**Содержание**

Введение

1. Нормативно-правовое регулирование использования средств Фонда обязательного медицинского страхования РФ

1.1 Фонд обязательного медицинского страхования – цели, задачи, функции, структура

1.2 Законодательное регулирование использования средств ФОМС

2. Современное состояние использования средств ФОМС

2.1 Анализ деятельности ФОМС

2.2 Структура расходов ФОМС

Заключение

Список использованной литературы

Введение

В стране в настоящее время действует Федеральная целевая программа "Здоровье", призванная осуществлять поддержку здоровья населения, однако до настоящего времени недостаточно разработаны вопросы мониторирования здоровья населения, не отработана методология непрерывного анализа, оценки и прогнозирования как состояния здоровья, так и социально-гигиенических факторов, влияющих на уровень и структуру заболеваемости, смертности, травматизма, потери трудоспособности и инвалидности населения. В этой связи для принятия конкретных управленческих решений необходимо, применительно к конкретному региону, периодически проводить углубленный анализ состояния здоровья населения на основе единых методологических приемов с использованием компьютерных технологий, которые позволят, учитывая дефицит бюджетного финансирования, своевременно корректировать как объем необходимых лечебно-профилактических мероприятий, так и структурные изменения в системе здравоохранения региона. Необходим комплексный подход и системный анализ деятельности учреждений здравоохранения соответствующего региона с учетом состояния сети лечебно-профилактических учреждений, их структуры, материально-технического оснащения, темпов развития, потребности населения в соответствующих видах медицинской помощи и ее удовлетворения, организационно-правового, информационного, штатного, финансового и других видов ресурсного обеспечения.

С точки зрения системного подхода и системного анализа здравоохранение региона, как народно-хозяйственный комплекс, относят к большим медицинским системам.

Проблемы управления большими медицинскими системами имеют целый ряд особенностей на уровне промышленно развитого региона, которые необходимо учитывать при разработке новых теоретических и прикладных аспектов. В первую очередь к ним относятся: тесная взаимосвязь медико-демографических и экологических характеристик с социально-экономическими показателями; зависимость состояния здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений от устойчивости финансирования системы здравоохранения; влияние обеспеченности ресурсами системы здравоохранения на объем и качество предоставляемой медицинской помощи и другие. Эти особенности необходимо учитывать при разработке эффективного механизма управления на всех уровнях региональной системы здравоохранения, их концептуального и методологического обоснования с ориентацией на анализ динамики состояния здоровья населения и ресурсного обеспечения этой социальной сферы.

Проблемы медицинского обеспечения широко обсуждаются в научной литературе, тем не менее большинство публикаций только обозначает всем уже известные проблемы, не предлагая действенных путей их решения.

Таким образом, актуальность темы курсовой работы обусловлена не только важностью и востребованностью медицинского страхования в современной России, но и необходимостью поиска выхода из сложившейся ситуации, когда в стране недостаточно средств для осуществления необходимого медицинского обеспечения граждан, правовые основы обязательного медицинского страхования являются остро дискуссионными и существует еще масса других проблем.

Целью настоящей курсовой работы является анализ основных направлений расходования средств Фонда обязательного медицинского страхования. Для достижения поставленной цели в работе решены следующие задачи:

1. рассмотрено законодательное регулирование использования средств Фонда обязательного медицинского страхования;
2. проанализирована структура расходов ФОМС.

Таким образом, объектом исследования в курсовой работе является Фонд обязательного медицинского страхования; предметом – его формирование и использование.

1. Нормативно-правовое регулирование использования средств фонда обязательного медицинского страхования РФ

1.1 Фонд обязательного медицинского страхования – цели, задачи, функции, структура

В июне 1991 г. Верховный Совет РСФСР принял Закон "О медицинском страховании граждан РСФСР". Он явился исходным пунктом поэтапного перехода к системе обязательного медицинского страхования, призванной укрепить финансовую базу здравоохранения, повысить роль экономических регуляторов деятельности медицинских учреждений.

Медицинское страхование - форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющая своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия (Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-I "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"). При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине - это дополнительный источник финансирования медицинских затрат.

Страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь по обращению за медицинской помощью (принцип "здоровый платит за больного"). Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависит от абсолютного размера платежа по ОМС. 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").

Участниками ОМС являются:

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

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

3) территориальные и федеральные фонды ОМС (специализированные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, реализующие государственную политику в области ОМС);

4) страховые медицинские организации, имеющие лицензию на право деятельности по ОМС;

5) медицинские учреждения, имеющие лицензию на право оказания медицинской помощи, входящей в программы ОМС.

Источниками средств ОМС являются:

1) части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации;

2) части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;

3) иные поступления, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Финансовые средства территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – территориальные фонды) образуются за счет:

1) части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством Российской Федерации;

2) части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;

3) страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов РФ, местного самоуправления с учетом территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение;

4) иных поступлений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Уплата единого социального налога в частях, зачисляемых в фонд и территориальные фонды, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 5 августа 2000 г. №117-ФЗ "Налоговый кодекс Российской Федерации. Часть вторая".

Порядок уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в территориальные фонды предусмотрен Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного страхования, утвержденным Постановлением Верховного Совета РФ от 24 февраля 1993 г. №4543-1 "О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год", другими нормативными правовыми актами, нормативно-методическими документами, утверждаемыми в установленном порядке.

Платежи за работающее и неработающее население перечисляются в специализированные финансово-кредитные учреждения – Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Эти учреждения созданы на основе Постановления Верховного Совета РФ №4543-1, в рамках которого было утверждено Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования (ТФОМС).

