**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Санкт-Петербургский государственный

инженерно-экономический университет»

**факультет предпринимательства и финансов**

Кафедра финансов и банковского дела

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**по дисциплине «Финансы»**

на тему: «Формы и методы воздействия государственных финансов на сферу здравоохранения в РФ».

# Выполнил:.

(Фамилия И.О.)

# студент 3 курса 4г. 10 мес. срок обучения

специальности

Группа

Номер зачетной книжки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверила:.

(Фамилия И.О.)

Должность:

Оценка: \_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2010

**СОДЕРЖАНИЕ**

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc279965647)

[ГЛАВА 1. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕИЯ В](#_Toc279965648)

[РФ……………………………………………………………................5](#_Toc279965649)

[1.1.Теоретические особенности сферы здравоохранения 5](#_Toc279965650)

[1.2. Нормативно-правовая база, регулирующая государственное 6](#_Toc279965651)

[воздействие на сферу здравоохранение в РФ. 6](#_Toc279965652)

[1.3.Современное состояние сферы здравоохранения в РФ 10](#_Toc279965653)

[ГЛАВА 2. ФОРМЫ И МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ФИНАНСОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 17](#_Toc279965654)

[2.1. Формы воздействия государственных финансов на](#_Toc279965655)

[здравоохранение в РФ 17](#_Toc279965655)

[2.2. Методы воздействия государственных финансов на здравоохранение в РФ 18](#_Toc279965656)

[ГЛАВА 3. ПРОБЛЕМЫ И ПРЕСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ](#_Toc279965657)

[ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 27](#_Toc279965658)

[3.1. Проблемы развития здравоохранения в РФ 27](#_Toc279965659)

[3.2. Перспективы развития здравоохранения в РФ 32](#_Toc279965660)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 35](#_Toc279965661)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ 36](#_Toc279965662)

# ВВЕДЕНИЕ

Уровень здоровья населения является одним из важнейших показателей благополучия страны, а его охрана и укрепление – приоритетными направлениями развития любого цивилизованного государства. Задачей каждой страны является обеспечение населения доступной квалифицированной и эффективной медицинской помощью независимо от базовых принципов, определяющих национальную экономику и используемой организации финансовой системы. В связи с этим развитие здравоохранения и системы его финансирования представляет собой одну из самых актуальных проблем государственной национальной экономики.

Цель данной работы состоит в изучении форм и методов воздействия государственных финансов на сферу здравоохранения. Достижение данной цели связано с решением следующих задач:

1. Рассмотреть теоретические особенности сферы здравоохранения и нормативно-правовую базу, регулирующую государственное воздействие на сферу здравоохранения в РФ
2. Проанализировать современное состояние сферы в РФ
3. Раскрыть формы и методы воздействия государственных финансов на здравоохранение.
4. Изучить проблемы и перспективы воздействия государственных финансов на здравоохранение.

Данная курсовая работа состоит из трех глав. В первой главе представлены теоретические особенности сферы здравоохранения в России, а также я рассмотрела нормативно-правовую база, регулирующую данную отрасль. Во второй главе изложен механизм финансирования здравоохранения и перечислены основные формы и методы воздействия на отрасль финансов на государственном уровне. Реально существующие проблемы, а также возможные шаги по их решению, я изложила в третьей главе.

Источниками для написания работы для меня послужили нормативно-правовые акты, устанавливающие порядок функционирования и финансирования здравоохранения; учебники актуальные на данный момент, а также издания периодической печати, освещающие современную ситуацию в отрасли; сайты сети Internet.

# 

# ГЛАВА 1. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕИЯ В

# РФ

## Теоретические особенности сферы здравоохранения

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера.[[1]](#footnote-1) Целями здравоохранения являются сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются (ст.2 Основ):

1. соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
2. приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
3. доступность медико-социальной помощи;
4. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
5. ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

В РФ охрана здоровья населения обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения.

Органами управления на федеральном уровне является:

1. Федеральное Собрание Российской Федерации;

2. Президент Российской Федерации;

3. Правительство Российской Федерации;

4. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

На уровне субъекта Российской Федерации - орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. На муниципальном уровне - орган управления здравоохранением муниципального образования.

В настоящие время система здравоохранения в РФ базируется на обязательном медицинском страховании. Обязательное медицинское страхование является своеобразной разновидностью государственного социального страхования: оно гарантирует равные возможности предоставления минимального объёма медицинской помощи неограниченному кругу лиц — все работающие граждане получают полисы ОМС через работодателя, а неработающие — через орган исполнительной власти.

