ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЗАОЧНЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Институт управления производственными и инновационными программами

Кафедра управления финансами

Дисциплина: Бюджетная система РФ

**К о н т р о л ь н а я р а б о т а**

**на тему:**

**«Особенности обязательного медицинского страхования в РФ»**

ВЫПОЛНИЛ:

студентка 3 курса ЭГИ

Группа 634

Шифр 6710310103

Степанович А. С.

ПРОВЕРИЛ:

к.э.н., доцент кафедры

Федорова Е.В.

Санкт-Петербург

2008

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

1. Система обязательного медицинского страхования
2. Фонды обязательного медицинского страхования в Российской Федерации
3. Основные участники системы ОМС и их функции

Заключение

Список литературы

**ВВЕДЕНИЕ**

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья и составной частью системы социального страхования. Создание внебюджетных фондов явилось первым организационным шагом в попытке реформирования системы социального страхования в России.

В результате реформы системы социального страхования были определены следующие основные цели:

– формирование различных видов социального страхования и его разветвленной инфраструктуры;

– построение страховых систем с учетом профессиональных и региональных особенностей;

– обязательное участие работающих во взносах по большинству видов социального страхования;

–осуществление социального страхования структурами, не находящимися в непосредственном ведении государства;

– развитие механизмов самоуправления и саморегуляции в страховых структурах.

Все вышеперечисленное можно отнести и к системе медицинского страхования. Конечно, сразу добиться осуществления данных целей очень трудно. Однако, несмотря на все проблемы, связанные с внедрением в России обязательного медицинского страхования, организационно эта система уже внедрена.

Целью работы является рассмотрение особенностей обязательного медицинского страхования. Для этого рассмотрим системы обязательного медицинского страхования. Фонды обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, их задачи и функции. И основных участников системы обязательного медицинского страхования и их функции.

**1. СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

За период существования системы здравоохранения в Советском Союзе она в разное время достигала как значительных успехов, так и в последние годы демонстрировала существенные недостатки в сравнении с системами здравоохранения стран индустриального мира. Если в первой половине XX века советская система организации здравоохранения превосходила системы частного и социального страхования, существовавшие в странах капиталистического лагеря, то с конца 60-х годов начало намечаться отставание по показателям, характеризующим качественные составляющие деятельности этой системы указанных стран. Недостаточным становилось и финансирование сферы здравоохранения.

Так, в 1990 году расходы государства и населения на здравоохранение в ВВП России составляли 3,0%. В странах с развитой рыночной экономикой эта цифра в среднем равнялась 9,2%. Причем расходы из государственного бюджета составляли соответственно 2,0% и 5,6% [8, с.374].

Причины, по которым необходимость изменений в здравоохранении, стали насущными, С. Шишкин определяет так [8, с.375]:

– неудовлетворенность показателями состояния здоровья населения (уровень смертности, в том числе детской, уровень заболеваемости) в сравнении с государствами Западной Европы и Северной Америки; увеличивающийся разрыв в динамике этих показателей;

– недофинансирование здравоохранения, низкая доля затрат на охрану здоровья в ВВП;

– медленное обновление медицинского оборудования, нехватка современного оборудования в медицинских учреждениях;

– недостаток инноваций в методах лечения и медикаментах;

– избыток врачей и больничных мест при низкой эффективности их использования;

– низкая заработная плата врачей - ниже, чем в среднем по народному хозяйству;

– отсутствие у медицинских работников экономических стимулов к эффективной работе;

– низкое качество медицинских услуг, предоставляемых населению;

–минимальные возможности у пациентов влиять на качество предоставляемых услуг, используя легальные механизмы воздействия на медицинские организации и их персонал;

– развитие теневой оплаты услуг врачей, медсестер, теневого рынка лекарственных средств.

Реформирование системы здравоохранения было порождено, в том числе, пониманием невозможности изменить качество медицинского обслуживания в лучшую сторону, исходя только из возможностей государственного бюджета. Изменение структуры системы здравоохранения стали выражением стратегии на увеличение ресурсной составляющей общественного здравоохранения через расширение источников поступления средств и изменения порядка их движений в структуре взаимодействия субъектов здравоохранения.

