

УДК 614.2

А. В. Илларионова

СИСТЕМА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РФ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Рассмотрены понятия «охрана здоровья» и «система здравоохранения». Перечислены основные принципы охраны здоровья граждан РФ. Описаны существующие в России системы здравоохранения. Выделены основные недостатки данной системы и возможные пути ее дальнейшего развития.

Ключевые слова: охрана здоровья, система здравоохранения, капитал здоровья.

Охрана здоровья граждан является неотъемлемым условием нормальной жизни любого цивилизованного общества. С ростом заболеваемости увеличиваются затраты на различные пособия, и сокращаются доходы государства. Недооценка роли здоровья чревата снижением рождаемости и продолжительности жизни, увеличением смертности, что сопровождается падением качества жизни, ростом затрат, сокращением доходов государства. А это, в свою очередь, приводит к замедлению социально-экономического развития общества и снижению его места в мировом пространстве.

В России государство возлагает на себя ответственность за сохранение и укрепление здоровья населения и гарантирует охрану здоровья каждого человека. Эти положения закреплены в Конституции РФ и иных законодательных актах. Наиболее полно все аспекты охраны здоровья населения отражены в принятых в 1993 г. «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Комитет экспертов ВОЗ по организации охраны общественного здоровья дает следующее определение: охрана здоровья – это наука и искусство предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения умственного и физического здоровья и эффективной деятельности людей с помощью предпринимаемых обществом организованных усилий по оздоровлению окружающей среды, борьбы с инфекциями, обучения людей личной гигиене, организации врачебной и медицинской помощи для ранней диагностики и профилактики заболеваний, а также развития социальных механизмов с целью обеспечения каждому человеку

уровня жизни, необходимого для поддержания здоровья, при такой организации обеспечения этими благами, когда каждый гражданин получает возможность реализовать свое неотъемлемое право на здоровую и продолжительную жизнь [1. С. 8].

Согласно Федеральному закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], охрана здоровья граждан – это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Право граждан на охрану здоровья закреплено основными принципами охраны здоровья [2]:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

Во многих странах службы охраны общественного здоровья действуют отдельно от лечебных учреждений, однако в последние годы растет понимание того, что в общих интересах они должны действовать совместно. Сегодня всем ясно, что реализация охраны здоровья населения не может быть возложена только на органы здравоохранения. Это дело государства и общества в целом, однако здравоохранению в этом процессе должна принадлежать ведущая, объединяющая и координирующая роль.

Таким образом, как считает J. Frenk (цит. по: [1. С. 9–10]), охрана общественного здоровья связана с систематическими усилиями по выявлению потребности в медицинских услугах и с организацией служб здравоохранения с учетом четко определенного состава населения. Суть охраны общественного здоровья заключается в укреплении здоровья населения, поэтому она охватывает и организацию подбора персонала, оборудования для обеспечения всевозможных медицинских услуг, необходимых для укрепления здоровья, предупреждения болезней, диагностики и лечения заболеваний, а также физической, социальной и профессиональной реабилитации.

В России охрану здоровья населения в основном обеспечивает сложившаяся годами система здравоохранения, под которой понимается совокупность государственного и общественных мер социально-экономического характера по организации медицинской помощи, предупреждению заболеваний, повышению уровня здоровья населения.

По определению ВОЗ, система здравоохранения – это совокупность взаимосвязанных мероприятий, которые содействуют укреплению здоровья и проводятся на дому, в учебных заведениях, на рабочих местах, в общинах, в физическом и психосоциальном окружении, а также в секторе здравоохранения и связанных с ним секторах [1. С. 11].

Согласно Федеральному закону от 21.01.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в России действуют три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная [2].

Государственную и муниципальную системы объединяют под общим термином «общественное здравоохранение». По определению МЗ, общественное здравоохранение (public health as a system) – это система научных и практических мер, а также обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которой направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности посредством объединения усилий общества [1. С. 11].

