

Т. В. Сорокина

*Байкальский государственный университет экономики и права,
г. Иркутск, Российская Федерация*

А. В. Распутина

*Байкальский государственный университет экономики и права,
г. Иркутск, Российская Федерация*

А. А. Арстамбек

*Байкальский государственный университет экономики и права,
г. Иркутск, Российская Федерация*

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ, УЧЕТА И КОНТРОЛЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Аннотация. Система обязательного медицинского страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в ст. 41 Конституции РФ. До конца 2014 г. государство направляло средства на здравоохранение из трех источников: средств обязательного медицинского страхования, федерального и регионального бюджетов. Из регионального бюджета финансировалась скорая помощь, расходы на содержание учреждений и лечение социально значимых заболеваний, из средств федерального бюджета — высокотехнологичная помощь и лекарственное обеспечение льготников, с 2015 г. из других средств будут оплачиваться только высокотехнологичная медицинская помощь в федеральных учреждениях, закупка дорогостоящего оборудования, капитальный ремонт зданий и реализация целевых программ. Таким образом, средства обязательного медицинского страхования с каждым годом приобретают все большее значение как источник финансирования здравоохранения. Изменение порядка финансирования здравоохранения влечет за собой ряд проблем во взаимоотношениях участников системы медицинского страхования, а также системе персонифицированного учета, отчетности медицинских организаций и контроля за средствами обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова. Система обязательного медицинского страхования; медицинские организации; здравоохранение; финансирование здравоохранения; фонды обязательного медицинского страхования; учет; контроль.

Информация о статье. Дата поступления 20 марта 2015 г.; дата принятия к печати 22 апреля 2015 г.; дата онлайн-размещения 5 мая 2015 г.

Финансирование. Государственное задание № 2014/52 на выполнение государственных работ в сфере научной деятельности в рамках базовой части проекта № 597 «Разработка методологии финансового обеспечения социально значимых расходов» (номер регистрации в ФГАНУ ЦИТИС 01201458899).

T. V. Sorokina

*Baikal State University of Economics and Law,
Irkutsk, Russian Federation*

A. V. Rasputina

*Baikal State University of Economics and Law,
Irkutsk, Russian Federation*

A. A. Arstambek

*Baikal State University of Economics and Law,
Irkutsk, Russian Federation*

TOPICAL ISSUES OF FINANCING, ACCOUNTING AND CONTROL IN THE SYSTEM OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE

Abstract. The system of compulsory medical insurance was created with the purpose of ensuring the constitutional rights of citizens to receive free medical

care enshrined in article 41 of the Constitution of the Russian Federation. Before the end of 2014, the state financed health care from three sources: funds of obligatory medical insurance, the Federal and regional budgets. The regional budget financed the ambulance service, expenditures on supporting institutions and treatment of socially significant diseases, while the federal budget supported high-tech medical aid and medicine assistance for benefit holders; since 2015 the other funds will maintain only hi-tech medical aid in federal institutions, purchase of expensive equipment, capital repair of buildings and implementation of targeted programs. Thus, with every year the obligatory medical insurance funds are becoming increasingly important as a source of financing health care. The change of the way of health care financing will result in a number of problems in interrelations of participants of the medical insurance system, as well as in the personal record-keeping system, in reporting procedure of medical organizations and control over the obligatory medical insurance funds.

Keywords. System of obligatory medical insurance; medical organizations; health care; health care financing; obligatory medical insurance funds; record-keeping; control.

Article info. Received March 20, 2015; accepted April 22, 2015; available online May 5, 2015.

Financing. Governmental order No. 2014/52 on performance of state work in research activities within the base part of the project No. 597 «Devising the methodology of socially important expenses financial support» (registration No. in FGANU TsITiS 01201458899).

Механизмы финансирования здравоохранения пережили за последние два десятилетия качественные изменения. Последние два года были переходными для российской системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и здравоохранения в целом. Однако, как отметила Счетная палата РФ, оценившая промежуточные результаты проходящей реформы: «Цели оптимизации системы здравоохранения не достигнуты — медпомощь не стала ни эффективнее, ни доступнее» [2, с. 4].

