

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/8162>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Страхование

Содержание

Введение 3

Глава 1. Понятие и содержание обязательного медицинского страхования 7

1.1. Обязательное медицинское страхование как правовая и общественно-экономическая категория 7

1.2. Финансово-правовая характеристика системы медицинского страхования 15

Глава 2. Современное состояние правового регулирования обязательного медицинского страхования в РФ 26

2.1. Правовой режим обязательного медицинского страхования как права граждан на медицинскую помощь 26

2.2. Правовой режим формирования и направления использования финансовых ресурсов медицинского страхования 31

Глава 3. Основные направления изменений и дополнений в законодательство об обязательном медицинском страховании 39

3.1. Совершенствование нормативно-правовой базы обязательного медицинского страхования в вопросах социальных правоотношений 39

3.2. Совершенствование нормативно-правовой базы обязательного медицинского страхования в вопросах финансовых правоотношений 52

Заключение 71

Список источников и литературы 76

функций) позволили улучшить доступность первичной медицинской помощи и диагностических исследований. Вместе с тем проблемой для московского здравоохранения остается кадровое обеспечение участковой службы.

Наиболее значительные институциональные преобразования в сфере здравоохранения в последние годы связаны с модернизацией системы ОМС, проведенной в 2011-2015 гг. Ее главными результатами стали стабилизация финансовых потоков в систему ОМС и выравнивание имевших место различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г. размеры доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет.

Доля государственного финансирования здравоохранения, аккумулируемая в системе ОМС, неуклонно увеличивалась в последние годы и в 2015 г. превысила долю бюджетного финансирования здравоохранения. С 2015 г. финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, стало «одноканальным»: оно осуществляется только из одного источника - средств ОМС, а не двух - средств ОМС и бюджетных субсидий, как это было ранее.

Переход к одноканальному финансированию сопровождался ухудшением финансовой ситуации во многих медицинских организациях, но причина этого не реформа, а снижающееся финансирование отрасли и рост цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, обусловленный ослаблением рубля. Лишь для федеральных учреждений здравоохранения изменения в источниках государственного финансирования действительно сыграли негативную роль, но связано это было с недостатками в организационной работе по переходу к одноканальной системе.

В последние годы предпринимаются попытки реализации нововведений в системе финансирования здравоохранения, которые должны содействовать повышению ее эффективности: внедрение нового метода оплаты стационарной медицинской помощи - за законченные случаи лечения, классифицированные по клинико-статистическим группам, обязательное информирование медицинскими организациями граждан о стоимости оказанных им за счет государственных средств медицинских услугах, дополнительное

медицинское страхование «ОМС+» и др. Но эти нововведения не имеют пока ощутимых позитивных эффектов.

В условиях экономического кризиса к числу приоритетных направлений политики в области организации оказания медицинской помощи следует отнести развитие профилактики заболеваний и повышение квалификации кадров, прежде всего в участковой службе.

Главными приоритетами политики в сфере обязательного медицинского страхования в этот период должны выступать:

обеспечение максимально возможной стабильности финансирования медицинских организаций;
развитие практик планирования объемов оказания медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в ОМС, с учетом ее качества и эффективности работы этих организаций.

Учитывая низкие оценки готовности врачей работать больше и лучше при условии большей увязки размеров оплаты труда с их трудовым вкладом и желание врачей иметь более высокую базовую часть заработной платы, следует изменить приоритеты политики внедрения эффективного контракта в 2016-2017 гг. и переместить акцент на использование стимулирующего потенциала базовой части оплаты труда. Необходимо переключить внимание на проведение изменений в порядке определения базовой части зарплаты, в механизмах институционализации уровня квалификации врачей (сертификация, аттестация) и увязки базовой зарплаты с этим уровнем.

Главными приоритетами политики в сфере здравоохранения в посткризисный период должны стать укрепление первичной медико-санитарной помощи и повышение квалификации, социального статуса и уровня трудовой мотивации медицинских работников.