К государственной системе здравоохранения относится Министерство здравоохранения РФ (Минздрав РФ), министерства здравоохранения республик в составе РФ, органы управления здравоохранения субъектов РФ, Российская академия медицинских наук (РАМН), Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора РФ и находящиеся в государственной соб-

ственности и подчинении ее органам управления лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), научно-исследовательские учреждения (НИУ), образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптеки и иные предприятия и организации, а также перечисленные учреждения, создаваемые другими министерствами, ведомствами и государственными организациями Российской Федерации.

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранения и учреждения по перечисленной номенклатуре, находящиеся в муниципальной собственности. Они также являются юридическими лицами, но в своей деятельности, помимо вышеперечисленных обоснований, руководствуются нормативными актами органов местного самоуправления. Финансирование их деятельности осуществляется также за счет бюджетов всех уровней, включая муниципальный.

К частной системе здравоохранения относятся учреждения, находящиеся в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной практической и частной медицинской деятельностью. К частным медицинским организациям следует отнести коммерческие и некоммерческие организации, имущество которых находится в частной и иных, кроме государственной и муниципальной, формах собственности (или использующих любую собственность на основе договора аренды), в уставах которых указано, что медицинская деятельность является для них основной. Предпринимательская деятельность по оказанию медицинской помощи, осуществляемая лицами, имеющими медицинское образование (без образования юридического лица), рассматривается как частная медицинская практика.

Частное здравоохранение совместно с государственным и муниципальным может участвовать в реализации государственной политики в сфере здравоохранения, формировании рынка медицинских услуг, решении задачи обеспечения граждан медицинской и медико-социальной помощью, способствовать реализации механизмов экономической заинтересованности в повышении качества медицинской помощи в полноте удовлетворения потребностей населения в ней. Деятельность субъектов частного здравоохранения основывается на принципах применения единых в сфере здравоохранения законов и иных нормативных правовых актов, стандартов медицинской помощи, этических норм.

Вообще, исходя из данного ранее определения системы здравоохранения, правильнее считать, что у нас в стране действует единая система здравоохранения с едиными задачами, а внутри этой

системы имеются три сектора – государственный, муниципальный и частный [1. С. 12–13]. Управление здравоохранением осуществляется как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ.

К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относятся [2]: проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья; защита прав и свобод человека в сфере охраны здоровья; организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора; реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях; организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья; организация оказания гражданам медицинской помощи федеральными медицинскими организациями; обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация; международное сотрудничество Российской Федерации в сфере охраны здоровья, включая заключение международных договоров Российской Федерации, и т.д.

От имени государства деятельность по охране здоровья населения координирует Министерство здравоохранения РФ. Оно является федеральным органом исполнительной власти, проводящим государственную политику и осуществляющим управление в области охраны здоровья населения, а также координирующим деятельность в этой области других федеральных органов исполнительной власти.

Сфера деятельности Министерства здравоохранения РФ определена Положением о Министерстве, утвержденным постановлением Правительства РФ от 19 июня 2012 г. N 608 [3]. Согласно Положению, Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств для медицинского применения, включая вопросы организации профилактики заболеваний, медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинских экспертиз (за исключением медико-социальной экспертизы и военно-врачебной экспертизы), фармацевтической деятельности, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико-биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы,

курортного дела, а также по управлению государственным имуществом и оказанию государственных услуг в сфере здравоохранения, включая оказание медицинской помощи, внедрение современных медицинских технологий, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, проведение судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз, организацию медицинского и фармацевтического образования и предоставление услуг в области курортного дела.

Министерство здравоохранения возглавляет министр здравоохранения Российской Федерации. Министр несет персональную ответственность за выполнение возложенных на министерство полномочий и реализацию государственной политики в установленной сфере деятельности.

В систему МЗ входят его территориальные органы, государственные лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные учреждения, фармацевтические, аптечные предприятия и другие организации, санаторно-курортные и реабилитационные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, государственной санитарно-эпидемиологической службы и т.д. Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального медико-биологического агентства, федеральных государственных учреждений и федеральных государственных унитарных предприятий, а также координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования [3].