По мнению Ю.М. Комарова, существует четыре основные формы организации здравоохранения [6, с.16]:

1. преимущественно частная;
2. страховая;
3. государственная;
4. национальная.

В чистом виде частная форма организации здравоохранения практически отсутствует. Ее замещение происходило в процессе эволюционирования систем социальной защиты, по причине того, что не все население имеет возможность из собственных средств оплачивать медицинские услуги. Эта форма существует в сочетании с другими формами систем здравоохранения. Для того чтобы ее стимулировать в некоторых странах существует субсидирование частного здравоохранения в виде налоговых льгот, либо (Австрия, Португалия, Ирландия) полное освобождение от некоторых видов налогов. Но, например, в Германии, Голландии наоборот ограничена практика освобождения от налоговых платежей для частных страховщиков, поскольку от налогов освобождено все социальное обеспечение. Считается, что состоятельные граждане сами в состоянии оплатить свое лечение. В Швейцарии частное медицинское страхование носит обязательный характер. В большинстве стран частное медицинское страхование сочетается с обязательным. Например, в Канаде лечение в медицинских учреждениях осуществляется через систему обязательного медицинского страхования, лекарства оплачиваются через систему частного страхование, из средств последнего оплачиваются услуги стоматологической помощи.

Государственная модель системы здравоохранения была предложена Н.А. Семашко, и в дальнейшем получила развитие на территории Советского Союза и стран советского лагеря. Государственная система основана на принципе прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений и гарантирует бесплатную медицинскую помощь.

В основу страховой системы заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских организаций.

Честь разработки положений национальной модели принадлежит англичанину У. Бевериджу. В этой стране широко развита сеть государственных и общественных медицинских учреждений. Обязательное медицинское страхование носит всеобщий характер [6, с.18-20].

С принятием Закона «О медицинском страховании граждан в РФ» 28 июня 1991 г. [1] можно говорить о новом этапе в развитии обязательного медицинского страхования в нашей стране.

В соответствии с законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» обязательное медицинское страхование является составной частью государственной системы социального страхования.

Медицинское страхование представляет собой систему механизмов общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов.

В основе ОМС лежат следующие основные организационно-экономические и правовые принципы:

– Все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на бесплатное получение медицинских услуг, включенных в государственную программу ОМС. Нормы, касающиеся ОМС, распространяются на всех взрослых граждан с момента заключения с ними трудового соглашения, а также детей.

Гарантия бесплатной медицинской помощи обеспечивается государственными институтами. Средства ОМС находятся в собственности правительства РФ. Для реализации государственной политики в области ОМС созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС, которые являются некоммерческими учреждениями и осуществляют финансово-кредитные операции по управлению средствами обязательного медицинского страхования.

– Все граждане, участвующие в системе ОМС, имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС. Страховые взносы и платежи перечисляются всеми гражданами, участвующими в ОМС, но перечисление финансовых ресурсов осуществляется только в случае обращения за медицинской помощью.

 Перечень и объем предоставляемых услуг не зависят от количественного порядка взносов на обязательного медицинского страхования. Граждане с различным уровнем дохода и, соответственно, с различным объемом начислений на заработную плату имеют одинаковые права на получение медицинских услуг, входящих в программу обязательного медицинского страхования (принцип «богатый платит за бедного»).

– Между различными участниками системы обязательного медицинского страхования выстраиваются договорные отношения при активном участии и контроле государства в лице уполномоченных им органов.

Важнейший принцип ОМС - активная роль государства, которое определяет правила игры, контролирует их соблюдение, а также принимает финансовое участие в деятельности всей системы ОМС.

Участниками обязательного медицинского страхования являются:

– страхователи (для неработающего населения - государство в лице местных органов исполнительной власти; для работающих граждан - предприятия, учреждения и организации независимо от форм собственности и хозяйственно- правового статуса);

– застрахованные - все граждане РФ, а также граждане иностранных государств, постоянно проживающие на территории России;

– Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (специализированные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования);

– страховые медицинские организации, имеющие лицензию на право деятельности по обязательному медицинскому страхованию;

– медицинские учреждения, имеющие лицензию на право оказания медицинской помощи, включенной в программу обязательного медицинского страхования.