В дополнение к обязательной (государственной) системе медицинского страхования действует дополнительная система добровольного медицинского страхования. Функционирует она на коммерческих принципах, на которых построены страховые тарифы.

## 

## 1.2. Нормативно-правовая база, регулирующая государственное

## воздействие на сферу здравоохранение в РФ

Система действующего в настоящее время российского законодательства о здравоохранении включает в себя следующие нормативные правовые документы:

1) Конституция РФявляется основным законом нашей страны. Поэтому среди нормативных правовых актов, регулирующих охрану здоровья, она занимает особое главенствующее положение. В области охраны здоровья Конституция исходит из положений «Всеобщей декларации прав человека» Генеральной ассамблеи ООН, «Конвенции о защите основных прав человека и основных свобод», «Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» и др.

Основной закон страны в соответствии с нормами международного права включает в обязанность государства охрану труда и здоровья людей (ст.7, ч.1). Пункт 2 ст. 41 Конституции РФ устанавливает право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь.

2) Федеральный закон от 22 июля 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее Основы)

Основы являются базовым нормативным актом, определяющим взаимоотношения государства, его органов, учреждений и граждан России. В частности, в них определены основные принципы деятельности медицинских учреждений и медицинских работников по практической реализации права граждан на охрану здоровья; организационные начала государственного, муниципального и частного здравоохранения, решаются вопросы его финансирования; содержится раздел о правах граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья и медико-социальной помощи, медицинской экспертизы; выделены разделы о правовой и социальной защите медицинских и фармацевтических работников, об ответственности за причинение вреда здоровью граждан, за сохранение врачебной тайны и т. д.

3) Федеральный закон от 28 июня 1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» с принятием которого с 1 января 1993 г. была введена система страховой медицины как формы социальной защиты граждан РФ. Благодаря этому Закону здравоохранение как система получило один из основных источников финансирования (помимо бюджетов всех уровней) – средства обязательного и добровольного медицинского страхования. Он определил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения, которое, согласно ст. 1, обязано гарантировать гражданам в случае необходимости получение медицинской помощи, включая и профилактическую, за счет накопленных средств.

4) Федеральный закон от 30 марта 1999 г. «О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения» регулирующий правоотношения по осуществлению государственного (ведомственного) санитарного – эпидемиологического надзора; организации госсанэпидслужбы; предусматривает ответственность за нарушение санитарного законодательства.

5) Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» до введения которого Россия не имела законодательных актов в сфере обращения лекарственных средств, устанавливает приоритет государственного регулирования в вопросах контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, систему государственных органов контроля, а также правовые нормы по возмещению вреда здоровью, нанесенного гражданину в связи с применением ненадлежащих лекарственных средств.

6) Федеральный закон от 08 января 1998 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах» закрепивший на уровне правовых норм обязательство нашего государства по исполнению международных актов (конвенций) по наркотикам и создавший предпосылки для получения финансовой помощи ООН на противодействие незаконному обороту наркотиков

7) Федеральный закон от 17 октября 1998 г. № 157 – ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» устанавливающий основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, создал правовую основу для снижения количества инфекционных заболеваний (управляемые инфекции), которые в настоящее время представляют серьезную угрозу для безопасности страны.

8) Федеральный закон от 30 марта 1998 г. № 38– ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ– инфекции)» предусмотрел в ст.4 гарантии государства по нераспространению среди населения одного из самых опасных заболеваний. Обеспечение осуществления указанных гарантий Закон возложил непосредственно на органы исполнительной власти и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

9) Федеральный закон от 18 июня 2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» устанавливающий правовые основы осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

10) Постановление Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913 г. "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» определяет виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь. А также постановление предусматривает условия оказания, критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации (далее - граждане) на территории Российской Федерации бесплатно.

Обзор основных Федеральных законов, принятых в области здравоохранения позволяет сделать вывод о том, что установившаяся структура законодательства о здравоохранении в настоящее время очень неоднородна по своему составу, что обусловлено спецификой регулируемых этим законодательством общественных отношений, а также уровнем законодательной разработанности этой области. При этом любой нормативный акт в сфере здравоохранения не может надлежащим образом выполнить свою социальную задачу обособленно от других. Следовательно, возникает необходимость объединения нормативных актов, посвященным вопросам охраны здоровья граждан, в единый законодательный комплекс, например, путем принятия «Кодекса законов об охране здоровья населения».