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), согласно Уставу, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 857 [4], реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования. Управление Федеральным фондом осуществляется коллегиальным органом правления и постоянно действующим исполнительным органом — председателем. Контроль за деятельностью Федерального фонда осуществляет ревизионная комиссия. На уровне субъекта РФ функционируют территориальные фонды ОМС [6].

Существенную роль в демократизации управления здравоохранением играют совещательные органы министерства, такие, как коллегия Министерства здравоохранения, в состав которой входит министр, его заместители, руководители веду-

щих управлений и отделов, ряд руководящих работников и специалистов органов исполнительной власти субъектов РФ, учреждений, предприятий и других организаций здравоохранения, общественных объединений.

Коллегия является совещательным органом и рассматривает на своих заседаниях основные вопросы, касающиеся развития здравоохранения и деятельности Министерства здравоохранения, учреждений, предприятий и других организаций здравоохранения, подбора и расстановки кадров, подготовки проектов важнейших приказов, инструкций и указаний, проверки их выполнения, заслушивает доклады руководителей структурных подразделений министерства, руководителей органов здравоохранения всех уровней, а также руководителей учреждений, предприятий и других организаций здравоохранения. Решения коллегии проводятся в жизнь приказами министра [7].

Для научного анализа проблем здравоохранения в МЗ РФ образуется Ученый совет, возглавляемый министром. В состав совета могут входить ведущие ученые и высококвалифицированные специалисты МЗ РФ, РАМН, федеральных органов исполнительной власти, научно-исследовательских организаций и учебных заведений [8].

Непосредственное руководство здравоохранением в субъектах РФ осуществляют министерства здравоохранения республик, входящих в состав РФ, департаменты (отделы) по здравоохранению (здравоохранения) автономных округов, автономной области, краев, областей, а также Москвы и Санкт-Петербурга.

Системе органов управления здравоохранения свойственно двойное подчинение. Так, МЗ республики, входящей в состав РФ, по общим вопросам подчинено соответствующему правительству, а по вопросам здравоохранения – МЗ РФ. Территориальные органы управления также, с одной стороны, подчинены соответствующим органам управления и являются их структурным подразделением, но по отраслевым вопросам подчиняются вышестоящим органам управления здравоохранения [1. С. 29].

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся [2]: разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения; разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования; организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях субъекта Российской Федерации; организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан; координация деятельности исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации; обеспечение разработки и реализация региональных программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация и т.д.

Муниципальную систему здравоохранения составляют:

- 1) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;
- 2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

В городах управление здравоохранением осуществляется городскими и районными комитетами (отделами) по здравоохранению. В сельской местности функции районных отделов здравоохранения, выполняет центральная районная больница или районное территориальное медицинское объединение.

К полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов в сфере охраны здоровья относятся: создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законом субъекта Российской Федерации; обеспечение организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения; участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения и пропаганде донорства крови и (или) ее компонентов; реализация на территории муниципального образования мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни в соответствии с законом субъекта Российской Федерации и т.д. [2].

В СССР сформировалась государственная система здравоохранения, которую на Западе называют «моделью Семашко». Ее суть состояла в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения. Советская концепция развития общественного здравоохранения была ориентирована на массовую профилактику и предупреждение инфекционных и эпидемических заболеваний, на вакцинацию и иммунизацию всего населения [9]. Платными являлись только лекарства, и то, получаемые вне больниц.

В системе здравоохранения существовал ряд недостатков и проблем, которые требовали реформирования всей системы здравоохранения. Следует признать, что в советской медицине с начала 70-х гг. шло постепенное снижение выделяемых бюджетных средств, которое к концу 80-х достигло порядка 40 %, в то время как в высокоразвитых странах Запады такие расходы увеличивались. Значительное число больниц нуждалось в капитальном ремонте, оборудование физически и морально было изношено. Низкая заработная плата медицинских работников способствовала укоренению практики теневой оплаты услуг пациентами.

Как упоминалось ранее, здравоохранение в современной России представлено тремя формами: государственной, муниципальной и частной.

