
Модернизация здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и возможности развития

Лунский С.П.

В статье анализируются итоги реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2012 гг. Автором характеризуются основные достижения и проблемы модернизации, обозначившиеся в процессе ее реализации, приводятся рекомендации по развитию национальной системы здравоохранения включенным в этот процесс ведомствам.

Ключевые слова: программы модернизации здравоохранения, субъекты Российской Федерации, информационные системы в здравоохранении, стандарты медицинской помощи

Implementation results of regional programs of public health service modernization in the Russian Federation subjects in 2011–2012 are analyzed in the article. The author characterizes main achievements and problems of modernization detected in the course of realization. Recommendations on national system of public health service development are proposed.

Key words: programs of modernization of public health service, subjects of the Russian Federation, information systems in public health service, standards of medical care

В настоящее время информационные технологии становятся неотъемлемой составляющей сферы услуг и, в частности, здравоохранения. Современные медицин-

ские организации производят и накапливают огромные объемы данных. От того, насколько эффективно эта информация используется врачами, руководителями, управляющими органами, зависит качество медицинской помощи, общий уровень жизни населения, уровень развития страны в целом и каждого ее территориального субъекта в частности.

Создание автоматизированных рабочих мест специалистов лечебно-профилактических учреждений, автоматизированных систем документооборота, автоматизированных информационно-аналитических систем поддержки принятия управленческих решений являются основными направлениями информационных разработок, предназначенных для повышения эффективности управления медицинскими учреждениями. [13]

Применение медицинских информационных технологий для ведения личных медицинских записей является важной частью нашей изменяющейся системы здравоохранения. Использование компьютеров и других электронных устройств облегчает пациенту, врачу и медицинским учреждениям в целом (таким как больницы, лаборатории, рентгенологии и т. д.), хранить, обмениваться и получать доступ к медицинским данным. Использование компьютеров и их сетей таким образом известно как «медицинские информаци-

онные технологии (МИТ)» или Медицинские ИТ.

Согласно Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (от 28 апреля 2011 г.) большая часть средств вычислительной техники применяется в целях обеспечения административно-хозяйственной деятельности медицинских организаций, в то время как для автоматизации собственно лечебно-диагностического процесса используется менее 20% компьютерного парка. [14]

Сегодня в среднем по России на 10,6 работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится один компьютер. При этом лишь 7,7% лечебно-профилактических учреждений обеспечивают реализацию процессов ведения электронной истории болезни или электронных медицинских карт, менее 3% оснащены средствами телемедицины.

Следует отметить, что по развитию информационных технологий отстает от всего мира не только наша медицина, но и вся страна в целом. Согласно рейтингу, подготовленному Всемирным экономическим форумом (ВЭФ) по развитию ИТ в 2011–2012 гг. в 138 странах, Россия занимает 77 место. Мы далеко позади таких стран, как Китай — 36 место, Индия — 48, Бразилия — 56. [15]

Внедрение медицинской информационной системы (МИС), особенно когда информатизация в регионе осуществляется комплексно, приведет к росту доверия населения к реформам за счет повышения качества лечебно-диагностического процесса; к повышению эффективности работы врача за счет снижения нагрузки (исключение рутинных учетных операций и бумажной отчетности). Также внедрение МИС приведет к широкому использованию медико-экономических стандартов, справочников, экспертной информации. Благодаря МИС будет создана экономическая

система управления медучреждением на основе предоставления информации главным врачам и региональным властям для контроля себестоимости медицинских услуг, формирования обоснованной тарифной политики. Стоит отметить, что внедрение МИС приведет к развитию управления системой здравоохранения на основе мониторинга ресурсов здравоохранения, способного обеспечить переход от статистической информации к информации оперативного первичного учета.

В настоящее время многие страны приступили к реализации программы по созданию единого информационного пространства в сферах здравоохранения и социального развития.

Например, в Великобритании реализуется программа NHS Connecting for Health с общим объемом инвестиций до 2015 года порядка 25 млрд долл. США при численности населения примерно 60,5 млн человек. [16] Аналогичные программы выполняются во всех странах Организации экономического сотрудничества и развития (30 стран).