Средствами, включенными в систему обязательного медицинского страхования, управляют Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Каждый гражданин Российской Федерации имеет право на [1]:

– обязательное и добровольное медицинское страхование;

– выбор медицинской страховой организации;

– выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

– получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;

– получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера выплаченного страхового взноса;

– предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

– возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, устанавливаемые Законом о медицинском страховании распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора.

Защиту интересов граждан осуществляют Правительства РФ и республик в составе РФ, органы государственного управления автономных областей и округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация, профсоюзные, общественные или иные организации [1].

А с момента введения единого социального налога (январь 2001 г.), контроль за полнотой и своевременностью внесения взносов в государственные социальные внебюджетные фонды, в том числе в фонды обязательного медицинского страхования, осуществляется налоговыми органами.

«Для реализации государственной политики в области ОМС создаются Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения»[1, статья 12].

Обязательное медицинское страхование имеет своей целью обеспечение граждан РФ бесплатной медицинской помощью в соответствии с действующими программами государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Однако следует отметить, что бюджетное финансирование не заменяется страховыми механизмами, а лишь дополняется. Например, целевые программы по-прежнему финансируются из федерального бюджета. Таким образом, система финансирования здравоохранения изначально предусматривала взаимное дополнение формируемых схем финансирования учреждений здравоохранения.

**2. ФОНДЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания фи­нансовых ресурсов на его проведение.

Законом предусматривается, что финансовые средства фондов обяза­тельного медицинского страхования находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат [4].

Из основных задач Федерального фонда можно выделить:

1) финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [1];

1. обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;
2. аккумулирование финансовых средств Федерального фонда для обеспечения финансовой стабильности системы ОМС.

В целях выполнения основных задач Федеральный фонд выполняет в обществе следующие функции:

1) осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

1. разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на обязательное медицинское страхование;
2. осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумулирование финансовых средств Федерального фонда;
3. выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;
4. осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и органами Государственной налоговой службы Российской Федерации контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования;
5. осуществляет совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроль за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;
6. осуществляет в пределах своей компетенции организационно- методическую деятельность по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования;
7. вносит в установленном порядке предложения по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;
8. участвует в разработке базовой программы ОМС граждан;
9. осуществляет сбор и анализ информации, в том числе о финансовых средствах системы обязательного медицинского страхования, и представляет соответствующие материалы в Правительство Российской Федерации;
10. организует в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, подготовку специалистов для системы обязательного медицинского страхования;
11. изучает и обобщает практику применения нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;
12. обеспечивает в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, организацию научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского страхования;
13. участвует в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, в международном сотрудничестве по вопросам обязательного медицинского страхования;
14. ежегодно в установленном порядке представляет в Правительство Российской Федерации проекты федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда на соответствующий год и о его исполнении.

Финансовые средства Федерального фонда являются федеральной собственностью, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Финансовые средства Федерального фонда образуются за счет:

1. части страховых взносов (отчислений) хозяйствующих субъектов и иных организаций на обязательное медицинское страхование в размерах, устанавливаемых федеральным законом;
2. ассигнований из федерального бюджета на выполнение федеральных целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования;
3. добровольных взносов юридических и физических лиц;
4. доходов от использования временно свободных финансовых средств;
5. нормированного страхового запаса Федерального фонда;
6. поступлений из иных источников, не запрещенных законом РФ.

Страховые взносы (отчисления) в Федеральный фонд перечисляются хозяйствующими субъектами и иными организациями в соответствии с установленным порядком [2].

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС) не входит в систему законодательных и исполнительных государственных органов субъектов Федерации. В соответствии с «Положением о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования» [3], ТФОМС является самостоятельным государственным финансово-кредитным учреждением. Положение о ТФОМС не устанавливает какой-либо организационной подчиненности для Территориальных фондов. Они действуют самостоятельно в соответствии с Положением и требованиями действующего законодательства.

В соответствии со ст. 12 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» территориальные фонды создаются совместным решением органов законодательной и исполнительной власти субъектов РФ [1].

