Лекционный комплекс

Дисциплина: ОСМС и медицинское право
Код дисциплины: OSMSMP 5301
Название и шифр ОП: 6B10101«Общая медицина»
Объем учебных часов/кредитов: 150 часов (5 кредита)
Курс и семестр изучения: 5курс, 9 семестр
Обьем лекции: 10 часов

Шымкент, 2024 г.

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «ОСМС и медицинское право» и обсужден на заседании кафедры

Протокол: №15 от «10» 06 2024 г.

Зав.кафедрой:
к.м.н.,асс.проф. Сарсенбаева Г.Ж.

1.Тема №1. Виды МС. Закон РК об обязательном медицинском страховании

2. Цель: Предоставление студентам информации о видах медицинского страхования и законах ОСМС.

3. Тезисы лекции:

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РК равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Систему ОМС дополняет добровольное медицинское страхование (ДМС). Пакет "добровольного" обслуживания значительно шире, нежели тот, на который распространяется ОМС. Правила ДМС разрабатывают страховые компании, то есть ДМС проводится на базе договора, порядок заключения которого и общие условия устанавливаются страховой компанией самостоятельно, но в рамках положений Закона "О страховании", при этом отдельные нюансы договоров у различных страховщиков могут быть разными.

Глобальные вызовы для системы здравоохранения (рост неинфекционных заболеваний, ресурсоемкость системы за счет внедрения новых технологий, увеличение численности пожилого населения) приведет к увеличению расходов здравоохранения.

Уровень финансирования здравоохранения в РК чрезвычайно низок – на уровне 3,5% от ВВП, по сравнению с ближайшими соседями (более 5% от ВВП в РФ) и странами ОЭСР (в среднем 8-9% от ВВП). Кроме того, принцип солидарной ответственности, предусмотренный Кодексом о здоровье народа и системе здравоохранения, до сих пор не реализован. В международной практике внедрение обязательного медицинского страхования отвечает вышеуказанным вызовам и обеспечивает финансовую устойчивость системы.С введением ОСМС общие расходы на здравоохранение в % от ВВП возрастут, что поможет обеспечить высокий уровень качества и доступности медицинских услуг. Диверсификация источников финансирования и увеличение объемов финансирования, в целом, позволит подкрепить цели по достижению уровня жизни стран ОЭСР реальными действиями.

В настоящее время в системе здравоохранения существует 3 ключевые системные проблемы:

1. Отсутствие солидарности граждан и работодателей в охране здоровья. При этом бремя охраны здоровья лежит только на государстве. Гражданам характерно потребительское отношение к здравоохранению, имеется слабая приверженность к здоровому образу жизни.
2. Финансовая неустойчивость системы. Недостаточно эффективная структура оказываемой медпомощи, высокая доля расходов на стационарную помощь. Высокий удельный вес теневых платежей населения (37,4% от общих расходов здравоохранения, в ОЭСР – в среднем 17%). Имеется фрагментация потоков финансовых средств.
3. Неэффективное управление системой. Низкая эффективность медицинских организаций. Слабая тарифная политика и непрозрачное распределение средств. Низкий уровень качества услуг и компетенции системы.

В отрасли сохраняются основные системные риски:

- риск роста потребления услуг;
- риск роста стоимости здравоохранения;

- риск недостаточности государственного бюджета и возможности компенсации;
- риск неэффективности – не достижения конечных результатов.

Существующие ключевые проблемы и ожидаемые системные риски требуют кардинального пересмотра модели системы здравоохранения.

Закон РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» принят 16.11.2015 году. Последнее дополнения и изменения внесено 06.05.2020 году.

Статья 4. Принципы обязательного социального медицинского страхования

Обязательное социальное медицинское страхование основывается на принципах:

1) соблюдения и исполнения законодательства Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании;

2) обязательности уплаты отчислений и (или) взносов;

3) солидарной ответственности государства, работодателей и граждан;

4) доступности и качества оказываемой медицинской помощи;

5) использования активов фонда исключительно на оказание медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

6) гласности деятельности фонда.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см.приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие виды медицинского страхования вы знаете?
2. Когда был принят закон о ОСМС в Республике Казахстан?
3. Почему этот закон называется социальным?
4. Имеют ли иностранцы, проживающие на территории Республики Казахстан, право на получение медицинской помощи в соответствии с настоящим законом?
5. Назовите основные принципы работы ОСМС.

1.Тема №2. Цели, предпосылки внедрения ОСМС. Глобальные модели здравоохранения

2. Цель: Ознакомить студентов с мировыми моделями здравоохранения.

3.Тезисы лекции:

Мировой опыт

В мире существуют 3 глобальные модели здравоохранения:

- государственная (Великобритания, Испания, Италия, Швеция),
- общественное страхование (Германия, Франция, Бельгия),
- частное страхование (США).

Большинство стран комбинируют их, чем фокусируются на одной. Общая тенденция – конвергенция «бюджетных» и «страховых» моделей: бюджетные перенимают страховые принципы распределения средств. Страховые перенимают бюджетные принципы сбора и накопления средств.

Также в страховых системах наблюдается тенденция увеличения роли государства.

Исходя из анализа текущей ситуации и положительного мирового опыта, в реализацию статьи 29 Конституции Республики Казахстан, 80-го шага Институциональных реформ Главы государства с 2020 года в Казахстане внедрена смешанная система финансирования здравоохранения.

Целями внедрения ОСМС являются:

- достижение общественной солидарности путем укрепления собственного здоровья и разделения бремени охраны здоровья населения;
- обеспечение финансовой устойчивости системы путем обеспечения устойчивости системы к внешним факторам и росту затрат и обеспечения прозрачности и справедливости системы;
- повышение эффективности системы через достижение конечных результатов доступности, полноты и качества услуг и обеспечения высокой компетенции, и конкурентоспособности системы.