В Европе, помимо национальных программ, реализуется единая программа Европейского Союза e-health. Первоочередные задачи: стандартизация, обеспечение страхового покрытия независимо от нахождения, обработка медицинской информации о пациенте с использованием информационных технологий (иногда для описания последней задачи используется термин — телемедицина, но он не отражает в полной мере сущности указанных процессов).

Объем инвестиций Евросоюза в рамках общеевропейской программы e-health (без учета аналогичных национальных программ) уже составил около €317 млн.

В Канаде создается единая информационная система (ЕИС) в области здравоохранения. Приоритетные направления работ канадской ЕИС: электронный паспорт здоровья, инфраструктура, телемедицина,

создание национальных реестров, справочников и классификаторов, системы диагностической визуализации и хранения графической информации. Бюджет программы составляет \$1,3 млрд при численности населения около 39 млн человек.

Аналогичная комплексная программа реализуется в США. Согласно данной программе, предусматривается создание сегмента информационной системы в сфере здравоохранения в рамках Электронного Правительства. Общие потребности в инвестициях в электронную медицину на ближайшее десятилетие оцениваются в \$21,6–43,2 млрд. Приоритетными направлениями работ в настоящий период объявлены: электронный паспорт здоровья (EHR), национальная информационная инфраструктура в интересах здравоохранения, региональные центры медицинской информации (RHIOs), электронный обмен медицинскими данными.

Согласно экспертным оценкам, полномасштабное внедрение информационных технологий в медицине в США может привести к экономии до \$77 млрд. Аналогичные исследования в Германии дают оценку экономии расходов при переходе на электронное здравоохранение в размере до 30% от имеющихся затрат. В частности, внедрение технологии электронного рецепта дает экономию порядка €200 млн в год, снижение расходов, связанных с выбором неправильного метода лечения, избыточных процедур и медикаментов позволит сэкономить около €500 млн ежегодно, выявление и предотвращение страховых махинаций составят около €1 млрд в год при численности населения около 83 млн человек.

Стоит отметить, что использование МИС дает возможность не только контролировать расход средств. Благодаря информационным технологиям появляется возможность для проведения анализа заболеваемости населения за любой период

времени (от недели до года). Это дает возможность врачам своевременно принимать меры для профилактики тех или иных заболеваний.

В соответствии с положениями Федерального закона (*далее — ФЗ*) № 326 на период 2011–2012 гг. была запланирована и осуществлена реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.[12] В настоящей статье рассмотрены основные результаты, достигнутые в ходе реализации указанной программы, проанализированы основные финансовые показатели, приведены выводы об итогах и недостатках программы, а также сформулированы адресные рекомендации по оптимизации процесса модернизации в области здравоохранения в РФ.

Согласно Федеральной программе модернизации здравоохранения на 2011–2012 гг., финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения было предусмотрено за счет:

- доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) от средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размере 2% (согласно ФЗ № 212 [2]);
- средств бюджетов субъектов Российской Федерации;
- бюджетов территориальных фондов.

В соответствии с положениями ФЗ № 333 на реализацию программ модернизации здравоохранения планировалось израсходовать 215,92 млрд. руб. в 2011 г. и 244,08 млрд руб. в 2012 г. [10] Указанные средства были предусмотрены на следующие цели:

- укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения

строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования. При этом техническая готовность указанных объектов на начало 2011 г. должна была составлять не менее 80% фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта.

- внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца (в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты), внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;
- внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Для обеспечения реализации указанных программных направлений была обеспечена следующая нормативная правовая основа (табл. 1) [14].

В ноябре 2011 г. в ФЗ №32 были внесены изменения, в соответствии с которыми

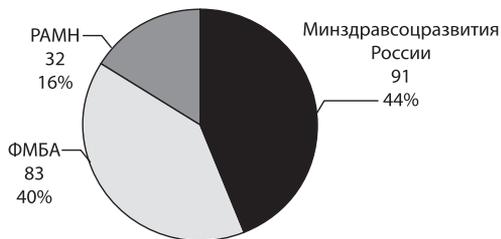


Рис. 1. Структура федеральных государственных учреждений, реализовавших мероприятия по модернизации здравоохранения в 2012 г. по ведомственной принадлежности

в 2012 году в модернизации здравоохранения стали принимать участие также [9]:

- государственные учреждения здравоохранения, подведомственные Российской академии медицинских наук,
- государственные учреждения, подведомственные Минздравсоцразвития России, реализующие мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение.