 Несмотря на то, что органы исполнительной власти субъектов РФ обладают правами назначения исполнительных директоров территориальных фондов и заслушивания отчетов Территориальных фондов о его деятельности. Указанные органы не имеют права вмешиваться в финансово-хозяйственную деятельность Фонда (финансовые средства ТФОМС не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат), производить изъятие и распоряжаться финансовыми средствами ТФОМС.

Также принимает участие в работе ТФОМС комитеты по здравоохранению субъектов Федерации.

 Их основные функции в системе ОМС [3]:

– контроль за качеством предоставляемой населению медицинской помощи, а также изделий медицинского назначения;

– разработка Территориальной программы ОМС;

– участие в утверждении тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицин­ского страхования.

В целом, и Федеральный, и территориальные фонды обязательного медицин­ского страхования являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством РФ [4, с.66].

Федеральный и Территориальный фонды обязательного медицинского страхования является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования.

3. ОСНОВНЫЕ УЧАСТНИКИ СИСТЕМЫ ОМС И ИХ ФУНКЦИИ

Страхователь - это физическое или юридическое лицо, выражающее страховой интерес и вступающее в гражданско-правовые отношения со страховщиком в силу закона или двусторонней сделки (договора страхования). Страхователями в РФ признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования, либо являющиеся страхователями в силу закона. Страхователи могут заключать договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (застрахованных лиц). При этом они могут назначать физических или юридических лиц (выгодоприобретателей) для получения страховых выплат по договорам страхования. Страхователь обязан своевременно вносить страховые взносы (страховые премии). Страхователь (в системе ТФОМС) - для неработающего населения – Администрация субъекта федерации, для работающего населения - предприятия, учреждения, организации и иные хозяйствующие субъекты, а также лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий, зарегистрированные в установленном порядке в субъекте РФ. Конкретный перечень плательщиков страховых взносов на ОМС определяется в соответствии с законодательством РФ.

Основные функции страхователей-предприятий в системе ОМС:

– уплата страховых взносов на ОМС в порядке, установленном действующим законодательством;

– заключение договора ОМС работающих граждан с выбранной страховой медицинской организацией.

Страховщик - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством РФ, созданное для осуществления страховой деятельности (страховые организации и общества взаимного страхования) и получившее в установленном законом порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории РФ. Страховщик - страховая медицинская организация, которая оплачивает оказанную ею застрахованным гражданам медицинскую помощь в лечебно-профилактическом учреждении, и имеющих с ней договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи.

Основные функции страховщиков (страховых медицинских организаций) состоят в том, чтобы:

– осуществлять ОМС путем заключения договоров ОМС со страхователями и договоров на оказание медицинских услуг застрахованному контингенту с медицинскими учреждениями;

– принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;

– контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

– защищать интересы застрахованных.

Застрахованный по ОМС - лицо, в пользу которого заключен договор обязательного медицинского страхования. Граждане, застрахованные по ОМС – это граждане Российской Федерации, беженцы и вынужденные переселенцы, имеющие регистрацию по месту жительства или по месту пребывания (на срок более шести месяцев), и иностранные граждане и лица без гражданства, имеющие регистрацию по месту жительства; граждане, проживающие и осуществляющие трудовую деятельность на территории одних субъектов РФ, но состоящие в трудовых отношениях с предприятиями, организациями, учреждениями и иными работодателями, зарегистрированными в установленном порядке на территории других субъектов РФ и являющимися плательщиками страховых взносов в данный ТФОМС (в отношении которых заключен Договор взаимодействия Страхователя и Страховщика).

Действия застрахованного гражданина при непредоставлении и при несоблюдении условий предоставления ему медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой обязательного медицинского страхования, регламентируются действующим законодательством, договором обязательного медицинского страхования. При несоблюдении медицинским учреждением условий предоставления застрахованному гражданину медицинской помощи, гражданин должен обратиться в страховую медицинскую организацию, выдавшую ему страховой полис. Страховая медицинская организация обязана защищать интересы застрахованных ею граждан и контролировать объем, сроки и качество помощи по договору с медицинским учреждением.