Основными принципами систем ОСМС являются: универсальность, социальная справедливость и солидарность.

С внедрением ОСМС в РК произошло разделение функций и роли Министерства и ФСМС. Основополагающие регуляторные документы определены Министерством, ФСМС аккумулирует и закупает медицинские услуги.

Государство сохраняет за собой право обеспечивать гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП): оказание медпомощи при социально значимых заболеваниях, неотложных состояниях, скорую медпомощь, санитарную авиацию и вакцинацию.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см. приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. В каком документе указаны предпосылки для ОСМС?
2. Какова цель ОСМС?
3. Назовите модели здравоохранения в мире.
4. Каковы преимущества и недостатки государственной модели здравоохранения?
5. Каковы преимущества и недостатки модели общественного здравоохранения?
6. Каковы преимущества и недостатки индивидуальной модели здравоохранения?

1.Тема№3. Источники финансирования в условиях ОСМС. Фонд СМС.

2. Цель: Предоставление студентам информации о финансировании ОСМС.

3. Тезисы лекции:

Статья 14. Плательщики

Плательщиками взносов являются:

1) государство;

2) работники, в том числе государственные и гражданские служащие, за исключением военнослужащих, сотрудников правоохранительных, специальных государственных органов;

3) индивидуальные предприниматели;

4) лица, занимающиеся частной практикой;

5) работодатели.

Статья 26. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование

1. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование уплачиваются ежемесячно в течение первых пяти рабочих дней текущего месяца в порядке, определяемом бюджетным законодательствомРеспублики Казахстан, за следующих лиц:

1) дети;

2) лица, зарегистрированные в качестве безработных;
3) неработающие беременные женщины;
4) неработающее лицо (один из законных представителей ребенка), воспитывающее ребенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет, за исключением лиц, предусмотренных подпунктом 5) настоящего пункта;
5) лица, находящиеся в отпусках в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;
6) неработающие лица, осуществляющие уход за ребенком-инвалидом;
7) получатели пенсионных выплат, в том числе ветераны Великой Отечественной войны;
8) лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);
9) лица, содержащиеся в следственных изоляторах;
10) неработающие оралманы;
11) многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;
12) инвалиды;
13) лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования;
14) неработающие получатели государственной адресной социальной помощи.
Под неработающими лицами понимаются лица, не осуществляющие предпринимательскую или трудовую деятельность и не имеющие дохода.
2. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размерах:
с 1 января 2020 года - 1,4 процента от объекта исчисления взносов государства;
с 1 января 2021 года - 1,6 процента от объекта исчисления взносов государства;
с 1 января 2022 года - 1,7 процента от объекта исчисления взносов государства;
с 1 января 2023 года - 1,8 процента от объекта исчисления взносов государства;
с 1 января 2024 года - 1,9 процента от объекта исчисления взносов государства;
с 1 января 2025 года - 2 процента от объекта исчисления взносов государства;
с 1 января 2026 года - не менее 2, но не более 3 процентов от объекта исчисления взносов государства. При этом размер взносов государства ежегодно устанавливается на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете.
3. Объектом исчисления взносов государства является среднемесячная заработная плата, предшествующая двум годам текущего финансового года, определяемая уполномоченным органом в области государственной статистики.

Статья 27. Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование

1. Отчисления работодателей, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размере:
с 1 июля 2017 года - 1 процента от объекта исчисления отчислений;
с 1 января 2018 года - 1,5 процентов от объекта исчисления отчислений;
с 1 января 2020 года - 2 процентов от объекта исчисления отчислений;
с 1 января 2022 года - 3 процентов от объекта исчисления отчислений.
2. Объектом исчисления отчислений являются расходы работодателя, выплачиваемые работнику, в том числе государственному и гражданскому служащему, в виде доходов.

3. От уплаты отчислений освобождаются работодатели за:
1) лиц, указанных в подпунктах 1), 5), 7), 11), 12) и 13) пункта 1 статьи 26 настоящего Закона;
2) военнослужащих;
3) сотрудников специальных государственных органов;
4) сотрудников правоохранительных органов.

Статья 28. Взносы на обязательное социальное медицинское страхование

1. Взносы работников, в том числе государственных и гражданских служащих, а также физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размере:
с 1 января 2020 года - 1 процента от объекта исчисления взносов;
с 1 января 2021 года - 2 процентов от объекта исчисления взносов.
4. Иллюстративный материал: слайды
5. Литература: см. приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Кто переводит деньги в фонд в случае ОСМС?
2. Кто освобожден от взносов?
3. Кто управляет фондом? Какие специалисты работают?
4. Кто инвестирует активы Фонда?

1.Тема №4. Пакет услуг СМС. Особенности закупа услуг в рамках МС.

2. Цель: Объяснить студентам специфику закупок медицинских услуг и услуг, предоставляемых в условиях ОСМС.

3. Тезисы лекции:

Пакет медицинских услуг является главным составляющим ОСМС.

Мировой опыт показывает, что каждая страна формирует пакеты услуг, исходя из возможности и особенности своих стран.

В Германии существует единый и широкий пакет за счет СМС. При этом имеется альтернативный пакет частного страхования, на который имеют право лица, с доходом более 49,5 тыс.евро в год (это 11% населения страны). В Литве, Польше, Венгрии и Молдове также существует широкий единый пакет для всех застрахованных ОСМС. ДМС играет минимальную роль в этих странах.

В Нидерландах имеют два пакета в рамках ОСМС: стандартный пакет для всего населения и дополнительный пакет для лиц пожилого возраста на случаи хронических болезней, ухода и т.п.

В России принят гарантированный государством пакет для всех граждан и базовый пакет в рамках ОМС для застрахованных граждан.