Фонды обязательного медицинского страхования – это самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, осуществляющие выполнение Закона о медицинском страховании и реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан.

ФФОМС обеспечивает реализацию Закона РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", права граждан в системе обязательного медицинского страхования, достижение социальной справедливости и равенства граждан в системе ОМС, участвует в разработке и осуществлении государственной финансовой политики в области ОМС и комплекса мероприятий по обеспечению финансовой устойчивости системы ОМС и созданию условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации (Постановление Правительства РФ от 29 июля 1998 г. №857 "Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования").

Основными задачами Федерального фонда являются:

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

2) обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

3) аккумулирование финансовых средств Федерального фонда для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

Основными функциями ФФОМС являются:

1) осуществление выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

2) разработка и в установленном порядке внесение предложения о размере взносов на обязательное медицинское страхование;

3) осуществление в соответствии с установленным порядком аккумулирования финансовых средств Федерального фонда;

4) выделение в установленном порядке средств территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования;

5) осуществление совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и органами Федеральной налоговой службы контроля за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) в фонды обязательного медицинского страхования;

6) осуществление совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок;

7) осуществление в пределах своей компетенции организационно-методической деятельности по обеспечению функционирования системы обязательного медицинского страхования;

8) внесение в установленном порядке предложения по совершенствованию законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

9) участие в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования граждан;

10) осуществление сбора и анализа информации в том числе о финансовых средствах системы обязательного медицинского страхования и представление соответствующих материалов в Правительство РФ;

11) организация в порядке, установленном Правительством РФ, подготовки специалистов для системы обязательного медицинского страхования;

12) изучение и обобщение практики применения нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования;

13) обеспечивание в порядке, установленном Правительством РФ, организации научно-исследовательских работ в области обязательного медицинского страхования;

14) участие в порядке, установленном Правительством РФ, в международном сотрудничестве по вопросам обязательного медицинского страхования;

15) ежегодно в установленном порядке представление в Правительство РФ проектов федеральных законов об утверждении бюджета Федерального фонда на соответствующий год и о его исполнении.

Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Порядок расходования средств при проведении ОМС, принципы финансового взаимодействия органов исполнительной власти, Федерального и территориальных фондов ОМС, других субъектов медицинского страхования определены Постановлением Верховного Совета РФ "О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год" и "Временным порядком финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан" (утв. Федеральным фондом ОМС 5 апреля 2001 г. №1518/21-1). В соответствии с ними из поступивших на основные счета территориального фонда средств части единого социального налога, части единого налога на вмененный доход, подлежащих зачислению в территориальный фонд, страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, а также иных поступлений, предусмотренных законодательством Российской Федерации, территориальный фонд осуществляет:

1) финансирование страховых медицинских организаций по дифференцированным среднедушевым нормативам для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;

2) оплату медицинских услуг, оказываемых гражданам, застрахованным территориальным фондом (в случае осуществления обязательного медицинского страхования территориальным фондом);

3) финансирование мероприятий по здравоохранению в рамках региональных целевых программ, утвержденных в установленном порядке, для медицинских учреждений, функционирующих в системе ОМС;

4) формирование нормированного страхового запаса, предназначенного для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории субъекта РФ;

5) формирование средств, предназначенных на обеспечение им управленческих функций по нормативу, устанавливаемому исполнительным директором по согласованию с правлением территориального фонда в процентах к размеру всех поступивших средств без учета остатка финансовых средств на начало года.

Документом, удостоверяющим право застрахованного на получение медицинских услуг, включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, является страховой полис единой формы для всей территории региона. При необходимости по согласованию с медицинским учреждением страховщик вправе использовать иные формы направительных документов для оказания медицинской помощи.

1.2 Законодательное регулирование использования средств ФОМС

В ст. 147 Бюджетного кодекса РФ установлено рамочное положение, согласно которому расходование средств государственных внебюджетных фондов осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством РФ, ее субъектов, регламентирующим их деятельность, в соответствии с бюджетами указанных фондов, утвержденными федеральными законами и законами субъектов РФ.

Более детально цели и порядок расходования средств государственных внебюджетных фондов прописаны в ст. 19 Федерального закона от 16 июля 1999 г. №165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования".

Средства государственных внебюджетных фондов имеют целевое назначение и могут направляться на:

- выплату в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ пенсий и социальных пособий, а также финансирование здравоохранения;

- доставку пенсий и социальных пособий;

- финансовое и материально-техническое обеспечение текущей деятельности государственных внебюджетных фондов (включая содержание его центральных и территориальных органов);

- иные цели, предусмотренные законодательством РФ об обязательном социальном страховании.

Расходы, не предусмотренные бюджетами государственных внебюджетных фондов на соответствующий год, осуществляются только после внесения изменений в указанные бюджеты в установленном федеральным законом порядке.

Порядок использования временных свободных средств государственных внебюджетных фондов определяется федеральным законом.

Нецелевое расходование денежных средств государственных внебюджетных фондов не допускается и влечет за собой ответственность должностных лиц, допустивших указанное нарушение, в соответствии с законодательством РФ.

Статья 149 БК РФ предполагает, что заключительная стадия бюджетного процесса включает в себя три этапа:

- составление органом управления государственного внебюджетного фонда отчета об исполнении его бюджета;

- представление Правительством РФ такого отчета на рассмотрение Федерального Собрания РФ;

- рассмотрение и утверждение такого отчета Федеральным Собранием РФ.