Укрепление первичной медико-санитарной помощи является в современных условиях ключевым направлением повышения результативности системы здравоохранения. Это даст возможность повысить эффективность использования ресурсов в значительно большей мере, чем закрытие больниц, сокращение их мощности и прочие оптимизационные мероприятия. Результаты этого почувствует основная часть населения, обращающаяся в медицинские учреждения в связи с наиболее массовыми заболеваниями. Снижение нагрузки на участковую службу (обеспечение притока врачей в этот сектор и разукрупнение участков), расширение функционала врачей первичного звена, обеспечение более тесных медико-технологических связей между отдельными медицинскими службами, преемственности лечения на разных этапах - вот наиболее важные меры, соответствующие как новой экономической ситуации, так и долгосрочным задачам развития отрасли. Они не требуют серьезных вложений, но могут дать быстрый и ощутимый эффект.

Приоритетными направлениями изменений в системе финансирования здравоохранения в послекризисный период должны выступать:

развитие системы стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях и обеспечение балансировки размеров финансирования с затратами, необходимыми для выполнения этих стандартов;
развитие страховых принципов финансирования здравоохранения;
введение новых механизмов легального софинансирования оказания медицинской помощи государством и небедными группами населения (например, соплатежей для части пациентов за виды медицинской помощи, основанные на принципиально новых медицинских технологиях, не входящих в существующие гарантии);
развитие системы лекарственного обеспечения пациентов при амбулаторном лечении при софинансировании государства и населения;
активное содействие развитию конкуренции в оказании медицинской помощи.

Среди изменений, происходящих в системе оказания медицинской помощи, внимания заслуживает развитие участия негосударственных медицинских организаций в ОМС. Важнейшим фактором такого развития выступает растущая конкуренция на рынке коммерческих медицинских услуг. Частные медицинские организации ищут новые источники доходов, в том числе в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках ОМС. Другой важный фактор - готовность органов исполнительной власти и фондов ОМС в ряде регионов страны привлекать частный медицинский бизнес к реализации государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Новым для России явлением стало участие частных медицинских организаций в оказании первичной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Первым успешным опытом такого участия стал проект, реализуемый частной компанией «Группа Евромед». Он получил название

«Полис. Участковые врачи». Этот проект предусматривает оказание полного спектра медицинских услуг, возложенных на участковую службу, в формате общей групповой практики. Отсутствующие в этих практиках услуги (например, часть диагностических услуг и услуг узких специалистов) закупаются самими медицинскими организациями с последующим возмещением из средств ОМС. При этом компания берет на себя ответственность за определенное население, закрепленное за центрами общей врачебной практики или выбравшее их на основе свободного прикрепления.

В 2015 г. в Санкт-Петербурге действовало 19 центров общей врачебной практики «Полис. Участковые врачи» - главным образом в новых районах города. Аналогичные центры были открыты в Ульяновске, Ульяновской области, в Ленинградской области - всего 30 врачебных амбулаторий. Общая численность населения, прикрепленного на обслуживание к центрам, в середине 2015 г. составляла около 200 тыс. человек и продолжает увеличиваться. Инвестиции компании в этот проект с июня 2012 г. составили 210 млн руб.

Единственный источник финансирования проекта - система ОМС, из средств которой оплачиваются операционные расходы центров, а также компенсируются инвестиционные затраты. Платные услуги центры не оказывают. Важно подчеркнуть, что никаких преференций по тарифам компания-оператор не имеет - услуги возмещаются по общим тарифам, действующим в системе ОМС.

Эффективность управления и расходования средств позволяет окупить инвестиционные затраты доходами, полученными в системе ОМС. Достигается существенная экономия на персонале путем сокращения количества непрофильных ставок и автоматизации привычно «ручных» процессов, которые требуют больших трудозатрат.

Описываемая модель обеспечивает сокращение нагрузки на медицинские учреждения, оказывающие первичную специализированную медицинскую помощь, так как врач общей практики берет на себя наблюдение пациентов с расширенным кругом патологий по сравнению с участковым терапевтом. Данная модель организации первичной медицинской помощи показала свою эффективность как для «Группы Евромед» (инвестора), Санкт-Петербурга (заказчика), так и для пациентов, прикрепленных на обслуживание к центрам общей практики (потребителей услуги). Это подтверждается результатами реализации проекта:

- а) без привлечения бюджетных средств на развитие инфраструктуры здравоохранения существенно повышена доступность первичной медико-санитарной помощи в быстрорастущих районах Санкт-Петербурга;
- б) объем стационарной помощи на одного жителя Санкт-Петербурга, прикрепленного к «Полису», на 18 % ниже, чем в среднем по городу;
- в) сроки ожидания медицинской помощи в рамках проекта заметно ниже, чем в среднем по городу. Прием в центрах ведется по записи через собственный колл-центр, сайт, инфоматы, что позволяет сократить живые очереди до минимума;
- г) сервисная составляющая медицинской помощи в рамках проекта выгодно отличается от городских поликлиник, что достигается традиционными для частной медицины управленческими методами (организация логистики пациентов, нацеленность на вежливое и внимательное отношение к пациентам, обеспечение комфортности пребывания в медицинских организациях, повышение эффективности рутинных процессов);
- д) особое внимание в рамках проекта уделяется профессиональному развитию персонала (путем непрерывного повышения квалификации), а также мотивационной составляющей деятельности работников. Размер зарплаты здесь выше не более чем на 10% по сравнению с городскими поликлиниками, но предпринимаются значительные меры по улучшению условий труда врачей и медсестер и созданию возможностей для их профессионального роста.

Важно учитывать, что строительство поликлиник в новых районах крупных городов обычно не успевает за жилищным строительством как из-за нехватки бюджетного финансирования и задержек в исполнении адресной инвестиционной программы, так и из-за недостатков планирования развития территорий.

Население, не имеющее доступа к инфраструктуре здравоохранения, вынуждено пользоваться услугами медицинских учреждений других районов, которые чаще всего не справляются с возросшей нагрузкой. Экспертное сообщество активно обсуждает барьеры, мешающие увеличению числа частных компаний в системе ОМС. Большинство видит основные причины в недостаточном финансировании системы оказания медицинской помощи и низких тарифах на медицинские услуги. Однако опыт реализации рассмотренного выше проекта позволяет говорить, что и при существующих тарифах ОМС возможно обеспечить рентабельность работы медицинских организаций за счет эффективной организации оказания

медицинской помощи. И этот же опыт позволяет сделать более широкий вывод: основная причина недостатка средств у государственных медицинских учреждений кроется не в недостатке государственного финансирования, а в неэффективном управлении.

Но следует отметить, что установленные правила использования средств ОМС создают препятствия для расширения участия частных организаций в этой системе. Речь идет в первую очередь об ограничениях в использовании средств ОМС на капитальные затраты и приобретение основных фондов. Медицинские организации, получающие средства ОМС, вправе потратить на это лишь определенную часть установленного тарифа ОМС на оплату медицинской помощи и могут приобретать медицинское оборудование и товары, цена которых не превышает 100 тыс. руб. Частные медицинские организации, получая экономию на текущих расходах путем более эффективной организации оказания всей необходимой медицинской помощи застрахованным, готовы вкладывать эти деньги в развитие системы ПМСП, в открытие и оснащение новых медицинских центров (а не выводить их в виде прибыли), но не вправе это делать. Жесткость правил использования средств ОМС, облегчающая контроль государства за тем, что эти средства использованы по их целевому назначению, и оборачивается препятствием для более эффективного хозяйствования. Такое жесткое регулирование является чрезмерным и требует пересмотра.

3.2. Совершенствование нормативно-правовой базы обязательного медицинского страхования в вопросах финансовых правоотношений

Еще одна дискуссия, которая оживленно ведется в последнее время, касается соответствия российской системы ОМС страховым принципам. При этом страховые принципы зачастую отождествляются с принципами организации добровольного медицинского страхования. Если следовать такому подходу, то дискуссия изначально обрекается на низкую продуктивность. Система ОМС в любом ее дизайне всегда будет отличаться от добровольного медицинского страхования и не соответствовать принципам, по которым оно построено. Вопрос состоит в другом - в определении степени развития страховых принципов в той или иной модели ОМС.

В Российской Федерации до 2010 года преобладала бюджетная модель финансирования здравоохранения, однако с принятием в 2010 году Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ) начался процесс реформирования системы финансирования здравоохранения. Изменения, которые были внесены, предполагали переход на одноканальную систему финансирования через обязательное медицинское страхование (ОМС), а также постепенное снижение объемов бюджетного финансирования, выделяемых на здравоохранение. Основной целью изменения механизма финансирования здравоохранения и перехода на финансирование через систему ОМС является повышение прозрачности, эффективности распределения и использования финансовых средств, направляемых на здравоохранение, а как следствие - повышение качества и увеличение доступности, своевременности предоставляемых медицинских услуг всем гражданам.