В 2012 г. в реализации мероприятий по модернизации федеральных государственных учреждений участвовало 206 учреждений здравоохранения, в том числе находящихся в ведении: Минздравсоцразвития России, Федерального медико-биологического агентства России (ФМБА) и Российской академии медицинских наук (РАМН) (рис. 1) [14].

Таблица 1

Нормативная правовая база для Программы модернизации здравоохранения

№	Область регулирования	Нормативно-правовой акт
1	Объемы финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации	Распоряжение Правительства РФ № 2396-р от 27 декабря 2010 г.
2	Правила финансового обеспечения в 2011–2012 гг. региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета ФОМС	Постановление Правительства РФ № 85 от 15 февраля 2011 г.
3	Порядок реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами	Постановление Правительства РФ № 60 от 7 февраля 2011 г.
4	Правила финансового обеспечения в 2011–2012 гг. программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь за счет средств, предоставляемых из бюджета ФОМС ¹	Постановление Правительства РФ № 144 от 4 марта 2011 г.

¹ Программы модернизации федеральных государственных учреждений в 2011 году не реализовывались.

Объем бюджетных ассигнований составил 25,0 млн рублей, в том числе: на укрепление материально-технической базы — 23,66 млн рублей; на внедрение современных информационных систем — 1,24 млн рублей.

Утвержденная стоимость региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет всех источников финансирования на 2011–2012 гг. по состоянию на 01.05.2012 составила 625,07 млрд рублей. Фактическое исполнение за счет всех источников финансирования по состоянию на 01.05.2012 составило 37% (230,87 млрд руб.). В том числе:

- из бюджета ФОМС предоставлены субсидии в сумме 247 924,4 млн руб., из них в субъектах Российской Федерации израсходовано 132 474,7 млн руб.
- из бюджетов субъектов Российской Федерации на реализацию мероприятий Программ модернизации израсходовано 41 706,9 млн руб.;
- из бюджетов территориальных ФФОМС израсходовано 56 691,1 млн руб. (рис. 2) [14].

Необходимо отметить, что всеми субъектами Российской Федерации мероприятия Программ модернизации реализованы не в полном объеме и с несоблюдением сроков, установленных сетевыми графиками субъектов Российской Федерации.

Результаты реализации мероприятий Программ модернизации по состоянию на 01.04.2012 выглядят следующим образом.

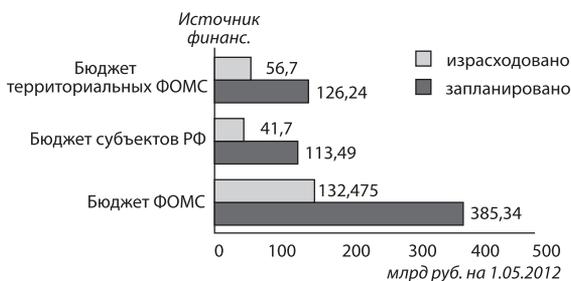


Рис. 2. Соотношение запланированных и фактических показателей исполнения Программы модернизации здравоохранения РФ по источникам финансирования на 1 мая 2012 г., млрд. руб.

Завершено ранее начатое строительство 30 из 88 объектов (34%) в 29 субъектах РФ. Работы фактически продолжались в 33 учреждениях здравоохранения. В 25 учреждениях здравоохранения не были завершены процедуры заключения государственных контрактов.

Работы по капитальному ремонту завершены на 895 из 3567 объектов (25%). Работы фактически продолжались на 1409 объектах. Для 1263 учреждений не были завершены процедуры заключения контрактов.

Работы по проведению текущего ремонта завершены на 105 из 280 объектов (37%). Фактически мероприятия осуществлялись в 66 учреждениях. Количество учреждений здравоохранения, по которым не завершены процедуры заключения государственных (муниципальных) контрактов, составило 109 (табл. 2)[14].

В учреждения здравоохранения фактически поставлено 104 361 из 259 191 за-

Результаты по строительству и ремонту учреждений здравоохранения, включенных в Программы модернизации на 2011–2012 гг. на 1 апреля 2012 г.