Страхователь обязан уплачивать налог в размерах, сроки и порядке, предусмотренном Налоговым Кодексом Российской Федерации; заключить договор обязательного медицинского страхования в пользу работающего гражданина сразу после подписания с ним трудового договора; представить страховщику данные, необходимые для осуществления обязательного медицинского страхования. С момента расторжения трудового договора обязанности работодателя по обязательному медицинскому страхованию перед работником прекращаются и переходят к другому страхователю, в зависимости от нового статуса застрахованного [5, с.62-64].

Кроме того, Правительство республик в составе Российской Федерации, автономных областей, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация, являющиеся согласно ст. 2 Закона Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 « О медицинском страховании граждан в РФ» страхователем неработающего населения, обязаны заключить договор обязательного медицинского страхования при наличии двух условий:

1. гражданин не должен работать;
2. гражданин должен постоянно проживать на территории, подведомственной органу государственного управления, это касается вынужденных переселенцев и лиц попавших в экстремальные ситуации.

А прекращается обязанность органа государственного управления как страхователя [1]:

– при поступлении гражданина на работу;

– при перемене гражданином места жительства;

– в случае смерти гражданина.

Следует особенно отметить, что ст. 9 закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» предусматривает право выбора страхователем страховой медицинской организации. Страхователю следует, прежде всего, проверить, имеет ли страховая медицинская организация государственную лицензию на право осуществления страховой деятельности по обязательному медицинскому страхованию на данной территории, а также показатели ее финансового состояния и платежеспособность. Если страхователь удовлетворен степенью надежности выбранной им страховой медицинской организации, то он вправе принимать самостоятельное решение по заключению договоров обязательного медицинского страхования.

Все граждане, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, имеют право на выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договором страхования. Получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства, возмещение ущерба, причиненного им в результате оказания медицинской помощи.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Итак, изучение темы позволяет сделать следующие краткие выводы:

1) Обеспечение бесплатной медицинской помощи и равных возможностей поддержания уровня здоровья через внедрение системы медицинского страхования является важнейшей составной частью государственной социальной политики.

2) Медицинское страхование представляет собой систему механизмов общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов. Цель ОМС - обеспечить гражданину при возникновении ситуации, требующей медицинской помощи, ее получение за счет финансовых средств, аккумулированных в системе обязательного медицинского страхования.

3) Средствами, включенными в систему ОМС, управляют Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС.

4) Обязательное медицинское страхование предусматривает страхование двух категорий населения: работающих граждан - по месту работы, независимо от места регистрации; неработающих граждан РФ - по месту постоянного проживания на территории РФ.

В целом переход к новым экономическим отношениям в здравоохранении благодаря медицинскому страхованию создал основу для внедрения страховых принципов оплаты медицинской помощи и системы защиты прав граждан в обеспечении качественной медицинской помощи.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

**Нормативно-правовые документы**

1. Закон РФ от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. от 29.12.2006 г.). Режим доступа: http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/87
2. Устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержден постановлением Правительства РФ 29 июля 1998 г. № 857. Режим доступа: http://www.minzdravsoc.ru/docs/ffoms/regulations

Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденное Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1. Режим доступа: http://www.minzdravsoc.ru/docs/ffoms/regulations

Учебная литература

1. Буянова М.О., Кобзева С.И., Кондратьева 3.А. Право социального обеспечения: Учебник. - М.: ТК Велби, КноРус, 2007. - 384 с.

Право социального обеспечения России: Учебник. / Под ред. К. Н. Гусова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2008. - 488 с.

#### Дополнительная литература

1. Комаров Ю.М. Организация медицинского страхования в России и за рубежом. // Вестник государственного страхования.-№9. - 2005. - с.16-23.
2. Кузнецов А.В. Реформа системы обязательного медицинского страхования на современном этапе. // Современные аспекты экономики. - №8. – 2007. - c.33-36.
3. Шишкин С. Выбор страховой модели финансирования и процесс практического внедрения обязательного медицинского страхования. // Социальная политика в постсоциалистическом обществе: задачи, противоречия, механизмы. - М.: Наука, 2001. - с.376-389.