В настоящее время в России сложилась полисубъектная система финансирования здравоохранения, более наглядно ее можно представить в виде схемы (рис. 1), из которой видно, что одним из основных источников финансирования здравоохранения являются средства ОМС [4, с. 32].



Рис. 1. Система финансирования сферы здравоохранения

Рассмотрим исторические аспекты формирования отечественной системы ОМС, чтобы в полном объеме проанализировать эти средства.

Развитие системы больничного страхования связано с появлением во второй половине XX в. во многих европейских странах страховых больничных касс. Они образовывались за счет взносов работодателей и работников и гарантировали своим членам пособия, частично возмещающие трудовой доход, потерянный во время болезни; единовременные выплаты и пенсии семье в случае смерти работника; компенсации роженицам; оказание медицинской и лекарственной помощи.

Что касается России, то в XX в. начинают развиваться страховые фонды, этому способствовали законы «О вспомогательных товариществах при казенных горных заводах» (1861) и «О вознаграждении потерпевших и их семейств в промышленных заведениях» (1903). Источником финансирования страховых фондов являлись средства рабочих в размере 2–3 % от их заработной платы и взносы заводоуправлений в размере, равном ежегодной сумме всех взносов рабочих [3, с. 43].

Начавшемуся в 1910-х гг. формированию системы медицинского страхования в России не суждено было дальнейшее развитие в связи с революцией 1917 г. Послереволюционный период ознаменовался мощным развитием государственных форм общественного здравоохранения. Централизованное управление отраслью, которая приобрела почти государственный характер, было оправданным и эффективным в период социального потрясения и экстремальных в то время условий развития. На данном этапе принципы страхования были постепенно заменены государственным обеспечением, осуществляемым через профсоюзы за счет государственного бюджета [Там же].

Что касается современного этапа, то 28 июня 1991 г. был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499-1, который ввел обязательную и добровольную формы медицинского страхования, что позволило привлечь в отрасль приток дополнительных средств. Кроме этого, закон установил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации, определил средства ОМС в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений и заложил основу для создания в стране системы страховой модели финансирования здравоохранения [1, с. 60].

За время реализации норм данного закона в системе ОМС было выявлено множество проблем, не позволяющих обеспечить эффективное функционирование отрасли. Дальнейшее реформирование отрасли и поиск новых путей оптимизации имеющихся ресурсов привело к принятию Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ.

Согласно ст. 9 Федерального закона № 326-ФЗ, субъектами обязательно медицинского страхования являются: застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС).

К участникам же обязательного медицинского страхования относятся: территориальные фонды (ТФОМС), страховые медицинские организации (СМО), медицинские организации.

Страхователями работающего населения в системе ОМС выступают лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты. За неработающее население платить взносы обязаны органы исполнительной власти субъектов РФ. Страхователи должны быть зарегистрированы в территориальных отделениях Пенсионного фонда РФ, поскольку именно он является администратором страховых взносов на ОМС работающего населения.

Согласно закону с 1 января 2012 г. вступили в силу разграничения полномочий РФ и субъектов РФ в сфере ОМС. Федерация делегирует на региональный уровень полномочия по реализации на соответствующей территории базовой программы ОМС. Финансовое обеспечение переданных полномочий осуществляется за счет субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС [3, с. 43]. Таким образом, страховщиком в системе ОМС является Федеральный фонд — некоммерческая организация, созданная для реализации государственной политики в сфере ОМС. ФФОМС предоставляет субвенции бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения расходных обязательств субъектов РФ (рис. 2). В составе бюджета фонда формируется нормированный страховой запас.