Отчет об исполнении бюджета государственного внебюджетного фонда рассматривается и утверждается Федеральным Собранием в форме федерального закона.

Отчет об исполнении бюджета территориального государственного внебюджетного фонда составляется органом управления данного фонда и представляется органом исполнительной власти субъекта РФ на рассмотрение и утверждение законодательному органу субъекта Российской Федерации в форме закона субъекта РФ.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.02.2007 №102 Фонд направляет в бюджеты территориальных фондов:

а) субсидии на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – субсидии);

б) средства федерального бюджета на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными средствами в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – средства федерального бюджета на лекарственное обеспечение).

Субсидии направляются в бюджеты территориальных фондов ежемесячно

Средства федерального бюджета на лекарственное обеспечение направляются Фондом в бюджеты территориальных фондов ежемесячно при .их поступлении из федерального бюджета в размере одной двенадцатой годового объема средств, предусмотренных на указанные цели в приложении 4 к Федеральному закону "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год".

В случае недостаточности средств федерального бюджета на лекарственное обеспечение Фонд по итогам расходования средств за отчетный квартал вправе направить на указанные цели субсидии, а также другие средства в соответствии со статьей 13 Федерального закона "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год".

Для решения вопроса о направлении субсидии на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными средствами в Фонд представляется заявка по утвержденной форме.

К заявке прилагается отчет территориального фонда об использовании средств федерального бюджета на лекарственное обеспечение за отчетный период, предоставляемый по форме и в порядке, которые устанавливаются Фондом.

Территориальный фонд ведет раздельный учет средств, представляемых в качестве субсидии, и средств федерального бюджета на лекарственное обеспечение и ежеквартально, не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным, представляет в Фонд отчет по форме, устанавливаемой Фондом по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации.

Решение о направлении субсидии на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными средствами принимается Фондом на основании предусмотренной пунктом 6 настоящих Правил заявки не позднее 10 рабочих дней с даты ее поступления.

Направление субсидии в бюджет территориального фонда осуществляется Фондом в течение 5 рабочих дней с даты принятия соответствующего решения.

В случае необоснованного превышения потребности в средствах федерального бюджета на лекарственное обеспечение Фонд вправе принять решение об отказе в направлении субсидии в бюджет территориального фонда и проинформировать об этом территориальный фонд в течение 5 рабочих дней с даты принятия соответствующего решения.

Фонд перечисляет в бюджеты территориальных фондов платежными поручениями средства, предусмотренные пунктами 3 и 4 настоящих Правил, на отдельные счета территориальных фондов, открытые в установленном порядке в учреждениях Центрального банка Российской Федерации на балансовом счете по учету средств территориальных фондов.

Контроль за целевым использованием средств на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Современное состояние использования средств ФОМС

2.1 Анализ деятельности ФОМС

Деятельность правления ФОМС в 2007 году осуществлялась в соответствии с Положением о правлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования и была направлена на выполнение задач и функций, отнесенных к компетенции правления Уставом ФОМС по координации и совершенствованию работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования в целях обеспечения проведения государственной политики по развитию системы обязательного медицинского страхования и решению следующих приоритетных задач:

• совершенствование правового регулирования деятельности системы обязательного медицинского страхования и участие в подготовке нормативной базы;

• финансовое обеспечение конституционных прав граждан Российской Федерации на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях единого социального налога;

• обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС на территории Российской Федерации;

• аккумулирование финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования;

• усиление контроля за использованием средств ОМС.

Принимая во внимание, что действующая система обязательного медицинского страхования в переходный период оправдала себя как форма социальной защиты граждан Российской Федерации в охране их здоровья, правление ФОМС уделяло особое внимание сохранению достигнутой финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования.

Во исполнение Федерального Закона "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год" правлением ФОМС рассмотрено и утверждено "Положение о порядке направления территориальным фондам обязательного медицинского страхования субсидий на обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей), перечисляемых из федерального бюджета" и "Положение о порядке направления субсидий на обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей) из средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования". Правлением ФОМС также был рассмотрен проект Положения о порядке направления средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выравнивание финансовой деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по финансированию территориальных программ обязательного медицинского страхования и принято решение о его доработке с учетом замечаний и предложений председателя и членов правления ФОМС.

На каждом заседании правления ФОМС рассматривалась информация о субвенциях, выделенных ФОМС территориальным фондам ОМС за истекший период и период между заседаниями правления ФОМС.

В целях осуществления контроля за деятельностью Федерального фонда обязательного медицинского страхования правлением ФОМС ежегодно назначается аудиторская проверка с представлением результатов, комплекса мер по устранению выявленных недостатков и обеспечением контроля за их устранением.

Ревизионной комиссией ФОМС осуществляется контроль за исполнением решений правления по вопросам финансово-кредитной деятельности ФОМС и использованием средств на содержание ФОМС.

Правлением ФОМС рассмотрены организационные вопросы деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования и правления ФОМС. В связи с изменениями в деятельности ФОМС рассматривался вопрос по согласованию изменений в структуре и штатном расписании ФОМС, утверждены планы работы правления и ревизионной комиссии Федерального фонда ОМС на 2007 год и другие.

В целях выполнения основных задач, возложенных на Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Уставом, нормативно-правовая работа ФОМС проводилась по следующим направлениям:

• осуществление подготовки нормативных правовых актов, разработанных ФОМС, к государственной регистрации, проводимой Минюстом России;

• изучение и обобщение арбитражной практики по делам с участием Федерального и территориальных фондов ОМС;

В соответствии с Уставом ФОМС основными функциями Федерального фонда ОМС являются аккумулирование финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС и выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. В 2007 году Федеральный фонд ОМС осуществлял свою деятельность в соответствии с Федеральным Законом "О бюджете Федерального фонда ОМС на 2007 год" (далее — Федеральный Закон).