В Казахстане, исходя из норм Конституции, определены: пакет для ГОБМП для всего населения и пакет ОСМС для застрахованных.

Во многих странах мира пакеты услуг включают социально-значимые заболевания (СЗЗ). При этом в некоторых странах СЗЗ выделены отдельным перечнем. В Германии и Франции нет данных о существовании отдельного списка СЗЗ. В Литве нет отдельного списка, но они включены в пакет ОСМС, список опасных окружающим заражаемых болезней (ООЗ), больные которыми автоматически становятся застрахованным ОСМС, туда включены 14 нозологий.

В России список СЗЗ входит 9 болезней и отдельный список особо опасных 15 болезней. В Беларуси нет списка СЗЗ, существует список опасных инфекционных болезней из 6 нозологий. В нашей стране существует оба списка: СЗЗ – 12 болезней и ООЗ – 15 болезней. В рамках ОСМС предполагается поэтапное включение в пакет ОСМС социально-значимых заболеваний. В настоящее время все эти болезни включены в перечень ГОБМП.

Новая система закупа медицинских услуг будет функционировать следующим образом:

- выбор поставщиков и закуп медицинских услуг будет осуществляться по двухэтапной модели согласно Единых правил контрактирования, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития РК;
- ФСМС выступает в роли стратегического закупщика услуг, как в рамках ОСМС, так и по ГОБМП;
- схема будет выстроена на основе интегрированной системы электронного здравоохранения и информационных систем всех медорганизаций - модернизация систем уже начата;
- медорганизации, не имеющие своих информационных систем и возможности их создания, получат ключи доступа в систему электронного здравоохранения для работы в ней через личный кабинет;
- тем самым, весь процесс, за исключением переговорной части, будет автоматизирован;
- сведения в едином регистре поставщиков также будут автоматически актуализироваться, в том числе при обновлении базы данных по положительным и отрицательным рейтингам поставщиков – такие рейтинги будут формироваться ФСМС по результатам оценки качества оказанных услуг;
- поставщики уникальных медицинских услуг (высокоспециализированные, высокотехнологичные) могут привлекаться вне схемы способом из одного источника.

Для реализации единых правил закупа и оплаты услуг, а также контроля качества все ранее финансируемые из местного бюджета виды медпомощи будут переданы в Фонд СМС. В связи с этим требуется внести изменения в Бюджетный кодекс в части межбюджетных отношений (изъятия и субвенции).

Расходы республиканского бюджета в 2020 году составят 2,25 млрд.тенге (на лечение за рубеж, пропаганды ЗОЖ, медпомощь с применением инновационных технологий). Целевые текущие трансферты регионам составят 14,4 млрд.тенге (закуп вакцин, профилактика ЗОЖ). За местным бюджетом сохраняется финансирование прочих услуг и мероприятий в общем объеме 22,7 млрд.тенге (дома ребенка, спецмедснабжение, медколлледжи и др.).

Фонд СМС будет финансировать медицинские услуги в объеме 502,2 млрд.тенге, в том числе по пакету ОСМС как стратегический закупщик в сумме 359,8 млрд.тенге (АПП, АЛО и СМП).

Средства ГОБМП будут профинансированы через ФСМС как финансового оператора в сумме 142,4 млрд.тенге:

АПП и АЛО *(не имеющим право на медпомощь в ОСМС)*–10,9 млрд.тг.

Экстренная стационарная помощь *(не имеющим право на мед помощь в ОСМС)* –6,6 млрд.тг.

Экстренная стационарная помощь *(наблюдение до 24 часов, кратковременное пребывание в приемных отделениях стационаров (до 3 часов) в пилотных регионах)*– 1,9 млрд.тг.
АЛО СЗЗ – 24,5 млрд. тг.
5. Онкология – 21,8 млрд. тг. *(амбулаторное лекарственное обеспечение, дорогостоящие лекарственные средства – 7,7 млрд.тг, медпомощь - 19,7 млрд.тг.).*
6. Медицинская помощь при СЗЗ – 47 млрд. тг.
7. Скорая медпомощь и санитарная авиация – 22,9 млрд.тг.
8. Прочие услуги – 8,1 млрд. тг. (производство крови, ее компонентов и препаратов – 7,3 млрд. тг., услуги паталогоанатомических бюро – 0,8 млрд. тг.
9. Возмещение лизинговых платежей – 0,6 млрд. тенге.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см. приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Сколько видов медицинских пакетов в РК?
2. Как предоставляются медицинские услуги за рубежом?
3. Какая помощь включена в SBP?
4. Какие виды медицинской помощи предоставляются застрахованным гражданам в стране?
5. Каковы особенности покупки медицинских услуг?
6. Какое учреждение является предпочтительным при покупке медицинских услуг?

1.Тема №5. Новый вариант оплаты медицинских услуг. Стимулирующие выплаты медработникам при Covit-19.

2. Цель: Ознакомить студентов с новым вариантом оплаты труда медицинских работников в условиях ОСМС и при Covit-19.

3. Тезисы лекции:

В связи с внедрением ОСМСизменена схема оплаты медицинских услуг.

В настоящее время в РК медорганизации-контрактники ежедневно в автоматизированном режиме представляют информацию о пролеченных случаях в стационарах в формате, установленном уполномоченным органом, в КОМУ. Филиалы КОМУ выборочно проверяют объем и качество услуг, принимают или не принимают к оплате. Далее филиалы предоставляют потребность средств в КОМУ МЗСР. КОМУ МЗСР направляет средства в филиалы для дальнейшего перечисления на расчетные счета медицинских организаций.

При этом такая система имеет свои недостатки:

- КОМУ оплачивается только стационарная помощь;
- некачественная оценка пролеченных случаев;
- низкая прозрачность при принятии решений и невозможность оценки эффективности использования средств;
- высокий уровень коррупциогенности;
- проблема перераспределения средств;
- высокий уровень административных расходов.