## 1.3. Современное состояние сферы здравоохранения в РФ

Постперестроечный период в России ознаменовался демографической катастрофой. По настоящее время демографическая ситуация пока еще остается неблагоприятной. Сокращение численности населения, начавшееся в 1992 году, продолжается. Однако темпы уменьшения численности населения в последние годы существенно снизились.

Приведенные в табл. 1 данные характеризуют современную демографическую ситуацию и демонстрируют улучшение показателей рождаемости и смертности в РФ.

Таблица 1[[2]](#footnote-2)

Демографические показатели в Российской Федерации в период 2006-2010гг.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Годы | Всего, тыс. человек | | | На 1000 человек населения | | |
| Родившихся | умерших | естественный прирост | родившихся | умерших | естественный прирост |
| Все население | | | | | | |
| 1995 | 1363,8 | 2203,8 | -840 | 9,3 | 15 | -5,7 |
| 2000 | 1266,8 | 2225,3 | -958,5 | 8,7 | 15,3  Окончание табл.1 | -6,6 |
| 2001 | 1311,6 | 2254,9 | -943,3 | 9 | 15,6 | -6,6 |
| 2002 | 1397 | 2332,3 | -935,3 | 9,7 | 16,2 | -6,5 |
| 2003 | 1477,3 | 2365,8 | -888,5 | 10,2 | 16,4 | -6,2 |
| 2004 | 1502,5 | 2295,4 | -792,9 | 10,4 | 16 | -5,6 |
| 2005 | 1457,4 | 2303,9 | -846,5 | 10,2 | 16,1 | -5,9 |
| 2006 | 1479,6 | 2166,7 | -687,1 | 10,4 | 15,2 | -4,8 |
| 2007 | 1610,1 | 2080,4 | -470,3 | 11,3 | 14,6 | -3,3 |
| 2008 | 1713,9 | 2075,9 | -362 | 12,1 | 14,6 | -2,5 |
| 2009 | 1761,7 | 2010,5 | -248,8 | 12,4 | 14,2 | -1,8 |

Снижение темпов сокращения численности населения обеспечено главным образом увеличением рождаемости и снижением смертности. В 2009 году родились 1762 тыс. детей, что на 50 тысяч больше чем в предыдущем. Коэффициент смертности (на 1000 населения) в 2009 году по сравнению с предыдущего годом существенно не изменялся.

Показатель материнской смертности на 100 000 родившихся живыми в 2007 г. снизился на 7,2% по сравнению с 2006г. Младенческая смертность на 1 000 родившихся живыми в 2007 г. снизилась на 7,8 % по сравнению с 2006 г. За 2008г. по сравнению с 2007г. младенческая смертность снизилась на 8,3% и составила 8,8 на 1000 родившихся живыми.

На рис.1 представлены данные, отражающие младенческую смертность в РФ.

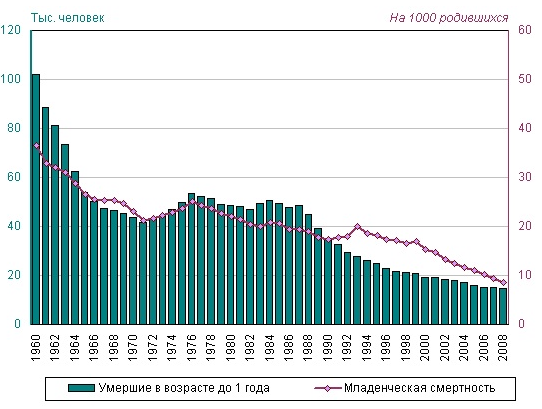


Рис.1 Младенческая смертность в 1960-2008 гг.1

Но ситуация с демографией по-прежнему вызывает опасение: если в нашей стране за одну минуту рождается три человека и умирает четыре, то в Китае за ту же минуту рождается 38, умирает 16, в США, соответственно, 8 и 4, в Африке 8 и 3. В Индии в минуту фиксируется 48 рождений и 17 смертей, в Пакистане - 10 и 3. Правда, в Европе и Японии прирост населения нулевой: рождается столько же, сколько и умирает.[[3]](#footnote-3)

После распада СССР здоровье населения России стремительно ухудшается. Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 200 млн. различных заболеваний; основными из них являются болезни органов дыхания (26%), болезни системы кровообращения (14%), органов пищеварения (8%). В 2007 году впервые признаны инвалидами 1,8 млн. человек[[4]](#footnote-4), из которых детей-инвалидов в возрасте до 18 лет составляет 642 тысячи человек.