Бюджет Федерального фонда ОМС за 2007 год исполнен по доходам в сумме 6812,8 млн. руб., по расходам в сумме 6761,4 млн. руб., с превышением доходов над расходами в сумме 51,4 млн. руб.

Доходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2007 году составили 6812,8 млн. руб. и увеличились по сравнению с аналогичным показателем, предусмотренным бюджетом ФОМС, на 406,6 млн. руб. (или 106,3% к плану).

Удельный вес налоговых поступлений в общей сумме доходов составил — 99,6%, (6784,3 млн руб.), из них: единый социальный налог, уплачиваемый предприятиями, организациями, учреждениями и иными хозяйствующими субъектами — 93,8% (6390,8 млн руб.), единый налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения — 2,5% (169,3 млн руб.), единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности — 2,1% (142,1 млн руб.), единый сельскохозяйственный налог — 0,02% (1,1 млн руб.) и недоимка, пени и штрафы по взносам — 1,2% (81,0 млн руб.).

Расходование средств ФОМС осуществлялось в соответствии с целями, установленными Федеральным Законом.

Расходы ФОМС за 2007 год составили 6761,4 млн руб., или 105,8%, против предусмотренных бюджетом 6391,2 млн руб. и имели строго целевое назначение.

Средства, поступившие в 2007 году в бюджет ФОМС сверх сумм, установленных Федеральным Законом, в соответствии со статьей 7 Федерального Закона и решением правления ФОМС, были направлены на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС.

Согласно Уставу ФОМС одной из основных функций Федерального фонда обязательного медицинского страхования является выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В структуре расходов ФОМС расходы на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования составили 5972,2 млн руб., или 88,3% расходов ФОМС, в том числе:

— 5570,1 млн руб., или 93,3% от общей суммы расходов на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов направлены 82 территориальным фондам обязательного медицинского страхования на обеспечение стабильности оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам по программам обязательного медицинского страхования. На 1 января 2008 года структура системы обязательного медицинского страхования была представлена 91 территориальным фондом ОМС, 832 их филиалами, из которых 378 филиалов выполняли функции страховщиков, 276 страховыми медицинскими организациями и 90 их филиалами (всего 366, включая филиалы СМО) (таблица 2.1). В системе обязательного медицинского страхования работали также 8457 самостоятельных лечебно-профилактических учреждений и 19760 учреждений, входящих в состав других ЛПУ.

Таблица 2.1 **Структура системы обязательного медицинского страхования** **на 1 января 2008 года**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Субъект Российской Федерации | ТФОМС | Филиалы ТФОМС | | СМО | Филиалы СМО |
| Всего | из них: выполняющие функции страховщиков |
| Российская Федерация | 91 | 832 | 378 | 276 | 90 |
| Центральный ФО | 18 | 181 | 13 | 56 | 17 |
| Северо-Западный ФО | 11 | 63 | 23 | 45 | 13 |
| Южный ФО | 13 | 166 | 95 | 31 | 14 |
| Приволжский ФО | 16 | 144 | 116 | 40 | 21 |
| Уральский ФО | 6 | 99 | 49 | 38 | 7 |
| Сибирский ФО | 16 | 151 | 71 | 45 | 13 |
| Дальневосточный ФО | 10 | 28 | 11 | 21 | 5 |
| Байконур | 1 | - | - | - | - |

Филиалы территориальных фондов ОМС функционировали на территориях 58 субъектов Российской Федерации. Филиалы ТФОМС с функциями страховщиков осуществляли работу на территориях 31 субъекта Российской Федерации. Страховые медицинские организации и их филиалы работали в 70 субъектах Российской Федерации (таблица 2.2).

Таблица 2.2 **Динамика числа субъектов Российской Федерации, в которых функционировали учреждения и организации ОМС, 2001-2007 гг.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Учреждения и организации системы ОМС | Число субъектов РФ | | | | | | |
| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Филиалы ТФОМС – всего | 67 | 69 | 71 | 63 | 63 | 62 | 58 |
| из них:  филиалы, выполняющие функции страховщиков | 32 | 35 | 39 | 37 | 36 | 35 | 31 |
| СМО (филиалы СМО) | 63 | 61 | 61 | 62 | 60 | 64 | 70 |

В зависимости от административно-территориального устройства, демографических и экономических условий в субъектах Российской Федерации сложилось **четыре типа** организационных схем системы ОМС РФ.

I тип – на территориях 23 субъектов Российской Федерации функционируют все законодательно предусмотренные участники системы ОМС: территориальный фонд ОМС, филиалы ТФОМС, филиалы с правами страховщиков, страховые медицинские организации (филиалы СМО).

II тип – на территориях 24 субъектов Российской Федерации функционируют: территориальный фонд ОМС, филиалы ТФОМС (без прав страховщика) и страховые медицинские организации (филиалы СМО).

III тип – на территориях 23 субъектов Российской Федерации функционируют: территориальный фонд ОМС, страховые медицинские организации или филиалы СМО.

IV тип – на территориях 21 субъекта Российской Федерации функционируют: территориальный фонд ОМС и его структуры без участия страховых медицинских организаций. Из них в 8 субъектах РФ действуют: ТФОМС, филиалы ТФОМС с правами страховщиков и без прав страховщиков; на территориях 3 субъектов РФ – территориальный фонд и филиалы ТФОМС; на территориях 10 субъектов РФ – только территориальный фонд ОМС.