№	Виды работ	Завершено, объектов	Работы продолжались	Не заключены контракты	Запланировано всего объектов
1	Ранее начатое строительство	30	33	25	88
2	Капитальный ремонт	895	1409	1263	3567
3	Текущий ремонт	105	66	109	280

планированных единиц медицинского оборудования (40%). Количество единиц медицинского оборудования, по которым заключены государственные (муниципальные) контракты, составило 53 258. Не заключены государственные (муниципальные) контракты по 101 572 единицам медицинского оборудования.

Таблица 3

Израсходованные средства на мероприятия, включенные в Программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 гг. на 1 апреля 2012 г., млн руб.

№		Израсходовано, млн руб.	Запланировано, млн руб.	Итого, в %
1	Внедрение современных информационных систем	2 799,3	28 842,8	9,7%
2	Стандарты медицинской помощи	58 984,2	170 054	35%
3	Повышение доступности амбулаторной медицинской помощи	26 046,3	67 252,3	38%

На внедрение современных информационных систем в здравоохранение израсходовано 2 799,3 млн. руб. из запланированных 28 842,8 млн руб. (9,7%).

Стандарты медицинской помощи при оказании стационарной медицинской помощи внедрены в 3274 из 3538 учреждений здравоохранения (92%). На это израсходовано 58 984,2 млн руб. из запланированных 170 054 млн руб. (35%). В первом квартале 2012 г. средний уровень заработной платы врачей, оказывающих стационарную медицинскую помощь в учреждениях, в которых внедрены стандарты медицинской помощи, составил 33 098 руб., что ниже на 4,1% запланированного показателя 34 452 руб.; среднего медицинского персонала — 19 303 руб., что ниже на 8,1% запланированного показателя 20 864 руб.

На повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, израсходовано 26 046,3 млн руб. из

запланированных 67 252,3 млн руб (38%) (см. табл. 3 [14]). Фактически в первом квартале 2012 года получили выплаты 132 497 из 142 556 врачей (93%) и 220 086 из 238 058 средних медицинских работников (92%). Запланированный показатель среднего размера доплат в рамках повышения доступности амбулаторной медицинской помощи в 2012 г. составил 10 062 руб. врачам и 4 776 руб. средним медицинским работникам. В среднем по РФ размер доплаты врачам-специалистам составил 5 442 руб. (54% от запланированного показателя), среднему медицинскому персоналу — 2 786 руб. (58% от запланированного показателя).

Углубленную диспансеризацию подростков 14-ти лет в 2011 г. прошли 1 123 614 из 1 193 515 чел., подлежащих обследованию в 2011 г. (94%), в первом квартале 2012 г. — 155 094 из 1 247 809 чел., подлежащих обследованию в 2012 г. (12%).

Вместе с тем, очевидно, что важнейшим показателем реализации Программ модернизации является уровень заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в целом по медицинским организациям субъектов РФ и муниципальным медицинским организациям. В первом квартале 2012 г. средняя заработная плата врачей, получающих стимулирующие выплаты в рамках Программ модернизации, соответствовала плановым значениям 2012 г. (27,5 тыс. руб.), у среднего медицинского персонала — 17,8 тыс. руб., что выше плановых значений на 6% (16,7 тыс. руб.). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года, в первом квартале 2012 г. отмечено повышение средней заработной платы врачей на 19% (с 26 тыс. руб. до 31 тыс. руб.) и среднего медицинского персонала — на 18% (с 15,2 тыс. руб. до 17,9 тыс. руб.).

Кроме этого, не менее 25% средств, совокупно выделяемых на модернизацию здравоохранения, должно быть направле-

но на развитие детской медицины [1, 6]. Расходы в субъектах РФ на совершенствование оказания медицинской помощи детям за рассматриваемый период составили 61,3 млн руб.

Для стимулирования субъектов РФ были утверждены критерии определения тех субъектов, которые по итогам 2011 г. достигли лучших показателей реализации Программ модернизации. [5] По результатам проведенной оценки было утверждено распределение 5 млрд рублей в виде дополнительных субсидий двенадцати субъектам Российской Федерации (Республика Карелия, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Забайкальский край, Вологодская область, Воронежская область, Ивановская область, Липецкая область, Рязанская область, Саратовская область, Смоленская область, город Санкт-Петербург) [8].

