свойственных исполнителю, необоснованное включение услуги в счет;
- запись в первичной медицинской документации неподтвержденной услуги;
- несоответствие диагноза оказанной услуге и др.

Экспертиза качества медицинской помощи – обнаружение нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей обнаруженных дефектов в оказании медицинской помощи. ЭКМП проводит эксперт, включенный в территориальный реестр экспертов КМП. Эксперт – врач специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедшей подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

МО не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения МЭЭ, ЭКМП, и обязана предоставлять запрашиваемую информацию.

При ЭКМП, оказанной пациенту с заболеванием, наиболее часто находят дефекты и ошибки при обследовании, диагностике (неправильный, несвоевременно поставленный диагноз, сочетание диагнозов)) и лекарственном обеспечении.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяют меры. ТФ ОМС и (или) СМО информируют застрахованных лиц об обнаруженных нарушениях.

В сфере ОМС ведут персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи.

5.5. ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

- Отсутствие внутренних стимулов (заинтересованности субъектов и участников ОМС).

- Застрахованные не могут полностью реализовать свое право на выбор СМО и МО из-за отсутствия достоверной и доступной информации о врачах и организациях; большая часть населения воспринимает полис ОМС как пропуск для оказания медицинской помощи.

- У СМО нет заинтересованности в эффективном управлении средствами Фонда. Фокус интересов СМО сместился от защиты прав застрахованных к победам в тендерах.

- У МО нет заинтересованности бороться за пациентов, оказывать более качественные медицинские услуги.

- Территориальная раздробленность системы ОМС. Нарушается принцип равноправия и доступности медицинской помощи в субъектах РФ из-за снижения финансовой устойчивости системы ОМС, снижения уровня конкуренции СМО (в 24 субъектах работают только 1-2 СМО, а в 21 субъекте рыночная доля одной СМО превышала 80%).
- Многоканальное финансирование и обратное ценообразование.

Одновременное существование систем платного и бесплатного здравоохранения не обеспечивает обязательной конкуренции между частными и государственными МО. Услуги частных МО (даже входящие в территориальную программу ОМС) оплачиваются пациентом полностью, и стоимость услуг частных МО завышается. Программы обязательного и ДМС частично дублируются, но оплачивают их по отдельности. Новое законодательство об ОМС частично решает проблемы совершенствования системы страхования. Однако следующие функции выполняют не полностью.

- Обеспечение граждан качественными медицинскими услугами во всех субъектах страны.
- Поддержку социально незащищенных слоев населения.
- Стимулирование уровня повышения здоровья.
- Обеспечение эффективного функционирования и развития системы здравоохранения.

Принципы эффективной системы финансирования здравоохранения следующие:

- Унификация (единый набор услуг, покрываемых программой ОМС; единая сетка тарифов оплаты медицинских услуг; общефедеральная лицензия СМО и единые требования к ним; четкие и прозрачные условия аккредитации МО).

- Заинтересованность застрахованного (создание механизмов, сдерживающих необоснованное повышение спроса на медицинские услуги).
- Профессиональное представительство (расширение функций и возможностей СМО как независимого представителя застрахованного).
- Ориентация на высокое качество услуг и повышение уровня здоровья населения (ориентация тарифов не на лечение, а на выздоровление; экономическое стимулирование профилактики; переориентирование системы оплаты труда медицинских работников на оказание качественных и обоснованных услуг пациенту).
- Деньги следуют за пациентом (право застрахованного на выбор СМО, МО и врача из списка, предложенного СМО; определение правил оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным на территориях вне зоны действия их СМО).
- Доступность медицинской помощи на всей территории РФ (право застрахованного на получение всех видов медицинской помощи на всей территории страны).
- Полнота тарифов (тарифы следует определять с учетом стандартов медицинской помощи и показателей здоровья; необходимо разработать и законодательно определить минимальные стандарты; тарифы должны обеспечивать экономическую независимость МО, наделять МО хозяйственной самостоятельностью).
- Одноканальность системы финансирования (финансирование МО только через систему ОМС; в страховой тариф должны быть включены эксплуатационные и капитальные расходы МО).
- Сочетание ОМС и платного медицинского обслуживания (определение правового поля для ДМС и платного здравоохранения, услуг сверх программы ОМС; полис ОМС должны зачитывать в негосударственных МО в качестве соплатежа, стимулировать спрос на ДМС через расширение налоговых льгот).