В 2007 году территориальные Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – территориальная Программа госгарантий) были разработаны и утверждены во всех субъектах Российской Федерации.

Численность застрахованных граждан по обязательному медицинскому страхованию составила 138579,6 тыс. человек. Охват населения обязательным медицинским страхованием в 2004 году в среднем по России составил 96,8% (В % к постоянной численности населения (данные Госкомстата России)).

Из общего числа застрахованных по ОМС граждан Российской Федерации работающие (55681,6 тыс. чел.) составили 40,2%. В 7 субъектах Российской Федерации в структуре застрахованных работающие граждане превысили 50%: Чукотский АО – 69,7%, Ямало-Ненецкий АО – 59,2%, Эвенкийский АО – 51,7%, Магаданская область – 55,6% и др. В Чеченской республике, республиках Дагестан и Ингушетия работающие граждане составили менее 20% в структуре застрахованных по ОМС граждан.

Из общего числа застрахованных работающих граждан 95,4% были зарегистрированы по месту проживания.

Численность застрахованного неработающего населения по обязательному медицинскому страхованию составила 82898,1 тыс. чел. (59,8% от общего числа застрахованных по ОМС).

Из общего числа застрахованных неработающих граждан 30,2% составили дети до 16 лет (25047,5 тыс. чел.) и 36,8% – пенсионеры (30483,8 тыс. чел.).

Страхование по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации осуществляется филиалами (с функциями страховщиков) территориальных фондов ОМС и страховыми медицинскими организациями.

Филиалами территориальных фондов ОМС по обязательному медицинскому страхованию было застраховано 29597,6 тыс. человек, что составило 21,4% от общей численности застрахованного по ОМС населения. Страховыми медицинскими организациями – 108982,1 тыс. человек или 78,6%.

На территориях 21 субъекта РФ население было застраховано исключительно (т.е. 100%) филиалами ТФОМС, на территориях 47 субъектов Российской Федерации – исключительно страховыми медицинскими организациями и их филиалами, в остальных субъектах РФ страхование населения было осуществлено как ТФОМС, так и СМО (таблица 2.3).

Из общего числа граждан, застрахованных территориальными фондами ОМС (филиалами), 34,8% составили работающие и 65,2% – неработающие граждане.

Таблица 2.3 **Распределение субъектов Российской Федерации по организациям-страховщикам, 2001-2007 гг.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Организации-страховщики | Число субъектов Российской Федерации | | | | | | |
|  | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| ТФОМС - 100% \* | 27 | 30 | 30 | 31 | 29 | 27 | 21 |
| СМО - 100% \* | 38 | 35 | 35 | 38 | 41 | 40 | 47 |
| ТФОМС-СМО | 23 | 24 | 25 | 22 | 21 | 24 | 23 |

\*удельный вес лиц, застрахованных организацией-страховщиком (в % к общей численности застрахованных по ОМС)

В соответствии с Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" страхование населения в 2007 году осуществляли 276 страховых медицинских организаций и 90 филиалов СМО, имеющих государственную лицензию на проведение обязательного медицинского страхования. Страховые медицинские организации имелись в 70 субъектах Российской Федерации (в 2006 году в 64 субъектах РФ).

На 1 января 2008 года число самостоятельных лечебно-профилактических учреждений, работающих по типовым договорам на предоставление ЛПУ медицинской помощи, составило 8457, из них 8416 медицинских учреждения имели лицензии на осуществление определенных видов деятельности и услуг по программе ОМС. Кроме того, по типовым договорам работали 19760 учреждений, входящих в состав других учреждений.

Из общего числа самостоятельных медицинских учреждений насчитывалось 5321 стационаров, 2157 амбулаторно-поликлинических учреждений, 838 стоматологических и 141 других учреждений здравоохранения. Основные показатели их деятельности представлены в таблице 2.4.

Таблица 2.4 **Основные показатели деятельности самостоятельных лечебно-профилактических учреждений в 2007 году**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели деятельности | |
| СТАЦИОНАРЫ | |
| Число среднегодовых коек – всего из них койки по ОМС койки дневного пребывания | 1307462 1141663 (87,3%) 86266 (6,6%) |
| Число выбывших больных – всего (тыс. чел.) из них по ОМС | 32693,6 28801,4 (88,1%) |
| Проведено больными койко-дней – всего (тыс.) из них по ОМС  на койках дневного пребывания | 402155,8 341937,4 (85,0%) 23685,5 (5,9%) |
| АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ |  |
| Число посещений врачей - всего (тыс.) | 1050046,8 |
| из них по ОМС | 814089,8 (77,5%) |
| Среднее число посещений врачей на 1-го жителя - всего | 7,9 |
| из них по ОМС | 6,2 |
| Число посещений врачами больных на дому - всего (тыс.) | 87663,0 |
| из них по ОМС | 78502,6 (89,5%) |
| СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ |  |
| Число посещений врачей - всего (тыс.) | 149429,3 |
| из них по ОМС | 125578,9 (84,0%) |

Число медицинских учреждений, имеющих стационары дневного пребывания в больнице, в целом по России составило 3622, из них медицинские учреждения, имеющие статус юридического лица – 2607 (71,9% от общего числа самостоятельных стационаров). Число коек в стационарах дневного пребывания составило 86266, из них 81416 (94,3%) были профинансированы за счет средств ОМС (таблица 7).