Бесспорно, у государственной системы есть свои достоинства. К ним можно отнести профилактику заболеваний, оказание помощи незащищенным слоям населения и другие направления охраны здоровья граждан. К недостаткам государственной системы относят ее неэффективность, вызванную в том числе проблемой финансирования отрасли (остаточный принцип финансирования здравоохранения из бюджета, неравномерное распределение средств по регионам вследствие децентрализации системы здравоохранения; работающих вследствие старения населения меньше, чем пенсионеров, что отрицательно сказывается на величине денежных средств в ФОМС; относительно более затратная страховая модель финансирования здравоохранения (по сравнению с бюджетной)). Это четко выражается в социально-экономических показателях: росте смертности и заболеваемости, устаревающем оборудовании, недостаточной обеспеченности медучреждений лекарственными средствами, низкой заработной плате медицинского персонала и, как следствие, уходе средств в теневой оборот (по данным Центра социальных исследований Академии государственной службы при Президенте РФ, – до 150 млрд руб. в год).

Причина же слабого развития в России частной медицины как системы кроется в том, что в

этой области нет четкой правовой и экономической базы [10].

По И. Розмаинскому [11], сложившаяся в постсоветской России ситуация с проеданием капитала здоровья связана с такими явлениями, как шот-термизм и инвестиционная близорукость, причем оба эти явления представляют собой случаи искаженной заниженной оценки будущего времени.

Шот-термизм означает дисконтирование будущего по возрастающей, а не постоянной, ставке дисконта. Инвестиционная близорукость означает, что агенты с некоего порогового момента времени исключают из рассмотрения будущие результаты. Поскольку вложения здоровья приносят отдачу лишь в отдаленном будущем, то при распространности шот-термизма и инвестиционной близорукости экономические субъекты снижают спрос на эти вложения. Данный тезис касается как решений по поводу заботы о своем здоровье отдельных частных лиц, так и решений государственных должностных лиц о вложениях в национальную систему здравоохранения.

Государство, управляемое людьми с заниженной оценкой будущего, в значительной мере уменьшало расходы на здравоохранение и пришло к такой структуре госбюджета, при которой его доля, направляемая на эту сферу, оказалась очень низкой. В результате инфраструктура здоровья становилась все более неразвитой.

Реформы, проведенные на основе принципов шоковой терапии, привели к формированию новой экономической системы с завышенной неопределенностью, спровоцировав у россиян неверие в будущее, и, как следствие, дезинвестиции в капитал здоровья и сокращение этого капитала [11. С. 122–124].

По В.И. Кашину (цит. по [12]), существующая сейчас в России система медицинской помощи направлена в основном на лечение болезней, а не на их профилактику; здравоохранение, статистика, наука, правительство и общество работают только с информацией о болезнях и смертности населения. В то же время информация о ресурсах здоровья отсутствует. Однако без учета подобных данных в процессе лечения не обойтись.

В результате всего этого происходит деградация здоровья населения, остановить которую путем реформирования только государственного здравоохранения невозможно.

По Т.И. Чубаровой [13], вариантом решения проблемы финансирования отрасли является предпочтение затратной страховой системе финансирования здравоохранения относительно менее затратной – бюджетной системы (под относительно менее затратной имеется в виду, что такая система обеспечивает равные и относительно более высо-

кие показатели здоровья населения в целом при относительно более низких расходах).

При этом в качестве примера приводятся Великобритания и США. Сравнение показателей финансирования здравоохранения и состояния здоровья в этих странах показывает, что, хотя США тратят на здравоохранение почти в два раза больше, чем Великобритания, при значительной доле частных источников финансирования, показатели состояния здоровья в этих странах сопоставимы, а некоторые даже несколько лучше в Великобритании.

Утверждается, что России необходимо изначально выбирать вариант системы финансирования, который позволит превратить выделяемые средства в эффективную систему оказания качественной медицинской помощи населению, а не просто наращивать расходы на здравоохранение.