Таким образом, очевидно, что несмотря на то, что Программы модернизации здравоохранения не достигли многих ожидаемых и запланированных результатов, определенные показатели можно оценить как положительные. Тем не менее, отрицательных результатов также много. Среди основных недостатков в реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения хотелось бы отметить следующие.

- позднее принятие нормативных правовых актов и издание методических рекомендаций для внедрения современных информационных систем в здравоохранение, а также увеличение нормативов предельной цены капитального и текущего ремонта объектов здравоохранения, увеличение правил формирования начальных (максимальных) цен контрактов на отдельные виды медицинского оборудования значительно тормозило процесс;
- из-за некачественной и несвоевременной подготовки проектно-сметной документации и локальных смет проек-

тивовщиками субъекты РФ не успели своевременно сформировать конкурсную документацию на размещение государственного заказа на поставку медицинского оборудования, заключить государственные и муниципальные контракты на выполнение работ по капитальному ремонту объектов здравоохранения;

- проблемы с модернизацией федеральных государственных учреждений связаны, в том числе, и с тем, что Минздравсоцразвития РФ не разработало программы этой модернизации, в связи с чем в 2011 г. модернизация федеральных государственных учреждений не проводилась;
- на начало мая 2012 года в субъектах РФ освоено лишь 53% (132,4 млрд руб.) от суммы предоставленных с марта 2011 г. субсидий (247,9 млрд руб.), не начата модернизация федеральных государственных учреждений, что вызывает сомнения в реалистичности выполнения задач в установленные сроки;
- стандарты медицинской помощи на территории регионов внедрялись неравномерно;
- на момент обследования (5 мая 2012 г.) лишь 43 субъекта РФ подписали Дополнительные соглашения по результатам внесения изменений в Программы модернизации с учетом остатков средств на 1 января 2012 г.;
- отдельно отметим, что ни одним субъектом не были заключены Дополнительные соглашения о финансовом обеспечении мероприятий по оснащению санитарного транспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS на базе многофункциональных приемных устройств.

В процессе реализации Программ модернизации на уровне субъектов РФ отмечены следующие проблемы:

- длительность процедуры (1–1,5 мес.) внесения и согласования изменений в Программы модернизации с Минздравсоцразвития России и ФОМС затрудняет своевременное и качественное выполнение мероприятий и влечет существенные дополнительные затраты (например, на командировочные расходы);
- усложненный порядок внесения изменений в Программы модернизации в части согласования использования экономии средств от проведения аукционов на проведение капитальных ремонтов и приобретение медицинского оборудования, а также при реализации мероприятий по внедрению федеральных стандартов медицинской помощи, несет в себе трудности для реализации Программ на местах;
- ошутим дефицит квалифицированных кадров в медицинских организациях для подготовки конкурсной документации и технических заданий;
- трудности формирования начальной (максимальной) цены контракта и затягивание сроков предоставления информации от поставщиков не позволяют оптимизировать сроки подготовки документации на конкурсные торги и своевременно освоить выделенные финансовые средства;
- отсутствие возможности объективной оценки участников аукционных процедур при размещении заказа на проведение капитального ремонта и поставку медицинского оборудования приводит к заключению контрактов с подрядчиками и поставщиками с заведомо плохой репутацией и нарушению сроков исполнения контрактов;
- внедрение современных информационных систем в здравоохранение весьма затруднено из-за недостаточности средств на реализацию, низкой подготовленности медицинских организа-

ций к внедрению современных информационных технологий, повышенной нагрузки на персонал, незаинтересованности рядовых врачей во внедрении информационных технологий в медицине, правовой неопределенности статуса электронного медицинского документа;

- отдельной проблемой является отсутствие у субъектов РФ возможности самостоятельно перераспределять финансовые средства на внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторно-поликлинической помощи в разрезе лечебно-профилактических учреждений, в частности при превышении фактических объемов по сравнению с плановыми;
- оказание медицинской помощи затруднительно в учреждениях, расположенных в помещениях, не имеющих современного, зачастую дорогостоящего оборудования и специалистов необходимой квалификации;
- руководители учреждений здравоохранения и главы муниципальных образований, отвечающие за реализацию программных мероприятий, неэффективно контролируют этот процесс;
- трудоемкость процедуры представления отчетности в Росздравнадзор и ФОМС создает дополнительную нагрузку на персонал медицинских учреждений и органы управления здравоохранения;
- на конец 2012 года почти 17% учреждений требуют капитального ремонта и почти 41% требуют комплексного переоснащения.