В последние годы в результате активной политики государства наметилась устойчивая тенденция к снижению осложнений и смертности от социально значимых заболеваний. Так, в 2009 году по сравнению с 2008 годом, смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 4,7%; от болезней органов дыхания – на 12%; от внешних причин смерти – на 10,3%, в том числе от случайных отравлений алкоголем – на 19,7%, от транспортных травм – на 6,3%. [[5]](#footnote-5)

Исходя из данных о количестве населения России в 2009г. – 142млн. человек – в табл. 2 приведены абсолютные показатели заболеваемости социально опасными заболеваниями.

Таблица 22

Социально значимые заболевания населения России в 2009г.

|  |  |
| --- | --- |
| **Социально значимые заболевания** | **Абсолютные показатели, чел.** |
| Туберкулез | 289015 |
| ВИЧ-инфекция | 41549 |
| Злокачественные новообразования | 475432 |
| Психические расстройства | 92253 |
| Алкогольные психозы, хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания | 221822 |
| Венерические заболевания | 93136 |
| Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин | 12945113 |
| Отравление лекарственными средствами | 105550 |
| Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств | 20240 |

В 2008г. зарегистрировано 7008 человек с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и 18908 человек - с бессимптомным инфекционным статусом, вызванным вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в том числе детей в возрасте до 17 лет включительно - соответственно 184 человека и 393 человека.[[6]](#footnote-6)

В июле 2008г. зарегистрировано 2 случая заболевания дифтерией и 1 случай заболевания корью (за аналогичный месяц 2007г. - 9 случаев и 3 случая соответственно). По сравнению с тем же месяцем предыдущего года на 4,8% больше выявлено больных туберкулезом, на 5,3% - сифилисом, на 42,9% - бессимптомным инфекционным статусом, вызванным вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), на 43,1% - болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека.1

Показатели здоровья населения в целом отрицательно сказываются на ожидаемой продолжительности жизни. Рисунок 2 отражает продолжительность жизни мужчин и женщин в РСФСР и РФ.

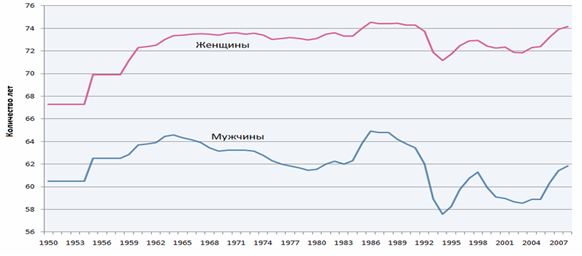


Рис. 2 Продолжительность жизни в РСФСР и РФ1

По средней продолжительности жизни мужчин - 62 лет - Россия занимает 134-е место в мире, по тому же показателю у женщин – 74 лет - 100-е.[[7]](#footnote-7)

Среди причин, негативно влияющих на состояние здоровья населения также можно выделить алкоголь, насилие в обществе, дорожно-транспортные происшествия, плохая экологическая обстановка, несчастные случаи, самоубийства, отравления.

Основные характеристики российской смертности указывают на алкоголь как ее важнейший фактор. За первую половину 90-х годов продажа спиртных напитков на душу населения возросла более чем вдвое. Доля крепких напитков в структуре потребления — более чем на треть, а процент некачественного алкоголя — до 38 %. В 1993—2006 годах ежегодно в России от алкогольных отравлений умирало около 40 тыс. чел.1 Однако с 2004 года в России началось устойчивое снижение смертности от отравления алкогололем.1 В 2009 году от этой причины умерли 21,3 тыс. человек, что является самым низким показателем после 1992 года.

Также основной угрозой жизни является уровень насилия в обществе.

Россия входит в пятёрку «лидеров» по количеству убийств среди стран, на территории которых не ведется широкомасштабных военных действий. С 2002 года в России наблюдается устойчивое снижение количества убийств и самоубийств. К 2009 году число самоубийств снизилось до 37,6 тыс. (самый низкий показатель в новейшей истории России), а число убийств — до 21,4 тыс. (самый низкий показатель после 1990 года).[[8]](#footnote-8)

В РФ высокая смертность на дорогах. В 2009 году в результате несчастных случаев на транспорте погибли 30,1 тыс. человек.1

Немаловажную роль играет плохая экологическая обстановка. Выбросы промышленных отходов и автомобильных выхлопов повышают риск онкологических и респираторных заболеваний.