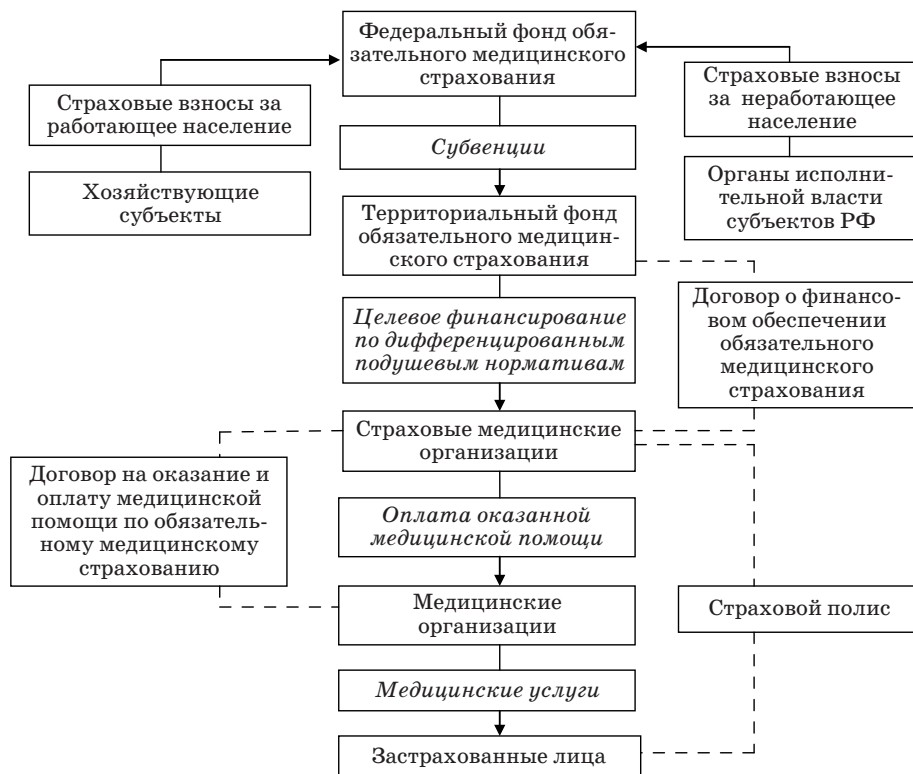


Рис. 2. Схема организации и финансирования обязательного медицинского страхования

Для реализации системы ОМС на территориях субъектов РФ создаются ТФОМС — некоммерческие организации, выполняющие отдельные полномочия страховщика (в части реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы ОМС; в части установленных территориальными программами ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС). ТФОМС предоставляет страховым медицинским организациям целевые средства в соответствии с заявкой исходя из количества застрахованных лиц и подушевых нормативов финансирования. В случае превышения установленного для СМО объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помо-

щи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту ТФОМС может предоставить недостающие для оплаты средства из нормированного страхового запаса ТФОМС.

СМО — это имеющая лицензию страховая организация, осуществляющая отдельные полномочия страховщика на территории субъекта РФ (табл.). СМО должны быть включены в реестр компаний, работающих в системе ОМС. СМО не имеет право осуществлять иную деятельность кроме ОМС и добровольного медицинского страхования.

**Рейтинг страховых медицинских организаций
в Иркутской области**

| Иркутская область | Численность застрахованных лиц, тыс. чел. | Наличие обоснованных жалоб на работу | Результативность судебной и досудебной деятельности | Доступность в получении информации |
|---|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| Филиал АО «ВТБ Медицинское страхование» в Иркутской области | 4,8 | 0 | 1 | 14,9 |
| ИФ АО «Страховой компании «СОГАЗ-Мед»» | 63,7 | 0 | 1 | 10,2 |
| Иркутский филиал ОАО «РОСНО-МС» | 13,0 | 0 | 1 | 13,4 |
| ОАО «Маски» | 10,4 | 0 | 1 | 5,3 |
| ООО «Ингосстрах-М» | 8,1 | 0 | Жалобы не поступали | 11,2 |

Составлено по данным официального сайта Федерального фонда обязательного медицинского страхования. URL : <http://www.ffoms.ru/>.