Анализ внедрения ОМС в отдельных субъектах РФ показывает, что на сегодняшний день можно выделить четыре модели организации ОМС в различных субъектах РФ.

5.6. ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ДМС – часть личного страхования и вид финансово-коммерческой деятельности, которую регулирует Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

ДМС – форма социальной защиты интересов застрахованного в охране здоровья, которая гарантирует при возникновении страхового случая получение медицинской помощи в медицинских учреждениях в соответствии с программой медицинского страхования, определенной договором ДМС. Этот вид страхования осуществляют на основе программ добровольного медицинского страхования. Он обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС.

Ее реализуют за счет средств собственных, полученных непосредственно от граждан, или работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

Размеры страховых взносов по ДМС устанавливают СМО самостоятельно и зависят от вида рисков, правил страхования, принятых конкретным страховщиком, стоимости медицинских и других услуг, количества застрахованных и т. п.

ДМС осуществляют на основе договора между страхователем (работодателем, гражданином), СМО и страховой компанией.

Развитие медицинского страхования предполагает сотрудничество государственной системы здравоохранения и системы ДМС. Определяющими условиями такого взаимодействия в первую очередь считают:

- расширение рынка платных медицинских услуг;
- активизацию деятельности компаний, работающих по программам ДМС;
- желание страховых компаний участвовать в финансировании региональных целевых медико-социальных программ.

В этом случае реализуют интересы всех участников медицинского страхования (табл. 5-1). Для организаций здравоохранения – это получение дополнительного финансирования по целевым медико-социальным программам, возможность повышения качества медицинской помощи и развития сервисных услуг. Для ТФ ОМС – возможность совместной реализации программ ОМС и ДМС и устранение тем самым практики двойной оплаты одной и той же медицинской услуги в учреждениях здравоохранения. Для страховых компаний – возможность

увеличения количества застрахованных. Для предприятий – получение дополнительных медицинских услуг высокого качества, предоставляемых работникам в рамках трудовых коллективных договоров.

Таблица 5-1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
Некоммерческое	Коммерческое
Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
Регламентируется ФЗ от 29 ноября 2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ»	Регламентируется Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ»
Осуществляют государственные или контролируемые государством организации	Осуществляют страховые организации различных форм собственности
Правила страхования определяет государство	Правила страхования определяют страховые организации
Страхователи – работодатели, органы исполнительной государственной власти и местного самоуправления	Страхователи – юридические и физические лица
Осуществляют за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляют за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
Программу государственных гарантий (гарантированный минимум услуг) утверждают органы государственной власти	Программу (гарантированный минимум услуг) определяют договором страховщика (СМО или СК) и страхователя
Тарифы устанавливают по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливают договором между страховщиком и страхователем
Систему контроля за качеством устанавливают государственные органы	Систему контроля за качеством устанавливают договором страхования
Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности – обязательного медицинского страхования	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности

При наступлении страхового случая – субсидиарная ответственность	При наступлении страхового случая – возмещение суммы застрахованного
---	---

По материалам Ю.П. Лисицына, А.И. Вялкова, В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой

Литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения; учебник: в 2 т./под ред. В. З. Кучеренко – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2013, - Т.1. –С. 253-279.
2. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения; учебник: в 2 т./под ред. В. З. Кучеренко – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2013, - Т.2. –С. 21-48.
3. Основы экономики здравоохранения/под ред. Н.И. Вишнякова. -4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. –С. 38-57.
4. Щепин О. П., Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник/ О. П. Щепин, В. А. Медик . – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2011. (Послевузовское образование). –С. 279-292.
5. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник/ В. А. Медик , Юрьев В. К. – 2-е изд., испр. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2012. –С. 474-488.
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период»
7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).
8. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016).
9. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник /Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп.. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –С.249-260, 297-302.