Таким образом, на сегодня показатели здоровья населения России достигли катастрофического уровня, и за последние 5 лет их резко отрицательная динамика сохраняется (за исключением некоторой стабилизации показателей здоровья матери и ребенка). В сложившейся ситуации в первую очередь требуется, чтобы главным приоритетом государственной политики в области здравоохранения стало сокращение тех видов заболеваний, которые дают наиболее высокие показатели инвалидности и смертности населения, а также заболеваний, имеющих особую социальную значимость в связи с кризисной демографической ситуацией в стране. Это, прежде всего, болезни, угрожающие репродуктивному здоровью и состоянию здоровья матерей и новорожденных; социально значимые заболевания, представляющие особую угрозу для здоровья нации в целом: СПИД/ВИЧ, алкоголизм и наркомания.

Главной целью развития здравоохранения в России является преодоление депопуляции населения путем стабилизации и снижения показателей смертности граждан от наиболее значимых видов заболеваний и рисков.

## ГЛАВА 2. ФОРМЫ И МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ

**ГОСУДАРСТВЕННЫХ ФИНАНСОВ НА**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РФ**

## 2.1. Формы воздействия государственных финансов на

## здравоохранение в РФ

Государственное финансовое воздействие на экономику – это одна из форм участия государства в экономике, состоящая в его воздействии на распределение ресурсов и доходов, на уровень, темпы развития и благосостояние населения страны. Это воздействие, направленное на предотвращение развития возможных или устранение имеющихся диспропорций, обеспечение развития передовых технологий и социальной стабильности, путем концентрации финансовых ресурсов в одних сегментах рынка и ограничения роста объема финансовых ресурсов в других.

Все формы государственного регулирования, несмотря на их определенное разнообразие, как показывает анализ мирового экономического опыта, можно разбить на следующие группы:

* экономическое регулирование(прямое и косвенное)
* административное регулирование

К административным методам относится разнообразные меры, которые основываются не на экономических интересах и реализующих их стимулах, а опираются на «силу» приказа. Такие как:

лицензирование, стандартизация, сертификация субъектов и аттестации специалистов; контроль новых технологий, медицинских манипуляций; разработка и установление стандартов качества по отдельным направлениям, контроль за их соблюдением; разработка, внедрение и контроль санитарных правил, норм и нормативов; другие.

К прямому экономическому регулированию относят многообразные формы безвозвратного целевого финансирования:

Субвенции, субсидии, дотации, пособия

К косвенным формам экономического регулирования сферы здравоохранения можно отнести налоговую политику.

С 2010 года отменён единый социальный налог, вместо него нынешние плательщики налога уплачивают страховые взносы в ПФР, ФСС, федеральный и территориальные ФОМС, согласно закону № 212-ФЗ от 24.07.2009

Таким образом, государство, используя различные финансовые формы и методы, призвано решить одну из важнейших задач – обеспечение необходимыми финансовыми ресурсами системы здравоохранения.

## 2.2. Методы воздействия государственных финансов на здравоохранение в РФ

Методы государственного финансового управления в здравоохранении многообразны. Основными из них являются: ценообразование, субсидирование, страхование, финансирование.

Ценообразование

Контроль цен на лекарственные средства осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 ноября 2001 года №782 «О государственном регулировании цен на лекарственные средства» (далее Положение №782).

Согласно данному документу государство регулирует цены на лекарственные средства, которые включены в перечень важнейших и жизненно необходимых лекарственных средств. Государственной регистрации подлежат цены на лекарственные средства как отечественного, так и импортного производства.

Государственное регулирование цен на лекарственные средства осуществляется путем государственной регистрации предельных отпускных цен российских и иностранных организаций-производителей на лекарственные средства и установления предельных оптовых и предельных розничных надбавок к ценам на эти лекарственные средства [[9]](#footnote-9)

Субсидирование

Субсидия[[10]](#footnote-10)- пособие в денежной или натуральной форме, предоставляемое из средств государственного бюджета, местных бюджетов или из специальных фондов физическим и юридическим лицам, местным органам, другим государствам. Адресные субсидии в виде непосредственно предоставляемых средств называют прямыми, тогда как установление налоговых или других льгот именуют косвенными субсидиями.

В 2010 году Правительство РФ определило следующий перечень субсидий:

1) на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации по профилю: абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология (экстракорпоральное оплодотворение), комбустиология, нейрохирургия, онкология, офтальмология, педиатрия, сердечно сосудистая хирургия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, трансплантация. В общем объеме 4000000 тыс. руб.[[11]](#footnote-11)

2)на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей)

3)федеральным государственным унитарным протезно-ортопедическим предприятиям субсидий федеральным государственным унитарнымпротезно-ортопедическим предприятиям, оказывающим в соответствии с законодательством Российской Федерации услуги по протезированию инвалидам, а также лицам, не имеющим группы инвалидности, но по медицинским показаниям нуждающимся в протезно-ортопедических изделиях.