По договору о финансовом обеспечении СМО обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой ОМС, за счет целевых средств. В целях реализации этой функции СМО осуществляет:

- оформление и выдачу полисов ОМС;
- ведение персонифицированного учета застрахованных лиц и оказанной им медицинской помощи;
- предоставление в ТФОМС заявки на целевые средства;
- заключение договоров с медицинскими учреждениями;
- контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях;
- защиту прав и интересов застрахованных лиц;
- иные функции, не противоречащие законодательству.

Персонифицированный учет в сфере ОМС — организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках программ ОМС. Целями персонифицированного учета являются:

1. Формирование условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках программ ОМС.
2. Создание условий для осуществления контроля за использованием средств ОМС.
3. Определение потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ ОМС.

Персонифицированный учет, сбор, обработка, передача и хранение сведений осуществляются ФФОМС и ТФОМС, Пенсионным фондом РФ и его территориальными органами, страховыми медицинскими организациями, ме-

дицинскими организациями и страхователями для неработающих граждан в соответствии с полномочиями, предусмотренными Федеральным законом № 326. Для целей персонифицированного учета ФФОМС и ТФОМС осуществляют информационное взаимодействие со страхователями для неработающих граждан, с Пенсионным фондом РФ и его территориальными органами, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и иными организациями в соответствии с настоящим законом. Порядок ведения персонифицированного учета определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а СМО обязуется оплатить оказанную медицинскую помощь в соответствии с утвержденными тарифами. При этом СМО выполняет следующие функции:

- получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи, а также проверки их достоверности;
- проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях;
- организацию оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

Обязанности медицинской организации включают:

- предоставление сведений о застрахованном лице и об оказании ему медицинской помощи;
- выставление счетов за оказанную медицинскую помощь;
- составление отчетности об использовании средств ОМС об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном ФФОМС.

Средства, поступающие в СМО и предназначенные для оплаты медицинской помощи, являются средствами целевого финансирования.

Целевые средства СМО формируются за счет:

- средств, поступивших от территориального фонда, по договору о финансовом обеспечении ОМС (годовой объем средств для СМО определяется исходя из количества застрахованных лиц в данной компании и дифференцированных подушевых нормативов);
- средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- средств, поступивших от лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

К собственным средствам СМО в сфере ОМС относятся:

- средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС и поступающие из ТФОМС в пределах установленного норматива;
- установленная часть сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи и микро-экономической экспертизы;
- установленная часть сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- установленная часть средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств;

– средства, поступившие от лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

В соответствии с п. 8 ч. 7 ст. 34 и п. 2 ч. 3 ст. 39 Федерального закона № 326-ФЗ ТФОМС и СМО осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ ОМС. Порядок контроля установлен приказом ФФОМС «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» от 1 декабря 2010 г. № 230. Результаты проведенного контроля оформляются актами, включающими информацию о выявленных нарушениях и применяемых к медицинским организациям мерах, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» от 28 февраля 2011 г. № 158н.

Обобщая перечисленное, стоит отметить, что система ОМС в Российской Федерации имеет свои определенные черты:

Множественность участников отношений, уплата страховых взносов осуществляется работодателем и государством, где государство приравнивается к страхователю, обязанному вносить взносы за неработающее население. Работники не участвуют в финансировании системы ОМС.

Полисубъектная структура управления, при которой на территории РФ в целом управление средствами ОМС осуществляет ФФОМС, а на территориях субъектов РФ — ТФОМС [6, с.184].

В рамках системы ОМС не производятся никакие денежные выплаты населению — финансовые средства используются на оплату медицинских услуг, предоставляемых гражданам бесплатно, и направляются в систему лечебно-профилактических учреждений.

Индивидуальный принцип ОМС, когда страховые взносы вносятся индивидуально за каждого застрахованного.