Изучив положительный международный опыт в новой системе, предполагается:

- Все виды предоставляемой медицинской помощи будут финансироваться через Фонд:

- ГОБМП - все виды медпомощи (Фонд как оператор)
- ОСМС - все виды медпомощи (Фонд как закупщик)

▪ Медорганизации-контрактники ежедневно в автоматизированном режиме будут предоставлять информацию, которая будет доступна как филиалам Фонда, так и самому Фонду. Это даст возможность проведения ежедневного мониторинга и выборочной проверки услуг, оказанных населению по всей стране.

▪ Общая потребность будет предоставляться в Фонд к 25 числу ежемесячно.

▪ Головной офис Фонда с учетом данных филиалов и заключений соответствующих структурных подразделений Фонда, перечисляет централизованно средства на расчетные счета медицинских организаций (аналогично как сейчас по ГЦВП)

Претерпит изменения и тарифная политика при закупе медицинских услуг:

Тарифы, которые сегодня рассчитаны под государственные медорганизации и не предусматривают возмещения инвестиций, будут пересмотрены и отразят реальную структуру затрат, в том числе капитальные затраты и амортизационные отчисления, обслуживание медицинских и ИТ технологий, стоимость финансовых услуг и прочие расходы:

▪ это создаст возможности для развития медорганизаций, позволит перейти от практики жесткого контроля объемов к системе оперативного мониторинга;

▪ будет стимулировать привлечение частных медорганизаций к оказанию услуг в рамках ГОМБП и ОСМС, повысит интерес частного капитала во входе на рынок здравоохранения, в т.ч. по ГЧП;

▪ будет концентрировать медицинские организаций на проведение профилактики и расширение стационарозамещающей помощи.

Методы оплаты медицинских услуг будут усовершенствованы:

1) первичная медико-санитарная помощь – через подушевой норматив;
2) консультативно-диагностические услуги – через тарифы по видам услуг;
3) скорая помощь – по числу вызовов;
4) приемный покой (при доставке пациента каретой скорой помощи);
   - единый усредненный тариф на расширенные консультации;
   - 67% КЗГ при нахождении пациента в приемном покое не более 24 часов;
5) стационарозамещающая помощь – 25% КЗГ при больничном стационаре, 17% КЗГ при домовом уходе;
6) стационарная помощь – 100% КЗГ на каждый пролеченный случай.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см. приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что учитывается при расчете ставок оплаты за амбулаторное лечение?
2. Что входит в первичную медико-санитарную помощь?
3. Назовите виды консультационных и диагностических услуг.
4. Сколько стоит стимулирующий компонент и почему он оплачивается?
5. Как рассчитываются тарифы на стационарную и амбулаторную помощь?

1. Тема №6. Лекарственное обеспечение в рамках ОСМС.Оценка качества медицинских услуг.

2. Цель: Ознакомить студентов с работой комиссии по оценке качества медицинских услуги политикой лекарственного обеспечения в Республике Казахстан в рамках ОСМС и ГОБМП.

3. Тезисы лекции:

Казахстанский национальный лекарственный формуляр – перечень лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков закупа лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования;

Единый дистрибьютор – юридическое лицо, осуществляющее в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования деятельность в соответствии со статьей 77 Кодекса;

3. Обеспечение лекарственными средствами в рамках ГОБМП и ОСМС осуществляется медицинскими организациями:

1) при оказании амбулаторно-поликлинической помощи – в соответствии с Перечнем лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) (далее – Перечень), утвержденным уполномоченным органом в соответствии с подпунктом 2) пункта 1) статьи 88 Кодекса.

2) при оказании скорой, стационарной и стационарозамещающей помощи – в соответствии с лекарственными формулярами организаций здравоохранения.

4. Организация обеспечения лекарственными средствами граждан включает:

1) определение потребности лекарственных средств;

2) закуп лекарственных средств, закуп услуг по учету и реализации, фармацевтических услуг, распределение (перераспределение);

3) обеспечение доступности в лекарственных средствах;

4) рациональное использование (назначение) лекарственных средств, хранение, учет при оказании скорой, стационарной, стационарозамещающей помощи и амбулаторно-поликлинической помощи в рамках ГОБМП и ОСМС.

Глава 2. Определение потребности лекарственных средств

5. Общая потребность в лекарственных средствах формируется:

1) при оказании скорой, стационарной и стационарозамещающей помощи в рамках ГОБМП и ОСМС на основании лекарственныхформуляров организаций здравоохранения.

Для осуществления закупа по списку единого дистрибьютора представляются заявки единому дистрибьютору на лекарственные средства, сформированные в информационной системе, на бумажном носителе и (или) в виде электронного документа, подписанного электронной цифровой подписью заказчика в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 "Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования";

2) при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.

Медицинскими организациями областей, городов республиканского значения и столицы, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках ГОБМП и ОСМС, независимо от форм собственности, в срок до 1 апреля года, предыдущего к планируемому году, формируется заявка на трехлетний период на лекарственные средства

в разрезе нозологий, наименований и количества лекарственных средств, количества пациентов.

Медицинскими организациями заявка вносится в информационную систему "Единая фармацевтическая информационная система" (далее – ИС ЕФИС) на основе данных информационной системы "Электронный регистр диспансерных больных" (далее – ИС ЭРДБ). Данные подписываются электронной цифровой подписью первого руководителя.

Заявка направляется для согласования в филиал Фонда в виде электронного документа, подписанного электронной цифровой подписью первого руководителя.

Филиалом Фонда заявка согласовывается и подписывается электронной цифровой подписью первого руководителя.