4)отдельным общественным организациям, уставная деятельность которых направлена на решение социальных проблем, и некоммерческим объединениям, созданным и действующим в целях защиты прав и законных интересов инвалидов, обеспечения им равных с другими гражданами возможностей (далее - получатели субсидий). В общем объеме 774 293,3 (тыс. руб.)1

Финансирование

В настоящее время модель финансового обеспечения здравоохранения включает бюджетные ресурсы, ресурсы фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), фондов медицинских страховых организаций и другие источники (рис. 3).

Расходы на здравоохранение осуществляются из всех звеньев бюджетной системы. Предоставление бюджетных средств на здравоохранение осуществляется в следующих формах:

1. Ассигнований на содержание ЛПУ;
2. Трансферты населению для финансирования льготного лекарственного обеспечения, протезирования, других социальных выплат и компенсаций в области охраны здоровья населения, установленных законодательством РФ;
3. Платежей на ОМС неработающего населения.

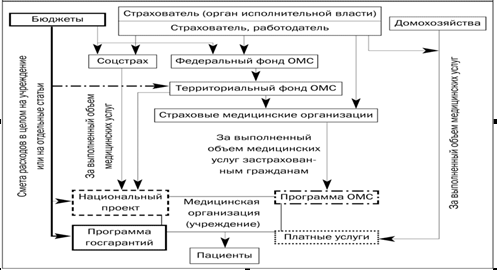


Рис.3 Структурная схема финансирования здравоохранения Российской Федерации[[12]](#footnote-12)

Расходы на здравоохранение по своему экономическому содержанию объединяются в три основные группы:

* расходы на лечебно-профилактические учреждения и мероприятия;
* санитарно-профилактические учреждения и мероприятия;
* прочие учреждения и мероприятия.

Основная доля финансовых ресурсов здравоохранения направляется на содержание лечебно-профилактических учреждений, к которым относятся больницы, поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты, станции скорой помощи, дома ребенка, санатории, детские ясли и некоторые другие учреждения. К санитарно-профилактическим учреждениям относятся санитарно-эпидемиологические станции, дезинфекционные станции, дома санитарного просвещения. К третьей группе учреждений относятся бюро судебно-медицинской экспертизы и некоторые другие учреждения.

Работа каждого учреждения здравоохранения характеризуется оперативно-сетевыми показателями, такими как среднегодовое количество коек (всего и по профилям коек), число дней функционирования койки в год, количество койко-дней, среднегодовое количество штатных единиц по всем категориям персонала, число врачебных посещений.

Для планирования расходов важным является тот факт, что лечебно-профилактическое учреждение может оказывать медицинскую помощь населению в 2 формах: стационарной и амбулаторно-поликлинической. Один из основных показателей стационара – коечный фонд, а амбулаторно-поликлинического учреждения – число врачебных должностей и посещений. В зависимости от этого выбирается методика расчета расходов.

В основе расчета расходов на содержание стационара лежит среднегодовое количество коек, которое определяется в зависимости от сроков развертывания новых коек, по формуле:

Кср = Кн + (Кк-Кн) \* п / 12, где

Кср – среднегодовое количество коек;

Кн – число коек на начало года;

Кк – число коек на конец года;

п – число месяцев функционирования вновь развернутых коек.

При планировании расходов на питание и приобретение медикаментов, необходимо установить число дней функционирования одной койки в год и на основании этого – общее количество койко-дней в больнице путем умножения среднегодового количества коек (по профилям отделений) на число дней функционирования одной койки в год.

В амбулаторно-поликлиническом учреждении основные оперативно-сетевые показатели при планировании расходов: среднегодовое число врачебных должностей, зависящее от численности населения, прикрепленного для амбулаторно-поликлинического обслуживания к данному учреждению, и число врачебных посещений.

Основной документ, определяющий общий объем, целевое направление и поквартальное распределение средств учреждения - смета расходов, которая составляется на календарный год по установленной форме и по экономическим статьям бюджетной классификации.

Статьи расходов:

1) Заработная плата (ст. 1) занимает особое место, так как составляет 60% затрат на содержание медицинского учреждения.

2) Начисления на зарплату (ст. 2) в размере 39—40% направляются во внебюджетные фонды.

3) Административно-хозяйственные расходы (ст. 3) включают широкий перечень затрат по обслуживанию лечебного процесса.