Число учреждений, имеющих дневные стационары, составило 3927, из них учреждения имеющие статус юридического лица – 1171 (29,8% от общего числа).

Число учреждений, имеющих стационары на дому, составило 1683, из них имеющие статус юридического лица – 493 (29,3% от общего числа).

По данным статистической отчетности ФОМС на 01.01.08 число самостоятельных ведомственных медицинских учреждений, функционирующих в системе ОМС, составило 352 (4,2% от общего числа ЛПУ, функционирующих в системе ОМС), из них 275 медицинских учреждений, подведомственных Министерству путей сообщения Российской Федерации (3,25%) и 77– Федеральному Управлению "Медбиоэкстрем" (0,9%). Число самостоятельных медицинских учреждений федерального подчинения, работающих в системе ОМС – 205 (2,4%).

Таблица 2.5 **Основные показатели деятельности стационаров дневного пребывания в больнице, дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях) и стационаров на дому в 2007 году**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели деятельности | |
| СТАЦИОНАРЫ дневного пребывания в больнице |  |
| Число коек – всего из них по ОМС | 86266 81416 (94,3%) |
| Число выбывших больных – всего (тыс. чел.) из них по ОМС | 2124,6 1930,6 (90,9%) |
| Проведено выбывшими больными койко-дней – всего (тыс.) из них по ОМС | 23685,5 21425,0 (90,5%) |
| ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ при амбулаторно-поликлинических учреждениях |  |
| Число мест – всего | 79180 |
| из них по ОМС | 74380 (93,9%) |
| Число пролеченных больных (тыс. чел.) | 2685,9 |
| из них по ОМС | 2477,6 (92,2%) |
| Число дней лечения (тыс.) | 28469,1 |
| из них по ОМС | 26232,6 (92,1%) |
| СТАЦИОНАРЫ на ДОМУ |  |
| Число пролеченных больных - всего | 422649 |
| из них по ОМС | 399935 (94,6%) |
| Количество дней лечения - всего (тыс.) | 4465,3 |
| из них по ОМС | 4189,8 (93,8%) |

Работа по защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования проводится в 89 субъектах Российской Федерации и г. Байконуре. В территориальные фонды обязательного медицинского страхования, их филиалы и страховые медицинские организации от граждан поступило 1474875 обращений (что на 152624 обращения больше, чем в 2006 году). Из общего количества обращений граждан консультации по вопросам обязательного медицинского страхования составили 1037376 или 70,3% (в 2006 году - 68%). В отчетном году в территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации по вопросам, связанным с нарушением прав граждан, поступило 437499 обращений, среди которых обоснованными признаны 145067 или 33,2% (в 2006 году - 48,3%). Основную долю обращений составляют вопросы обеспечения страховыми медицинскими полисами – 54,7%. Вторую по частоте группу составили обращения на недостатки в лекарственном обеспечении – 10,8%, третью – на нарушение права выбора лечебного учреждения в системе ОМС – 8,5%.

2.2 Структура расходов ФОМС

Территориальными фондами обязательного медицинского страхования в 2007 году было израсходовано средств на сумму 189,5 млрд. руб.

Основная часть средств ОМС территориальными фондами была израсходована на финансирование территориальной программы ОМС и составила 184,3 млрд. руб. (94,4% к доходам ТФОМС) (рисунок 2.1).

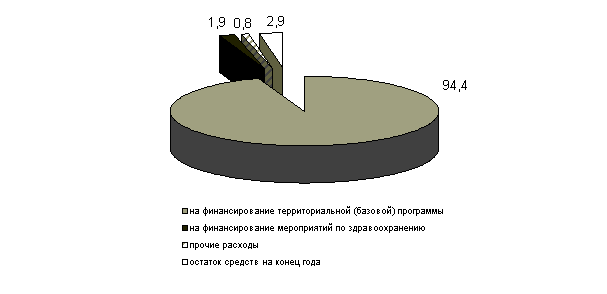


Рисунок 2.1 – Структура расходов средств ОМС территориальными фондами ОМС в 2007 году (% к доходу ТФОМС)

Расходы на здравоохранение средств консолидированных бюджетов субъектов РФ (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения – 64,7 млрд. руб.) в 2007 году составили 242 млрд. руб. Данные расходы не включают в себя страховые взносы на ОМС неработающего населения. Для анализа расходов бюджетов субъектов РФ на здравоохранение добавим страховые взносы на ОМС неработающих граждан, и тогда суммарно по России данные расходы составят 306,7 млрд. руб.

Расходы территориальных фондов ОМС на здравоохранение (финансирование территориальной программы ОМС и отдельных мероприятий по здравоохранению) составили 188,0 млрд. руб.

Таким образом, суммарные расходы на здравоохранение территориальных фондов и бюджетов субъектов Российской Федерации составили 430,0 млрд. руб.

Доля средств ОМС (Расходы средств ОМС: суммарные расходы ТФОМС на финансирование территориальных программ ОМС и отдельных мероприятий по здравоохранению) в суммарных расходах на здравоохранение составила в среднем по Российской Федерации составила 43,7% (в 2006 году - 43,0%, в 2005 году – 42,8%). В 25 субъектах Российской Федерации данный показатель превысил 50%.

В 2007 году на выполнение территориальных Программ госгарантий в целом по России было направлено 403,7 млрд. руб., в том числе на выполнение территориальных программ ОМС – 252,7 млрд. руб. (из них 186,4 млрд. руб. – средства ОМС и 66,3 млрд. руб. средства бюджетов на содержание учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС).