Единый дистрибьютор в срок до 15 апреля года, предыдущего к планируемому году, формирует сводную заявку по республике и направляет в уполномоченный орган в области здравоохранения для вынесения на бюджетную комиссию в разрезе регионов, нозологий, наименований и количества лекарственных средств, количества пациентов.

Расчет потребности в лекарственных средствах осуществляется:

1) на основании данных динамики заболеваемости и эпидемиологической ситуации в регионе, а также статистических данных по прогнозируемому количеству больных;

2) согласно схемам лечения на основе клинических протоколов с указанием дозы (разовая, суточная, курсовая), кратность приема в сутки и длительность приема (количество дней);

с учетом наименований и форм выпуска лекарственных препаратов в электронном регистре диспансерных больных;

3) с учетом фактического потребления лекарственных средств за предыдущий год;

4) в соответствии с Перечнем для обеспечения на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Руководители, специалисты организаций, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, профильные специалисты по установленному диагнозу медицинских организаций независимо от форм собственности отвечают за полноту и достоверность данных ИС ЭРДБ.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см. приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Каковы задачи КНЛФ?
2. Как обеспечить наличие лекарств, медицинских приборов и медицинского оборудования?
3. Какие меры планируется обеспечить для обеспечения качества и безопасности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники?
4. Что необходимо сделать для рационального использования лекарств, медицинских приборов и медицинского оборудования?

1. Тема №7.Понятие и система медицинского права.Метод правового регулирования отношений в сфере медицинской деятельности.

2. Цель: Ознакомить студентов с методами медицинского права и совершенствованием правового регулирования .

3. Тезисы лекции:

Учитывая растущую социальную и экономическую значимость медицины, не уменьшающееся число врачебных ошибок и других нарушений требований медицинской

этики и деонтологии , вплоть до преступлений, высокую ответственность врачей и других представителей медицинской профессии перед людьми и обществом в целом, было признано необходимым разработать специальный раздел права – медицинское право. Такое предложение было рассмотрено в 1977 г. на IV Международной медико-правовой конференции в Праге. Сегодня медицинское право – это отрасль права, признанная наряду с другими отраслями, такими как уголовное, гражданское, трудовое, семейное и пр. Проблема правовой регламентации медицинской деятельности и защиты прав и законных интересов граждан Казахстана в области охраны здоровья имеет исключительное значение. Главные причины тому – несовершенство медицинской законодательной базы, отсутствие реальных правовых механизмов обеспечения охраны здоровья, правовой нигилизм медицинского персонала и юридическая неграмотность населения, социально-правовая незащищённость, как пациента, так и медицинского работника.

Среди основных направлений качественного улучшения ситуации в отечественном здравоохранении, наряду с другими, следует назвать:

− совершенствование нормативно-правовой базы сферы охраны здоровья (законодательный уровень);

− признание медицинского права как самостоятельной отрасли права (научно-теоретический уровень).

Совершенствование правового регулирования невозможно без разработки ряда теоретических проблем. Это касается прежде всего обоснования предмета и выбора методов правового регулирования, установления соотношения и взаимодействия различных правовых актов, решения вопросов юридической ответственности в сфере охраны здоровья граждан. Переход к платным лечебно-профилактическим, санитарным и фармацевтическим услугам неизбежно приведёт к созданию нового хозяйственного механизма здравоохранения. Его основой становятся экономические и юридические категории, базирующиеся на расчёте стоимости медицинской услуги и процедуры, договорных отношений между сторонами, юридической (в том числе имущественной) ответственности за негативные результаты лечения (его неблагоприятные исходы), а также за вред, причинённый здоровью застрахованных больных ненадлежащим лечением. В условиях страховой медицины имущественная ответственность возлагается на лечебно-профилактические учреждения и медицинских работников, особенно в случаях, когда здоровью пациента причиняется вред в результате их деятельности. Изучение материалов уголовных дел экспертными комиссиями в связи с неблагоприятными исходами лечения показали, что в 27,9% случаев они были вызваны врачебными ошибками, в 8,5% – отсутствием ненадлежащих условий для медицинской деятельности и в 7,4% обусловлены недобросовестностью работников лечебно-профилактических учреждений. В соответствии со ст. 29 Конституции РК права и свободы человека и гражданина определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием.

Какие права и свободы человека и гражданина реализуются либо затрагиваются в процессе медицинской деятельности? Какими методами эти права и свободы могут быть эффективно реализованы либо защищены?

К сфере медицины имеют непосредственное отношение закреплённые Конституцией РК и другими правовыми актами право на жизнь, право на здоровье и его охрану, право на личную неприкосновенность частной жизни, личную тайну. Поскольку сохранение и улучшение здоровья является первейшей жизненной потребностью человека, то её

удовлетворение всеми незапрещёнными способами относится прежде всего к сфере частной жизни граждан. Существует также публичный интерес в обеспечении общественного здоровья, который воплощается в государственной профилактике болезней, оказании медицинской помощи лицам в беспомощном состоянии и отдельным категориям граждан (военнослужащим, детям и т.д.), оказании помощи в пределах установленного минимального стандарта, в рамках государственных или иных программ за счёт средств государства. Такие отношения включают элементы частно-правового регулирования, проявляющиеся в праве граждан на дачу согласия и отказ от медицинского вмешательства, на выбор лечащего врача, на участие в выборе способа лечения. Существует третий тип отношений. Это права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены Законами РК в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Реализация данной нормы допускает принудительное лечение, медицинское освидетельствование (диагностику), принудительные профилактические мероприятия и т.п. В качестве примера можно указать на меры, предусмотренные в Законе «О предупреждении распространения в РК заболевания, вызываемого вирусом иммуно-дефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Законе «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Все эти медицинские отношения лежат в сфере публичного (административного) права. Их участниками являются наделённые компетенцией уполномоченные органы и учреждения, на граждан возлагается обязанность выполнять предписанные законом мероприятия, им представляются специальные гарантииправ и свобод.