Всеобщность ОМС, заключающаяся в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской помощи в соответствии с государственными программами ОМС.

Исходя из этого, на современном этапе существует ряд проблем:

Фактор непрямого участия застрахованных лиц в системе ОМС порождает определенный стереотип полной «бесплатности» здравоохранения, а государство с каждым годом декларирует повышение объема социальных гарантий для населения, соответственно, что граждане обращаются в медицинскую организацию за помощью с повышенной степенью требования самой услуги и ее качества. К тому же не все граждане владеют информацией о том, какие медицинские услуги и лекарственное обеспечение входят в систему ОМС, что в свою очередь является одним из факторов напряжения в отношениях «пациент — врач».

Еще одним следствием повышения требований населения к уровню и объему медицинской помощи, а также увеличению ответственности врачей является отток кадров из отрасли здравоохранения.

Система ОМС на территории РФ является в определенной степени «суррогатом» страхования, т. е. отсутствуют ограничения по страховым выплатам, управление страховыми рисками, размерами страховых взносов и т. д. Принцип страхования реализован лишь в том смысле, что гражданин, отчисляя часть своей заработной платы в соответствующий фонд, имеет право получить медицинскую помощь в необходимом объеме. При этом размер взноса

зависит лишь от дохода гражданина, размер страхового покрытия ничем не ограничен [7, с. 48].

Страховые компании в системе ОМС, по сути, являются финансовыми посредниками, осуществляющими платежи на комиссионной основе, между ТФОМС и медицинскими организациями (рис. 3). Нередко можно услышать мнение, что обязанности страховых компаний мог бы исполнять ТФОМС. Никаких финансовых рисков страховые компании не несут, к тому же уровень финансирования страховых компаний серьезно повысился за последнее время.