На финансирование амбулаторно-поликлинической помощи в рамках территориальных программ ОМС было направлено 102,7 млрд. руб. (25,4%), на стационарную помощь – 203,0 млрд. руб. (50,3%), на финансирование объемов медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах – 8,8 млрд. руб. (2,2%) и на скорую медицинскую помощь – 21,1 млрд. руб. (5,2%).

Фактическое подушевое обеспечение территориальных Программ госгарантий в среднем по Российской Федерации составило 2800,4 руб. в расчете 1 на жителя, в том числе по территориальным программам ОМС – 1753,1 руб. в расчете на 1 жителя.

В 2007 году страховыми медицинскими организациями израсходовано 101,2 млрд. руб., что составило 96,3% к доходу СМО. Остаток средств на конец отчетного периода СМО составил 3,9 млрд. руб. (3,7% к доходу СМО).

Лечебно-профилактическими учреждениями за 2007 год израсходовано средств на сумму 178,9 млрд. руб., в т.ч. в рамках территориальных программ ОМС – 174,1 млрд. руб. (97,3%), в рамках финансирования отдельных мероприятий по здравоохранению – 3,1 млрд. руб. (1,7%), прочие – 1,8 млрд. руб. (1,0%).

Структура расходов средств ОМС по основным статьям экономической классификации представлена на рисунке 2.2.

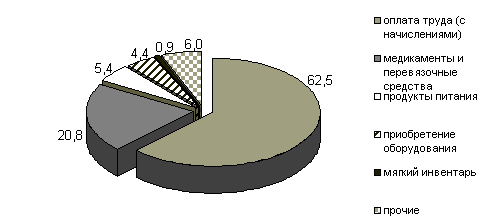


Рисунок 2.2 - Структура расходов средств ОМС медицинскими учреждениями в 2007 году, %

Заключение

Развитие системы здравоохранения в советское время, основывающееся на жестком административном планировании без применения современных объективных методов анализа потребностей населения в медицинской помощи, привело к наращиванию ресурсов здравоохранения. В среднем в России на 1000 жителей приходится 13,8 больничных коек, в странах Западной Европы — 9, количество врачей также в 2 раза превышает их число в европейских странах. Другой не менее важной проблемой отечественного здравоохранения является превалирование дорогой стационарной помощи над первичной амбулаторно-поликлинической помощью. Это соотношение в России составляет в среднем два к одному, что прямо противоположно ситуации в Западной Европе и не соответствует рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, а длительность пребывания в стационаре более чем в два раза превышает данный показатель развитых стран.

Введение в России системы обязательного медицинского страхования в корне изменило экономику здравоохранения. ЛПУ фактически превратились в поставщиков, а страховые медицинские организации (СМО), представляющие интересы застрахованных граждан, — в покупателей медицинских услуг. В этих условиях ограниченные доходами бюджета финансовые ресурсы должны быть сбалансированы стоимостью и качеством медицинских услуг. Мировой и отечественный опыт свидетельствуют о том, что ЛПУ, как и любой поставщик услуг, в стремлении увеличить свой доход стараются производить как можно больше услуг и увеличивать их стоимость, поэтому проблема сдерживания затрат в данной системе была, есть и будет актуальной для всех без исключения стран. Существует несколько путей решения этих проблем.

Сокращение лечебной сети и приведение ее административными методами в соответствие с уже имеющимися нормативными документами. Однако, как показала практика, органы здравоохранения в большинстве субъектов местного самоуправления, учитывая, прежде всего, приоритеты производителей медицинских услуг, а не реальные интересы и потребности населения, стремятся сохранить существующую сеть ЛПУ. Необходимо учитывать и тот факт, что сокращение лечебной сети неминуемо приведет к сокращению медицинского персонала, негативным социальным последствиям, неприемлемым для органов местного самоуправления, что ставит под сомнение саму возможность решения данной проблемы административными методами.

Один из путей, позволяющий дать быстрый эффект — реструктуризация здравоохранения через тарифы на медицинские услуги, которые должны быть просчитаны на основании существующих нормативов в организации здравоохранения, с максимально возможным стандартизированным подходом.

Реализация этого механизма хотя и может дать достаточно быстрый результат, но может иметь и определенные негативные последствия. В этом случае тяжесть реструктуризации ляжет на руководителей ЛПУ, как и ответственность за реальное уменьшение, а возможно, и невыплату заработной платы сотрудникам в "незарабатывающих" подразделениях. Кроме того, необходимо провести детальный научно-обоснованный анализ потребностей во всех имеющихся избыточных мощностях лечебной сети.

Именно такие подразделения в первую очередь должны стать объектом тщательной медико-экономической экспертизы СМО на предмет обоснованности госпитализации и качества медицинской помощи.

Такая работа в последние несколько лет уже проводится в СМО и приносит гораздо больший экономический эффект, чем плановые проверки ЛПУ. Структурные преобразования в системе ОМС наиболее эффективно можно осуществить через внедрение соответствующих систем оплаты, в которых должны быть заложены экономические стимулы для поставщиков медицинских услуг по сдерживанию затрат в стационарах и усилению позиций амбулаторно-поликлинической помощи. К примеру, в системе ОМС Ростовской области первичная амбулаторно-поликлиническая помощь оплачивается за каждую предоставленную медицинскую услугу (количество приемов, посещений на дому). Как показывает мировая и наша собственная практика, это наиболее затратный механизм, при котором трудно решить проблему сдерживания расходов и контроля качества медицинской помощи, поскольку доходы, получаемые поставщиками медицинских услуг, практически не зависят от их качества. В этом случае представляется целесообразным перевод первичного звена здравоохранения на оплату по законченному случаю в сочетании с дифференцированным подушевым финансированием, которое по сути своей определяло бы гарантированный предельный объем оплаты для поставщиков медицинских услуг первичного звена медицинской помощи. При этом необходимо жестко увязывать оплату медицинских услуг с конечным результатом, с их качеством. Подобные индикаторы качества медицинской помощи уже давно разработаны и применяются в ряде стран. К примеру, соотношение пролеченных пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях и затем поступивших в стационар по экстренным показаниям. Эти критерии могут быть использованы СМО для дополнительных материальных стимулов ЛПУ при оплате за оказанные медицинские услуги первичного звена при условии их эффективной и качественной работы, приводящей к сокращению количества поступивших в стационар пациентов.