Сложились три подхода к правовому регулированию медицинских отношений: на основе административно-правового, гражданско-правового методов и смешанный – социально-правовой. Однако это обстоятельство не должно препятствовать созданию Кодекса о здоровья. Действующие кодексы содержат нормы различных отраслей права. Даже в таком «чистокровном» кодексе, как Гражданский, имеются нормы административного, гражданско-процессуального права. Кодекс здоровья должен закрепить указанное многообразие методов правового регулирования, установить регулятивные начала (дозволения и запреты), границы их действия.

На данный момент административно-правовой метод правового регулирования в области здравоохранения продолжает играть весьма важную роль, так как многие отношения здесь регламентируются административными актами: положениями, инструкциями, правилами и т.д. Такими актами определяются служебные права и обязанности работников здравоохранения, «технология» лечения, санитарно-профилактической деятельности, медицинской реабилитации, правонарушения в области охраны здоровья.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см. приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Что изучает медицинское право?
2. Какие методы медицинского права вы знаете?
3. Как можно улучшить правовое регулирование в медицине?

1. Тема №8.Правовые основы медицинской экспертизы

2. Цель: Предоставить студентам информацию о видах и правовых основах медицинской экспертизы.

3. Тезисы лекции:

Виды экспертиз в области здравоохранения

Экспертиза в области здравоохранения

1. Экспертиза в области здравоохранения является составной частью обеспечения охраны здоровья граждан.
2. В Республике Казахстан осуществляются следующие виды экспертиз в области здравоохранения:
1) экспертиза качества медицинских услуг;
2) экспертиза временной нетрудоспособности;
3) военно-врачебная экспертиза;
4) судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая экспертизы;
5) санитарно-эпидемиологическая экспертиза;
6) экспертиза лекарственных средств и медицинских изделий;
7) научно-медицинская экспертиза;
8) экспертиза связи заболевания с выполнением работником трудовых (служебных) обязанностей;
9) оценка технологий здравоохранения.
3. Проведение экспертизы в области здравоохранения, за исключением экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий при государственной регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье, осуществляется физическими и юридическими лицами на основании соответствующей лицензии и (или) юридическими лицами - на основании свидетельства об аккредитации.

Экспертиза временной нетрудоспособности

1. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в целях официального признания нетрудоспособности физического лица и его временного освобождения от выполнения трудовых обязанностей на период заболевания.
2. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности устанавливается уполномоченным органом.

Военно-врачебная экспертиза

1. Военно-врачебнаяэкспертиза проводится для установления годности по состоянию здоровья к воинской службе в Вооруженных Силах, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан или к службе в специальных государственных органах, органах внутренних дел, уголовно-исполнительной системы, противопожарной службы, антикоррупционной службе, органах прокуратуры, службе экономических расследований органов государственных доходов (далее - воинская служба или служба в специальных государственных органах, правоохранительных органах), а также определения причинной связи заболеваний, увечий (ранений, травм, контузий) (далее - увечья) и смерти у граждан в связи с прохождением (исполнением обязанностей) ими воинской службы или службы в специальных государственных и правоохранительных органах и воинских сборов.
2. Военно-врачебная экспертиза проводится:
1) при медицинском освидетельствовании:
граждан, приписываемых к призывным участкам, призываемых на воинскую службу или воинские сборы и поступающих в военные (специальные) учебные заведения, республиканские военные школы-интернаты (лицеи);

граждан, поступающих на воинскую службу или службу в специальные государственные и правоохранительные органы, в том числе по контракту;
военнослужащих, проходящих воинскую службу по призыву или по контракту;
сотрудников специальных государственных органов;
курсантов военных (специальных) учебных заведений, учебных заведений специальных государственных органов, кадетов и воспитанников;
военнослужащих, сотрудников специальных государственных органов, отбираемых для службы и проходящих службу с радиоактивными веществами, ионизирующими источниками излучений, компонентами ракетного топлива, источниками электромагнитных полей;
авиационного персонала государственной авиации;
граждан, пребывающих в запасе, при призыве на воинские сборы, сборы специальных государственных органов или воинскую службу, службу в специальных государственных органах или в учетных целях;
2) при осуществлении психофизиологического отбора граждан, поступающих на службу в специальные государственные и правоохранительные органы;
3) при определении причинной связи увечий, заболеваний у военнослужащих, сотрудников специальных государственных органов или граждан, проходивших воинскую службу или службу в специальных государственных и правоохранительных органах;
4) при определении категории годности граждан по состоянию здоровья к воинской службе или службе в специальных государственных и правоохранительных органах на момент их увольнения с воинской службы или службы в специальных государственных и правоохранительных органах;
5) при определении причинной связи гибели военнослужащих, военнообязанных, сотрудников в период воинской службы или службы в специальных государственных и правоохранительных органах либо после увольнения с воинской службы или службы в специальных государственных органах, правоохранительных органах вследствие увечья, заболевания, полученных в период прохождения воинской службы (воинских сборов) или службы (сборов) в специальных государственных и правоохранительных органах.
3. Органы военно-врачебной экспертизы проводят военно-врачебную экспертизу в Вооруженных Силах, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан, специальных государственных органах и органах внутренних дел.
Для специальных государственных органов военно-врачебную экспертизу проводят органы военно-врачебной экспертизы органов национальной безопасности и Службы государственной охраны Республики Казахстан.
4. Требования, предъявляемые к соответствию состояния здоровья для службы в Вооруженных Силах, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан, специальных государственных органах, органах внутренних дел и государственной авиации, утверждаются центральными исполнительными органами в области обороны, внутренних дел, органами национальной безопасности и Службой государственной охраны Республики Казахстан по согласованию с уполномоченным органом.