Здесь уместно вспомнить такой подход, как менеджериализм, который широко признан в мире и утверждает, что совершенствование управления и организации является важным резервом повышения эффективности работы любой структуры. В этом контексте речь может идти о широком спектре действий, начиная с изменения структуры системы здравоохранения в пользу первичной медицинской помощи и профилактики, до «медицины с человеческим лицом» или «политики малых достижений», подразумевающих применение современных управленческих технологий организации работы в медицинских учреждениях, позволяющих реализовать человеческое отношение к пациентам при минимальных дополнительных затратах.

Преимущества государственного финансирования хорошо известны: контроль над средствами и обеспечение реализации общенациональных приоритетов, главный из которых доступ населения к медицинской помощи. Централизованные системы достаточно эффективно позволяют сдерживать рост расходов на здравоохранение. Очевидно, что бюджетная система здравоохранения имеет как достоинства, так и недостатки, однако Т.В. Чубаровой отмечается следующее: анализ различных систем здравоохранения показывает, что принятие других моделей приведет к возникновению ряда новых проблем.

С другой стороны, по мнению В.И. Кашина (цит. по [12]), модель здравоохранения как социальной сферы сегодня исчерпала себя. Теперь объективной основой новой модели должна стать идея здравоохранения как реального сектора экономики, ее «индустрии» здоровья.

В экономике России ресурсы здоровья не являются ни объектом оценки, ни критерием, ни целью ее развития. Следствием этого является недооцен-

ка значимости человеческого капитала и здоровья в модернизации экономики.

Надо, чтобы ресурсы здоровья стали объектом национальной политики, экономики и права. В экономике нужна национальная стратегия увеличения человеческого капитала и активной жизни. И система показателей, реализующая эту стратегию. А ресурсы здоровья должны быть включены в определение национального богатства и отражаться в ВВП.

Сегодня стержень проводимой в здравоохранении политики – это дальнейшее обобществление условий охраны здоровья через наращивание мощностей для лечения больных. Но основа хорошего здоровья – самодеятельность человека, поэтому не обобществление, а персонификация здоровья должна стать ядром новой оздоровительной политики.

Отсюда следует, что наряду с государственным и корпоративно-частным секторами должен быть создан третий – самодеятельный сектор. А деятельность человека по поддержанию своего здоровья надо рассматривать как специфическую самослужбу, замещающую труд медицинских работников, тренеров, методистов. Все эти три сектора за счет состязательности обеспечат интенсивное развитие «индустрии» здоровья [12].

С нашей точки зрения, вышеперечисленные подходы обоснованы. Необходимо постепенное движение в направлении осознания здравоохранения как реального сектора экономики с целью повышения ценности здоровья отдельного индивида, но полностью отказываться от социальной составляющей все же нельзя. Мы согласимся с И. Розмаинским [11], что для повышения темпов накопления капитала здоровья в России необходим ряд действий.

Литература

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть II: Организация медицинской помощи. М.: Медицина, 2003. – 456 с.
2. Федеральный закон от 21.01.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 «Об утверждении Положения «О Министерстве здравоохранения Российской Федерации»».
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. N 857 «Об утверждении Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования».

5. *Федеральный* закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 03.12.2011) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 21 января 2011 г. № 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования»

7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июня 2012 г. № 15 «Об утверждении положения о Коллегии министерства здравоохранения Российской Федерации».

8. Приказ Минздрава России от 18.10.93 № 245 «О работе Ученого совета Министерства здравоохранения Российской Федерации».

9. <http://ru.wikipedia.org/>

10. *Медицина*: от советской к российской. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – 2013. – Режим доступа: www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=629&offset=0&theme=26 (дата обращения 18.05.2013).

11. *Розмаинский И.* Почему капитал здоровья накапливается в развитых странах и «проедается» в постсоветской России? // Вопросы экономики. – 2011. – №10. – С.113–131.

12. *Антонова А.* Экономика здоровья // Ремедиум. – 2010. – №4. – С. 25–28.

13. *Чубарова Т.В.* Система здравоохранения России: экономические проблемы развития. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – Режим доступа: <http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/9970/9998/10000/document10312.shtml> (дата обращения 18.05.2013).