В Российской Федерации с 2015 года финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по программе ОМС, стало «одноканальным», т.е. за счет средств одного источника - ОМС. Организационно-финансовое взаимоотношение и направление финансовых потоков в рамках системы ОМС при одноканальной системе финансирования представлены на рис.3.1.

Рис. 3.1. Организационно-финансовое взаимоотношение в системе ОМС при одноканальном финансировании

Основная нагрузка по финансированию медицинских услуг в условиях одноканального финансирования легла на систему ОМС, в связи с тем, что доля их расходов в общем объеме расходов на финансирование здравоохранения увеличилась с 40% в 2012 году до 54% в 2016 году (рис. 2). Аналогичный показатель для консолидированных бюджетов регионов за этот же период сокращается с 41,2 до 39,9%. Наибольшее снижение доли в общем объеме расходов на здравоохранение будет иметь федеральный бюджет с 16,3 до 10,1% за рассматриваемый период.

Рис. 3.2. Доля средств в системе ОМС и бюджетной системе финансирования здравоохранения в Российской Федерации за 1991-2015 годы, % от общего размера государственного финансирования

Основу одноканального финансирования здравоохранения составляют страховые принципы ОМС. Степень развития страховых принципов определяет эффективность использования бюджетных средств в здравоохранении.

Страховые принципы - это соответствующие требования к системе страхования, обеспечивающие ее устойчивое и эффективное функционирование, а именно:

1. Выбор страховщика.
2. Выбор страхового покрытия (передаваемых рисков).
3. Равенство доходов страховщика и обязательств по страховому возмещению.
4. Передача страховщику рисков несения затрат по страховому случаю (финансовая ответственность страховщика за риски).

Развитие страховых принципов в системе финансирования здравоохранения регулируется государством. В настоящее время в системе ОМС реализован первый принцип. Страховщиком выступает Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (далее - СМО) выполняют часть функций страховщика. Граждане вправе выбирать страховую медицинскую организацию, обеспечивая конкуренцию между СМО.

Второй страховой принцип в системе ОМС не действует.

Равенство доходов страховщика и его обязательств по страховому возмещению - третий страховой принцип, устанавливающий между участниками ОМС следующие отношения:

- страховое возмещение страховщика, определяемое оценкой потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, соответствует размеру страховых взносов. Данное требование не может быть реализовано в полном объеме, поскольку размер страховых взносов в системе ОМС в большей части устанавливается не в соответствии с оценкой объема необходимых средств на застрахованных, а на основании административных решений, направленных на образование общего объема средств финансирования здравоохранения;
- распределение функций страховщика между разными субъектами производится таким образом, что обязательства страховых медицинских организаций в части покрытия расходов медицинских организаций по оказанию медицинской помощи застрахованным гражданам соответствуют размеру средств территориальных фондов ОМС. В действующей системе ОМС нет возможности обеспечить сбалансированность, так как нормативы финансового регулирования системы ОМС (тарифы медицинских услуг, объем подушевого финансирования и т. д.) не являются стабильными, что ограничивает определение объема необходимых расходов СМО и устанавливается несоответствие с объемом финансирования медицинских услуг.

Передача страховщику рисков несения затрат по страховому случаю - четвертый страховой принцип, который состоит в том, что страховщик несет полную финансовую ответственность перед страхователем. В российской системе ОМС отсутствует четкое разделение обязательств страховщика, - территориальных фондов ОМС и СМО. Финансирование СМО

Список источников и литературы

Нормативные правовые акты

1. Конституция Российской Федерации (Принята Всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Рос. газета. - 1993. - 25 дек.
2. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (актуальная редакция закона 326-ФЗ от 28.12.2016 с изменениями, вступившими в силу с 09.01.2017) // Рос. газета. - 2010. - 03 дек.
3. Указ Президента РФ от 26.06.1998 № 729. «Вопросы Федерального фонда обязательного медицинского страхования» // СЗ РФ. - 1998. - № 27. - Ст. 31-47