4) Командировочные расходы (ст. 4) определяются в соответствии с действующими нормами.

5) В стационарах большое внимание уделяется расходам на питание больных (ст. 9), определяемым умножением норм затрат на количество койко-дней, планируемых в каждом отделении.

6) В таком же порядке осуществляется планирование расходов на приобретение медикаментов и перевязочных средств (ст. 10). С целью контроля за стоимостью медицинских услуг в расчет цен принимаются наиболее дешевые медикаменты.

7) Расходы на приобретение медицинского оборудования и расходы на приобретение мягкого инвентаря (ст. 12 и ст. 14) планируются в пределах выделенных ассигнований и по дифференцированным нормам в зависимости от профиля отделений.

8) Затраты на капитальный ремонт зданий (ст. 16) медицинских учреждений определяются на основе финансово-сметных расчетов в пределах выделяемых бюджетных ассигнований. Прочие расходы (оплата летных часов санитарной авиации, организация и проведение культурно-массовых мероприятий среди больных и др.) планируются на уровне прошлых лет с учетом экономии.

Итог сметы - свод затрат по всем статьям расходов.

Общий объем бюджетных ассигнований на здравоохранение, физическую культуру и спорт в 2009 году составит 348,2 млрд. рублей, в 2010 году - 408,9 млрд. рублей, в 2011 году - 423,0 млрд. рублей, в том числе на здравоохранение - соответственно 329,4, 392,9 и 406,4 млрд.

В 2009-2011 гг. продолжается реализация приоритетного национального проекта "Здоровье", направленного на повышение доступности и качества медицинской помощи, прежде всего, в первичном звене здравоохранения, усиление профилактической направленности здравоохранения. Средства, выделяемые из федерального бюджета на его реализацию (включая межбюджетные трансферты) составят в 2009-2011 годах 286,2 млрд. руб.

Страхование

В настоящие время система здравоохранения в РФ базируется на обязательном медицинском страховании. Обязательное медицинское страхование является частью государственной системы социального страхования. В основе системы обязательного медицинского страхования лежат следующие экономические и правовые принципы:

1. Обязательное медицинское страхование распространяется на всех граждан страны независимо от возраста, пола, состояния здоровья, места жительства и доходов. Все граждане страны имеют право на получение бесплатных медицинских услуг включенных в программу обязательного медицинского страхования.
2. Программа обязательного медицинского страхования финансируется государством.
3. Страховые взносы перечисляются на всех граждан, однако использование перечисленных ресурсов осуществляется только при обращении за медицинской помощью – принцип "здоровый платит за больного". Граждане с различным уровнем дохода имеют одинаковое право на получение медицинских услуг.

Участниками программы обязательного медицинского страхования являются:

* + Застрахованные лица

Для неработающих граждан страхователем является государство в лице местных органов исполнительной власти.

Для работающих граждан страхователями являются предприятия и организации.

* + Учреждения осуществляющие программу обязательного медицинского страхования

Государственные и территориальные фонды реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования

Страховые медицинские организации, а также медицинские учреждения имеющие лицензию на право деятельности в области обязательного медицинского страхования и оказания медицинской помощи, включенной в программу обязательного медицинского страхования.

Финансирование программы обязательного медицинского страхования осуществляется из фондов государственного и нижестоящих бюджетов, средств различных предприятий и учреждений, благотворительных пожертвований граждан и пр.

* + Объем медицинской помощи предусмотренный программой обязательного медицинского страхования:
  + Обеспечение первичной и скорой медицинской помощи в неотложных ситуациях: роды, травмы, отравления;
  + Лечение в амбулаторных условиях больных с хроническими заболеваниями;
  + Лечение в стационарных условиях больных с острыми заболеваниями, травмами, медицинская помощь при родах и абортах;
  + Оказание медицинской помощи на дому гражданам, которые не могут самостоятельно посетить больницу;
  + Организация профилактических мероприятий которые включают детей, инвалидов, ветеранов войны, беременных женщин, больных туберкулезом и онкологическими заболеваниями, больных с психическими расстройствами, а также больных с инсультом и инфарктом миокарда;
  + Оказание стоматологической помощи в полном объеме детям, учащимся и студентам, беременным женщинам, матерям, имеющих детей до 3 лет, ветеранам войны;
  + Выдача медикаментов на льготных условиях (для больных с заболеваниями включенными в программу льготного обслуживания);

Таким образом, государство, используя различные финансовые формы и методы, призвано решить одну из важнейших задач – обеспечение необходимыми финансовыми ресурсами системы здравоохранения.