Судебно-медицинская, судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая экспертизы

1. Процессуальный порядок назначения и производства судебно-медицинской, судебно-психиатрической и судебно-наркологической экспертиз установлен Уголовно-процессуальным кодексом Республики Казахстан,Гражданским процессуальным

кодексом Республики Казахстан, Кодексом Республики Казахстан об административных правонарушениях.
2. Порядок организации указанных видов судебных экспертиз и проведения судебно-экспертных исследований установлен законодательством Республики Казахстан о судебно-экспертной деятельности.
4. Иллюстративный материал: слайды
5. Литература: см. приложение-1
6. Контрольные вопросы (обратная связь):
1. Какие медицинские экспертизы вы знаете?
2. Каков порядок обследования временной нетрудоспособности?
3. Какова цель военно-медицинского обследования?
4. Какие правовые документы определяют порядок проведения судебно-медицинских, судебно-психиатрических и судебно-наркологических экспертиз?

1. Тема №9.Законодательства РК о здравоохранении и медицине. Права граждан в области охраны здоровья.
2. Цель: Ознакомить студентов с нормативно-правовой базой и нормативными актами в области здравоохранения.
3. Тезисы лекции:
Структура законодательства о здравоохранении как комплексное образование включает в себя Конституцию РК и целый ряд нормативных правовых актов, конкретизирующих её положения. В ст. 29 Конституции РК одной из основных задач Казахстанского государства определена задача охраны здоровья людей, создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека, закреплены права граждан Казахстана на жизнь и здоровье.
Конкретизирована данная обязанность государства по охране здоровья населения в целом комплексе нормативных актов, среди которых особо (по своей значимости) следует выделить следующие:
− Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения».
− Закон «О предупреждении распространения туберкулёза в РК»;
− Закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
− Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
− Закон «О радиационной безопасности населения»;
− Закон «О предупреждении распространения в РК заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;
Правительство РК в рамках своих полномочий разрабатывает, утверждает и финансирует Государственные программы по развитию здравоохранения, координирует деятельность органов государственного управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности в области охраны здоровья граждан.
Правительство РК принимает также соответствующие постановления. Например, Постановление Правительства РК «О порядке признания граждан инвалидами», Постановление Правительства РК «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности».
Однако в случае, если профессиональная деятельность работника здравоохранения затрагивает права граждан, соответствующие отношения должны регулироваться исключительно законом.

Право на выбор врача. Пациент имеет право выбирать врача самостоятельно, он может обратиться за помощью к любому доктору, и руководитель лечебного учреждения обязан назначить его вашим лечащим врачом. Если доктор по каким-либо причинам не устраивает пациента, он имеет право высказать ему недоверие и потребовать созыва врачебного консилиума, который коллегиально оценит его состояние. А если пациент потребует от своего лечащего врача подыскать ему замену, то он должен эту замену найти. Действительно важным является и выбор места лечения. Главный критерий для выбора: будущие врачи должны систематически работать с заболеваниями данного типа. Во многих странах врачи не только получают сертификат специалиста, как у нас, но ещё и сдают сложные экзамены на сертификат врачебной ассоциации. У нас такой сертификации нет. Но пациент может выяснить, насколько велика и успешна практика специалистов в той больнице, где он предпочитает лечиться.

Право на информацию. Пациент имеет право на получение исчерпывающей информации буквально обо всём, что касается предстоящего лечения. Человек может распоряжаться собою только в том случае, если у него достаточно сведений для того, чтобы принять правильное решение. Поэтому закон обязывает врача предоставлять больному всю необходимую информацию. Не все врачи это делают добросовестно. Многие врачи считают, что они имеют право и обязаны щадить пациента и не сообщать ему неприятной, тяжёлой, травмирующей информации о болезни (например, о диагнозе такого рака, при котором нет эффективного лечения). В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме самому пациенту и членам его семьи, если больной не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна передаваться такая информация. Многие люди согласны с мнением врачей и не хотят знать всего о своей болезни. По данным социологических опросов, число пациентов, незаинтересованных в получении информации на эти темы, достигает 60%. Это их право, и закон обязывает врача не сообщать таким пациентам сведения, которые они не хотят получать. Законодатель оправданно смещает акцент именно на право пациента знать (или не знать!) об истинном характере и прогнозе развития заболевания, а не на обязанность врача давать такую информацию по собственной инициативе, а тем более без тщательной психологической подготовки больного. Заключение врача о необходимости и предполагаемом объёме операции должно быть доступно для понимания больного и его родственников. Объём, характер и форма даваемого объяснения зависят от психоэмоционального состояния больного, уровня его интеллекта, тяжести заболевания. Закон признаёт право пациента получать любую информацию не только о своём здоровье, но и обо всём, что может влиять на здоровье. Мы вправе знать всё о выбранной нами клинике или враче, режиме их работы и оказываемых ими услугах. Предоставление неполной информации является обманом, поскольку вынуждает пациента принимать то решение, к которому его подталкивает врач своей избирательной информацией. Информация о методах диагностики и лечения, соответствующих противопоказаниях к ним должна быть предоставлена в доступной форме до начала оказания медицинских услуг.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см. приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. На каком документе основана деятельность системы здравоохранения?
2. Какова цель медицинских стандартов?

3. Какие юридические документы вы знаете в области здравоохранения?

1. Тема №10. Правовые основы медицинской профилактики. Профилактические мероприятия Covit-19.

2. Цель: Усовершенствование знаний студентов о правовых аспектах профилактики заболеваний.

3. Тезисы лекции:

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности. На сегодняшний день вопросы осуществления противоэпидемиологических и санитарных мероприятий регулируются Кодексом здоровья, а также другими законами и подзаконными актами РК.

Правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней устанавливаются **Законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».**

В данном законе раскрываются основные понятия в области иммунопрофилактики:

− иммунопрофилактика инфекционных болезней – система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путём проведения профилактических прививок;

− национальный календарь профилактических прививок – нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок;

− поствакцинальные осложнения, вызванные профилактическими прививками, включёнными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, – тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок;

− сертификат профилактических прививок – документ, в котором регистрируются профилактические прививки гражданина.

Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

В области иммунопрофилактики государство гарантирует:

− доступность для граждан профилактических прививок;

− бесплатное проведение профилактических прививок, включённых в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной системы здравоохранения;

− социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;

− государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов.

Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

− получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;

− выбор государственных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;

− бесплатные профилактические прививки, включённые в национальный календарь профилактических прививок и профилактические прививки по эпидемическим показаниям;

− бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками;
− бесплатное лечение при возникновении поствакцинальных осложнений;
− социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений;
− отказ от профилактических прививок.
Отсутствие профилактических прививок влечёт:
− запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами РК требует конкретных профилактических прививок;
− временный отказ в приёме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
− отказ в приёме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.
Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством РК.

При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:
− выполнять предписания медицинских работников;
− в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.
Финансирование иммунопрофилактики осуществляется за счёт средств государственного бюджета.
Национальный календарь профилактических прививок включает профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулёза, эпидемического паротита. Указанные профилактические прививки проводятся всем гражданам РК в сроки, установленные национальным календарём профилактических прививок. Национальный календарь профилактических прививок утверждается Министерством здравоохранения.
Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней. Решения о проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают главный государственный санитарный врач РК.
Требования к проведению профилактических прививок. Профилактические прививки проводятся гражданам в государственных или частных организациях здравоохранения либо гражданам, занимающимся частной медицинской практикой, при наличии лицензий на соответствующие виды деятельности в области иммунопрофилактики.
Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством РК. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний. Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается Министерством здравоохранения.
Для иммунопрофилактики используются зарегистрированные в соответствии с законодательством РК отечественные и зарубежные медицинские иммунобиологические препараты. Медицинские иммунобиологические препараты, используемые для иммунопрофилактики, подлежат обязательной сертификации.
4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см. приложение-1

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Назовите основной документ, по которому проводится профилактика заболевания.
2. Какое значение имеет медицинское обследование в профилактике заболевания?
3. Какова цель профилактики заболеваний?
4. Какие виды профилактики вы знаете?

Приложение № 1

Литература основная:

1. Қошқарбаев, Е. Қ. Медициналық құқық [Мәтін] : оқу құралы / Е. Қ. Қошқарбаев ; ҚР БҒМ. - ; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚАЗҰМУ баспаға ұсынған. - Қарағанды : ЖК "Ақнұр", 2014. - 306 бет.
2. Қошқарбаев, Қ. Қ. Медициналық құқық: оқу құралы ЖК "Ақнұр", 2013.
3. Семёнов, В. Ю. Экономика здравоохранения [Текст] : учебное пособие / В. Ю. Семёнов. - 2-е изд., перераб.; Рек. Учебно-методич. объед. по мед. и фармацев. образ. вузов России. - М.: МИА, 2014. - 1000 с.
4. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп; Рек. ГОУ ВПО "Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова". - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 608 с.

Дополнительная:

1. Дәрігер мамандығына кіріспе. Клиника,құқық, этика және коммуникация негіздері [Мәтін] : оқулық / М.А. Асимов [және т.б.]. - 2-ші бас. - Қарағанды : АҚНҰР, 2019. - 232 бет.
2. Введение в профессию врача. Основы клиники, права, этики и коммуникации [Текст] : учебник / М. А. Асимов, Г. О. Оразбакова . - Қарағанды : АҚНҰР, 2019. - 244 с.

Электронные ресурсы:

1. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (43,1Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017. - эл. опт. диск (CD-ROM). - 15523.00 тг.
2. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]:учебник / В. А. Медик., В. К. Юрьев. - Электрон. текстовые дан. (47,6 МБ). - М.: Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2013. - 608 с. эл. опт. диск (CD-ROM)
3. Менеджмент в здравоохранении.Сыздыкова К.Ш., Тулебаев Ж.С., Рыскулова А.Р., 2019/https://aknurpress.kz/login
4. Міндетті медициналық тексерулерді ұйымдастыру мен жүргізудің негізгі ережелері.Тлеубергенов Ж., 2020/https://aknurpress.kz/login
5. Медициналық құқық. Қошқарбаев Е.Е. , 2014/https://aknurpress.kz/login
6. Медицинское право Республики Казахстан [Текст]: учеб. пособие / К. С. Мауленов, Б. Н. Мауленова; КазНУ им. аль-Фараби. - Алматы: Қазақ ун-ті, 2019. - 204 с. - 100 (таралым). -.http://elib.kaznu.kz/

7. Мұхамбеков М.М.Денсаулық сақтаудағы менеджмент: Оқу құралы / М.М. Мұхамбеков -Алматы: «Эверо» баспасы, 2020 ж. - 348 бет. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/626/
8. Бөлешов М.Ә.Қоғамдық денсаулық және денсаулық сақтау: оқулық /М.Ә. Бөлешов.- Алматы: Эверо, 2020. - 244 бет.https://www.elib.kz/ru/search/read_book/674/
9. Токкулиева Б.Б.Денсаулық сақтаудағы экономика және қаржыландыру негіздері.Оқу құралы. – Алматы: Эверо, 2020. – 192 бет.https://www.elib.kz/ru/search/read_book/453/
10. Касымова Б.Т.Денсаулық сақтау экономикасы – Оқу құралы/Б.Т.Касымова,Қ.М. Сисенгалиева, Л.К. Магзумова. – Алматы; Эверо, 2020. –260 бет.https://www.elib.kz/ru/search/read_book/849/