Специальная литература

4. Александрова, О.Ю. Механизм реализации прав граждан в сфере охраны здоровья при обращении в

- медицинскую организацию / О.Ю. Александрова, А.А. Крюкова, М.В. Горелов // Вестн. Росздравнадзора. - 2014. - № 3. - С. 71-77.
5. Антипенко, Э.С. Аспекты понятий и закономерностей формирования и развития системы здравоохранения (размышления) / Э.С. Антипенко, А.Э. Антипенко ; Моск. гос. медико-стоматол. ун-т им. А.И. Евдокимова МЗ РФ. - Изд. 3-е, испр. и доп. - Москва : Спутник+, 2015. - 167 с..
6. Богдан, И.В. Некоторые аспекты реформы здравоохранения в России. - М. : Науч. эксперт, 2013. - 39, [1] с.
7. Долинская В.В. Обязательное страхование: вопросы правового регулирования и классификации // Законы России: опыт, анализ, практика. - 2007. - № 9. - С. 5-12.
8. Кадыров Ф.Н. Реформы в сфере здравоохранения: проблемы реализации // Менеджер здравоохранения. - 2015. - № 1. - С. 68-70.
9. Кадыров Ф.Н. Сочетание различных источников финансирования здравоохранения: правовые и организационные аспекты // Конференция «Финансирование системы здравоохранения: проблемы и решения. - Москва. - 07.12.2015.
10. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова Л.С. Парадоксы финансирования здравоохранения в 2016 году // Врач и информационные технологии. - 2016. - №3. - С. 56-57.
11. Калашникова, И.В. Государственное регулирование и управление на рынке медицинских услуг / И.В. Калашникова, В.А. Портной ; Тихоокеан. гос. ун-т. - Хабаровск : ТОГУ, 2014. - 119 с.
12. Капитоненко, Н.А. Актуальные вопросы правового регулирования развития государственно-частного партнерства в здравоохранении [Электронный ресурс] / Н.А. Капитоненко, Ю.В. Кирик // Вестн. общ. здоровья и здравоохранения Дал. Востока России. - 2014. - № 2. Режим доступа: [www. URL: http://fesmu.m/voz/2014](http://fesmu.m/voz/2014)
13. Карчевская, С. А. Защита прав граждан остается приоритетной задачей // Бюджет. - 2012. - №2. - С. 26-30.
14. Карчевская, С. А. Обязательное медицинское страхование: итоги 2011 года // Бюджет. - 2012. - № 09(117). - С. 40-44.
15. Климова Д.Н. Концептуальные основы управления процессом стабилизации и развития экономики региона // Современная экономика и управление: подходы, концепции, модели: материалы международной научно-практической конференции / Под общей ред. М.И. Абрамовой. - Саратов: ИЦ «Наука», 2014.
16. Князюк Н.Ф. Перспективы развития теории управления изменениями в сфере здравоохранения // Здравоохранение. - 2015. - № 5. - С. 84-92. - Библиогр: 3 назв.
17. Князюк, Н.Ф. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций / Н.Ф. Князюк, И.С. Кицул. - М. : Менеджер здравоохранения, 2013. - 311 с.
18. Крестьянинова, О. Г. Одноканальное финансирование как основной элемент модернизации обязательного медицинского страхования // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». - 2011. - № 1. - С. 34-37.
19. Кузнецов И.А. Экономическая безопасность потребителя: предпосылки методологического дуализма хозяйственного поведения // Социально-экономические явления и процессы. 2015. Т. 10. № 3. С. 41-46.
20. Кулакова Е.В. Финансовые ресурсы медицинских организаций. Основные принципы бюджетирования доходов и расходов // Здравоохранение. - 2013 - № 4. - С. 26-33.
21. Кулакова Е.В. Финансовые ресурсы медицинских организаций: внебюджетные доходы // Здравоохранение. - 2015. - № 5. - С. 58-65.
22. Кулеева И.Ю. Правовая характеристика прав и обязанностей представителя // Наука XXI века: тенденции и перспективы. Сб-к материалов междунар. научн. конф. / Под. общ. ред. д.э.н., проф. А.И. Барановского. - Омск, 2014. - С. 35-37.
23. Лаврентьева, А. Здравоохранение в России - финансирование спроса на фоне реформ [Электронный ресурс] Режим доступа : http://www.talk-s.ru/projects/iv-of/files/02_med_lavrentjeva_a.pdf
24. Лазарова Л.Б., Вильмс Т.А. Проблемы реформирования системы ОМС // Российское предпринимательство. - 2012. - №16 (214).
25. Манухина, Е.В. Роль стандартов медицинской помощи в решении задач организации, планирования, финансирования здравоохранения и контроля качества медицинской помощи / Е.В. Манухина, М.В. Пирогов // Главврач. - 2013. - № 7. - С. 38-43.
26. Мохов, А.А. Основы медицинского права Российской Федерации : [Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации] : учеб. пособие. - М. : Проспект, 2015. - 374 с.
27. Никульченкова Е.В. Правовое содержание трудового договора // Развитие дорожно-транспортного и строительного комплексов в освоении стратегически важных территорий Сибири и Арктики: вклад науки: сб-к материалов междунар. науч.-практич. конф. ФГБОУ ВПО «СибАДИ». - Омск. Изд-во: ФГБОУ ВПО