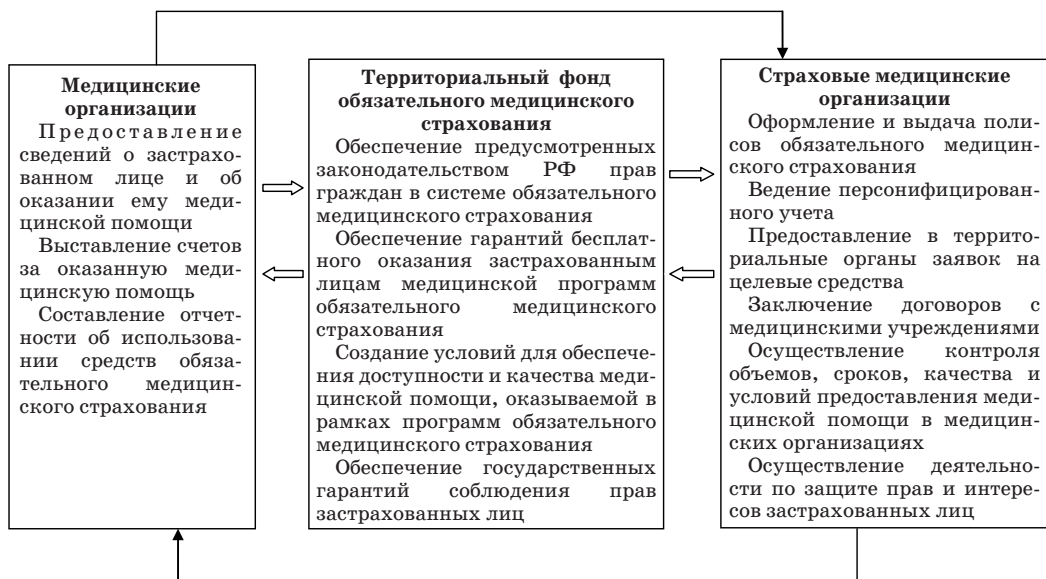


Рис. 3. Взаимодействие участников системы обязательного медицинского страхования

В настоящее время многие недостатки и проблемы государственной системы переложены на медицинские организации. Другими словами, если в лечебное учреждение попадает пациент, за которого не уплачивались взносы либо медицинская услуга не попадает в перечень услуг ОМС, то данный финансовый риск несет только медицинская организация. Отказать в медицинской помощи лечебное учреждение не может, но оплату от СМО она получит только в рамках плановых показателей, установленных комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Таким образом, если лечение пациента не помещается в рамки отведенных плановых показателей, то оплату лечения медицинская организация обязана произвести за счет собственных средств, хотя регулирование соответствия объемов оказанной медицинской помощи утвержденным плановым показателям должно быть задачей не только медицинских организаций, но и страховых компаний. Задача медицинской организации — оказать качественную помощь, обосновать ее необходимость, а страховые компании обязаны провести оплату. Помимо этого, на медицинскую организацию могут наложить штрафные санкции, среди которых возможны следующие причины штрафов: нет необходимых документов (история болезни, дневники и т. д.), нет подписей пациента, врачей, заведующего отделением, т. е. происходит своеобразная бюрократизация процесса предоставления медицинской услуги, поскольку врачу помимо оказания собственно государственной услуги, необходимо заполнить огромный перечень отчетной документации.

На это в периодической литературе существуют разные мнения: от резко негативного до позитивного. С одной стороны, штрафы повышают ответственность государственного учреждения здравоохранения и стимулируют прозрачность и эффективность целевых средств, а с другой стороны 30 % от штрафов «остается» в СМО. Если смотреть в абсолютном выражении, то в 2011 г. медицинские учреждения, допустившие ненадлежащее качество оказания помощи пациентам, «наказаны» на 3,7 % от годового финансирования в системе ОМС — 21,7 млрд р., а страховщикам при этом остается около 8 млрд р. Чем больше санкций, тем выше заработок СМО [5, с. 44].

Сейчас медицинские организации воспринимают штрафные санкции СМО как чрезмерно высокие, основанные на формальных признаках и никак не влияющие на качество оказания медицинской помощи, при этом нет четкой мотивации в развитии платных услуг на базе государственных учреждений.

Что касается перспектив отрасли, то в ближайшие годы планируется реализация следующих мероприятий:

- ввод еще одного документа, в котором пациента до оказания государственной услуги будут ознакомлять с ценами и условиями предоставления услуги по ОМС;
- развитие конкурентной среды среди медицинских учреждений с целью снижения нагрузки на систему ОМС и повышения роли платных услуг;
- увеличение выделяемых средств на программы по привлечению кадров в отрасль (земский доктор, целевые места в вузах, повышение зарплаты и т. д.).

Список использованной литературы

1. Аюшиев А. Д. Финансирование здравоохранения в России: результаты и пути развития / А. Д. Аюшиев, А. М. Баженов. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2005. — 159 с.
2. Николаева Д. Положение в медицине хуже оптимального / Д. Николаева // Коммерсантъ. — 2015. — № 65. — С. 4.
3. Самсоненко Т. А. Создание и развитие сети учреждений здравоохранения на селе в условиях коллективизации / Т. А. Самсоненко // История в подробностях. — 2013. — № 4. — С. 36–47.
4. Сорокина Т. В. Финансовое обеспечение социально значимого бюджетного сектора региона в условиях российского федерализма / Т. В. Сорокина. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2013. — 280 с.
5. Стадченко И. Н. Реформа здравоохранения: этапы и ключевые моменты / И. Н. Стадченко // Бюджет. — 2013. — Апрель. — С. 43–45.
6. Сфера социально значимых услуг: теоретические и прикладные аспекты деятельности организаций : в 2 ч. / под общ. ред. Т. Д. Бурменко, О. Н. Бaeовой. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2012. — Ч. 1. — 380 с.
7. Mobilization of domestic resources for health: The Report of Working Group 3 of the Commission on Macroeconomics and Health / chaired by K. Botchwey, A. Tait. — Geneva : World Health Organization, 2002. — 179 p.