Существенным стимулом для оказания качественной и эффективной медицинской помощи явилось бы создание конкурентной среды для поставщиков медицинских услуг на уровне амбулаторно-поликлинической помощи. Для этого необходимо де-факто предоставить застрахованным в системе ОМС гражданам право выбора ЛПУ и врача. Наиболее емкие затраты в системе ОМС приходятся на стационарную помощь. Переход на оплату медицинских услуг в стационарах в зависимости от количества пролеченных больных является для производителей медицинских услуг соответствующим экономическим стимулом, направленным на увеличение стоимости одного койко-дня, количества этих койко-дней, проведенных больными в стационаре, на увеличение количества пролеченных больных. Было бы целесообразно разрешить СМО оплату медицинских услуг в полном объеме при условии пребывании больного в стационаре не менее 50% от длительности, установленной в соответствии с утвержденными стандартами лечения и нормативом койко-дней. При этом в договоре на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) между СМО и ЛПУ должен быть установлен предельный гарантированный уровень страховых выплат, рассчитанный на количество больных, которых ЛПУ может пролечить исходя из нормативно установленных показателей работы койки и длительности пребывания в стационаре. Сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, не сопровождающееся увеличением их количества, позволило бы высвободить не только финансовые, но и людские ресурсы, то есть дало бы медицинскому персоналу возможность более качественно выполнять свои обязанности. Успешная реализация контроля качества невозможна без совершенствования систем контроля качества медицинской помощи. Все случаи повторной госпитализации, развития осложнений, необоснованного применения более дорогостоящих стандартов лечения должны быть предметом медико-экономической экспертизы и при наличии выявленных нарушений к ЛПУ должны применяться серьезные финансовые санкции. Следует отметить важность экономических стимулов для медицинского персонала, способствующих внедрению и освоению новых технологий диагностики и лечения в стационаре, приводящих к сокращению пребывания на дорогой стационарной койке и повышению качества медицинской помощи. Именно эти стимулы и критерии деятельности ЛПУ могут быть использованы для расчета специальных коэффициентов, увеличивающих фонд заработной платы медицинского персонала.

Список использованной литературы

1. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 05.08.2000 №117-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 07.08.2000, №32, ст. 3340.
2. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 №145-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 03.08.1998, №31, ст. 3823.
3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, №25, ст. 2954.
4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 №195-ФЗ // Российская газета, №256, 31.12.2001.
5. Федеральный закон Российской Федерации от 06.10.2003 №131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" // Собрание законодательства РФ, 06.10.2003, №40, ст. 3822.
6. Федеральный закон Российской Федерации от 20.08.2004 №120-ФЗ "О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации в части регулирования межбюджетных отношений" // Собрание законодательства РФ, 23.08.2004, №34, ст. 3535.
7. Федеральный закон Российской Федерации "О бюджете Федерального Фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год" от 29.12.2006 №243-ФЗ // Российская газета. №297, 31.12.2006.
8. Федеральный закон Российской Федерации от 19.12.2006 №238-ФЗ "О федеральном бюджете на 2007 год" // Собрание законодателства РФ, 25.12.2006, №52, ст. 5504.
9. Федеральный закон Российской Федерации от 16.07.1999 №165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования" // Собрание законодательства РФ, 19.07.1999, №29, ст. 3686.
10. Закон Российской Федерации от 28.06.1991 №1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" // Ведомости СНД и ВС РСФСР. 04.07.1991, №27, ст. 920.
11. Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 24.02.1993 №4543-1 "О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год" // Российская газета, №81, 28.04.1993.
12. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 №857 "Об утверждении Устава Федерального фонда Обязательного медицинского страхования // Собрание законодательства РФ, 10.08.1998, №32, ст. 3902.
13. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.02.2007 №102 "О порядке направления в 2007 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхова7ния средств на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования" // Российская газета, №37, 21.02.2007 №9, ст. 1091.
14. Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. №27, 02.07.2001.
15. Колоколов Г.Р. Комментарий законодательства о медицинском обслуживании населения. М., 2005.
16. Комментарий к Уголовному кодексу Российской федерации / Отв. ред. В.М. Лебедев. Изд. 3-е, доп. и испр. М., 2004. – С. 740.
17. Кубликова О.А. Что делать, если нормативные документы территориального фонда обязательного медицинского страхования заставляют страховщика нарушать законодательство? // Налоги, 2006, №10.
18. Ногина О.А. Проблемы правового регулирования управления финансовыми средствами государственных внебюджетных фондов // Финансовое право, 2005, №1.
19. Постатейный комментарий к Бюджетному кодексу Российской Федерации / Под ред. А.Н.Козырина. М., 2002.
20. Русакова О.С. Субъект нецелевого расходования средств государственных внебюджетных фондов // Адвокатская практика. 2005, №5.