«СиБАДИ», 2014. - С. 130-133.

28. Обухова, О. В. Проблемы функционирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальную систему финансирования // Менеджер здравоохранения. - 2011.-№8.
29. Окольнішнікова, І.Ю. Государственно-частное партнерство как механизм развития отечественного рынка медицинских услуг : моногр. / И.Ю. Окольнішнікова, В.Г. Куватов ; Юж.-Урал. гос. ун-т. - Челябинск : ЮУрГУ, - 121, [1] с.
30. Пастухов Б.И. Стратегия развития российского страхового рынка и национальные приоритеты / // Реформирование российского страхового рынка в контексте вступления в силу Соглашения о партнерстве и сотрудничестве РФ и ЕС и предстоящего вступления в ВТО: Материалы международной научно-практической конференции (8-9.12.1998) / Под ред. И.Б. Котловского. - М.: МГУ. Экон. факультет: ТЕИС, 1999.
31. Попович Л.Д. Обязательное медицинское страхование: проблемы и перспективы // Руководитель бюджетной организации. - 2012. - № 1. - С. 41-44.
32. Седова М.Л. Государственные внебюджетные фонды и бюджетное законодательство Российской Федерации // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. - 2006. - № 24. - С. 42-44.
33. Сербиновский Б.Ю., Гарькуша В.Н. Страховое дело. - Ростов н/Д: «Феникс», 2013. - 576 с.
34. Сибурина Т.А. Социальные риски и перспективные направления развития ГЧП // Здравоохранение. - 2015. - № 6. - С. 76-83.
35. Стадченко, Н. Привлечь частные медорганизации в систему ОМС можно путем повышения тарифов на оплату [Электронный ресурс] / Н. Стадченко // «Российское агентство медико-социальной информации». 2013, - Режим доступа: <http://ria-ami.ru/news/107751>
36. Суслякова О.Н. Особенности развития современного страхового рынка // Актуальные проблемы социально-экономических исследований. Сборник 4-й Международной научно-практической конференции. - Махачкала: ООО «Апробация», 2013. С.71-78
37. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России: итоги 2010 г. Что надо делать дальше? // Менеджер здравоохранения. - 2011.-№3.
38. Урываева О.Е., Галимова А.Ш. Проблемы современной системы обязательного медицинского страхования в России и пути ее совершенствования // Проблемы экономики и менеджмента. 2014. №7 (35).
39. Христюк А.В. Изменения в порядке финансирования медицинских организаций // Главврач. - 2014. - № 1. - С. 16-23.
40. Цих, А.Г. Модель подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи и ее влияние на фонд оплаты труда медицинских организаций / А.Г. Цих, О.В. Самсонова // Главврач. - 2014. - № 9. - С. 15-31.
41. Цыганкова, С.М. Формирование механизма государственного регулирования в сфере здравоохранения : моногр. / С.М. Цыганкова, М.М. Левкевич. - М.: ИНФРА-М, 2013. - 154, [1] с.
42. Черноношкина, И.В. Особенности введения одноканального финансирования при оплате медицинской помощи по территориальной программе ОМС / И.В. Черноношкина, М.В. Пирогов // Главврач. - 2013. - № 6. - С. 9-17.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/8162>