References

1. Ayushiev A. D., Bazhenov A. M. *Finansirovanie zdravookhraneniya v Rossii: rezul'taty i puti razvitiya* [Financing of public health in Russia: results and ways of development]. Irkutsk, Baikal State University of Economics and Law Publ., 2005. 159 p.
2. Nikolayeva D. The situation in medicine is worse than optimal. *Kommersant*, 2015, no. 65, pp. 4. (In Russian).
3. Samsonenko T. A. Establishment and development of health care institution network in the country in terms of collectivization. *Istoriya v podrobnostyakh = History in details*, 2013, no. 4, pp. 36–47. (In Russian).
4. Sorokina T. V. *Finansovoe obespechenie sotsialno znachimogo byudzhethnogo sektora regiona v usloviyakh rossiiskogo federalizma* [Financial support for a socially important public sector in the region in terms of Russian federalism]. Irkutsk, Baikal State University of Economics and Law Publ., 2013. 280 p.

5. Stadchenko I. N. Health cre reform: stages and key moments. *Zhurnal Byudzheta = Journal Budget*, 2013, April, pp. 43–45. (In Russian).

6. Burmenko T. D., Bayeva O. N. (eds). *Sfera sotsialno znachimyykh uslug: teoreticheskie i prikladnye aspekty deyatel'nosti organizatsii* [Scope of socially important services: theoretical and applied aspects of companies activities]. Irkutsk, Baikal State University of Economics and Law Publ., 2012. Pt. 1. 380 p.

7. *Mobilization of domestic resources for health: The Report of Working Group 3 of the Commission on Macroeconomics and Health* (chaired by K. Botchwey, A. Tait). Geneva, World Health Organization, 2002. 179 p.

Информация об авторах

Сорокина Татьяна Владимировна — доктор экономических наук, доцент, декан финансово-экономического факультета, Байкальский государственный университет экономики и права, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: natvros@mail.ru.

Распутина Алла Владимировна — кандидат экономических наук, доцент, кафедра бухгалтерского учета и аудита, Байкальский государственный университет экономики и права, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: rasputina-av@isea.ru.

Арстамбек Анна Александровна — аспирант, кафедра финансов, Байкальский государственный университет экономики и права, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: Anna819@yandex.ru.

Authors

Tatyana V. Sorokina — Doctor habil. (Economics), Associate Professor, Dean of Finance and Economics Department, Baikal State University of Economics and Law, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, Russian Federation; e-mail natvros@mail.ru.

Alla V. Rasputina — PhD in Economics, Assistant Professor, Chair of Accounting and Audit, Baikal State University of Economics and Law, 11 Lenin St., 654003, Irkutsk, Russian Federation; e-mail: rasputina-av@isea.ru.

Anna A. Arstambek — PhD Student, Chair of Finance, Baikal State University of Economics and Law, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, Russian Federation; e-mail: Anna819@yandex.ru.

Библиографическое описание статьи

Сорокина Т. В. Актуальные проблемы финансирования, учета и контроля в системе обязательного медицинского страхования / Т. В. Сорокина, А. В. Распутина, А. А. Арстамбек // Известия Иркутской государственной экономической академии (Байкальский государственный университет экономики и права). — 2015. — Т. 6, № 3. — DOI : [10.17150/2072-0904.2015.6\(3\).3](https://doi.org/10.17150/2072-0904.2015.6(3).3).

Reference to article

Sorokina T. V., Rasputina A. V., Arstambek A. A. Topical issues of financing, accounting and control in the system of compulsory medical insurance. *Izvestiya Irkutskoy gosudarstvennoy ekonomicheskoy akademii (Baykalskiy gosudarstvennyy universitet ekonomiki i prava) = Izvestiya of Irkutsk State Economics Academy (Baikal State University of Economics and Law)*, 2015, vol. 6, no. 3. DOI: [10.17150/2072-0904.2015.6\(3\).3](https://doi.org/10.17150/2072-0904.2015.6(3).3). (In Russian).