На основании вышеизложенного считаем обоснованным продление действия Программ модернизации до 2013 г. на условиях софинансирования мероприятий за счет средств бюджетов субъектов РФ. Для этого считаем необходимым выполнение следующих задач.

1. Необходимо рассмотреть возможность внесения изменений в ФЗ № 326 (ст. 50), чтобы разрешить ФОМС направить остатки средств, образовавшихся в результате их неполного использования в 2011 и 2012 гг. на модернизацию здравоохранения, на финансовое обеспечение программ и мероприятий по модернизации здравоохранения в очередном финансовом году. Также необходимо принять меры по усовершенствованию системы государственных закупок медицинского оборудования в части формирования начальных (максимальных) цен контрактов.

2. Следует обеспечить своевременное принятие нормативных правовых документов и повысить оперативность и качество методического обеспечения, регламентирующих реализацию модернизации здравоохранения. Также следует ускорить процедуру согласования внесения изменений в программы модернизации здравоохранения субъектов РФ. Процедуры сбора, согласования и предоставления отчетности о реализации программ требуют упрощения.

3. Усилить контроль над реализацией мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах РФ, при этом особое внимание уделить субъектам, не достигшим плановых показателей в предыдущем отчетном периоде.

4. Усилить контроль за соблюдением сроков и порядка предоставления отчетности об использовании средств и реализации региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах РФ.

5. Способствовать ускоренному заключению дополнительных соглашений, обеспечивать соблюдение условий предоставления субсидий и финансирование мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения, усилить контроль и повысить ответственность за выполнение мероприятий региональных программ, а также принять меры по выплате стимулирующих надбавок медицинским работникам.

Таким образом, можно резюмировать, что, безусловно, двухлетний период реализации Программ модернизации не достаточен. Еще много объектов здравоохранения нуждается в проведении капитального ремонта и реконструкции, стандарты медицинской помощи установлены и оплачиваются по полному тарифу только при отдельных заболеваниях, без государственной поддержки также невозможно решить проблему кадровой обеспеченности. Вместе с тем, программы модернизации доказали свою необходимость и своевременность, поскольку финансовая поддержка Федерального центра позволяет субъектам РФ комплексно решать первоочередные задачи, касающиеся материально-технического, информационного и кадрового обеспечения регионального здравоохранения, стандартизации медицинской помощи. При этом важнейшим результатом реализации данных программ должно стать повышение качества и доступности лечебно-профилактической помощи для населения страны.

Литература

1. Перечень поручений Президента РФ № Пр-3534 от 6.12.2010 г. по реализации Послания Президента РФ Федеральному Собранию от 30.11.2010 г.
2. Постановление Правительства РФ № 144 от 4 марта 2011 г.
3. Постановление Правительства РФ № 60 от 7 февраля 2011 г.
4. Постановление Правительства РФ № 85 от 15 февраля 2011 г.
5. Приказ № 389 Минздравсоцразвития России от 20.04.2012 г.
6. Протокол совещания у Председателя Правительства РФ № ВП-П13-8383 от 7.12.2010 г.

7. Распоряжение Правительства РФ № 2396-р от 27 декабря 2010 г.
8. Распоряжение Правительства РФ № 711-р от 4.05.2012 г.
9. Федеральный закон «О внесении изменений в федеральный закон “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”» от 30.11.2011 г.
10. Федеральный закон РФ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов» от 8.12.2010 г.
11. Федеральный закон РФ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» от 24.07.2009 г.
12. Федеральный закон РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г.
13. Инновационное развитие сферы услуг: Сб. науч. ст. / Под ред. Е.В. Егорова, Е.Н. Жильцова. — М.: Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, 2009.
14. <http://www.gosbook.ru/> (Дата обращения: 06.04.2013).
15. www.tadviser.ru (Дата обращения: 28.03.2013).
16. <http://trustmed.ru> (Дата обращения: 9.04.2013).