# ГЛАВА 3. ПРОБЛЕМЫ И ПРЕСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

# ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

## 3.1. Проблемы развития здравоохранения в РФ

В первой половине 1990-х гг. была предпринята попытка реформировать систему финансирования российского здравоохранения. Она заключалась во внедрении системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которая должна была заменить систему бюджетного финансирования, содействовать повышению экономической стабильности работы отрасли и росту эффективности использования ее ресурсного потенциала.

Но на деле старую бюджетную систему лишь частично заменили на страховую. В результате стало еще хуже: эклектическое сочетание бюджетной и страховой систем породило новую «болезнь» системы здравоохранения России – снижающийся уровень ответственности за ее финансирование.

Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе сегодня превратились в пустые декларации. Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий в 2008 году позволил установить дефицит их финансирования в 60 субъектах РФ.[[13]](#footnote-13) Платность медицинских услуг нарастает. Проведенные в последние годы обследования личных расходов населения на медицинскую помощь показывают, что объем этих расходов составляет 40-45% от совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных). Более 50% пациентов платят за лечение в стационарах, 30% - за амбулаторно-поликлиническую помощь, 65% - за стоматологические услуги.[[14]](#footnote-14)

Частота направлений больного участковыми врачами к специалистам у нас превышает 30% от числа первых посещений, в то время как в западных странах 4-10%. Уровень госпитализации и особенно длительность пребывания больных в стационаре в российском здравоохранении заметно выше, чем в европейских странах. Интегрированный показатель объемов госпитализации – число койко-дней на 1 жителя – почти в 2 раза выше, чем в среднем по Европейскому Союзу. [[15]](#footnote-15)

Проблемы функционирования современной системы ОМС могут быть условно разделены на финансовые и организационные. [[16]](#footnote-16)

К основнымфинансовым проблемамможно отнести следующие**:**

1. Острейшая нехватка денежных средств в связи с отсутствием ощутимого экономического роста в стране и сохраняющимся остаточным принципом финансирования здравоохраненческой отрасли.

Доказано, что недостаточные объемы государственного финансирования здравоохранения приводят к ухудшению показателей здоровья населения, усилению неравенства между различными слоями населения в качестве и доступности медицинской помощи, приводит к обнищанию самых незащищенных слоев населения и резко снижает удовлетворенность населения медицинской помощью. Так, по результатам аудита Счетной палаты РФ выявлена зависимость между уровнем финансирования медицинской помощи и основными демографическими показателями (смертность трудоспособного населения, ожидаемая продолжительность жизни, младенческая смертность).[[17]](#footnote-17)

Расходы на здравоохранение в России по итогам 2008 г. составляли 3,7% что несколько ниже, чем в соседней Беларуси (3,9%). Для примера, во Франции этот показатель равен 8,9%, в Великобритании 7,2%, в Австралии 6,5%.[[18]](#footnote-18) На рисунке 4 можно проследить расходы на здравоохранение в различных странах мира.

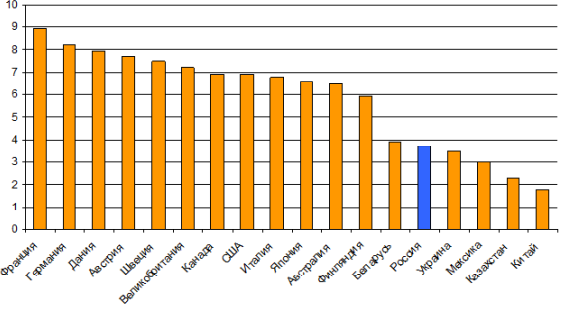


Рис. 4 Расходы на здравоохранение по странам мира, % от ВВП1

2. Недостаточное финансирование системы ОМС на страхование неработающего населения, которое имеет три основные причины:

- отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

- неисполнение закона о медицинском страховании администрациями субъектов РФ в части страховых взносов на неработающее население;

- непогашение сформировавшейся значительной финансовой задолженности по страховым взносам на неработающее население в ряде субъектов РФ.

3. Дефицит финансового покрытия территориальных программ ОМС.

Данная причина связана с отсутствием сбалансированности финансовых возможностей системы ОМС и объемов медицинской помощи, включенных в Базовую (а, соответственно и в территориальные) программу обязательного медицинского страхования, ежегодно утверждаемую Правительством РФ. Программа основана на минимальном подушевом нормативе.

4. Многоканальность финансирования медицинских организаций.

Многоканальность финансирования (ОМС, добровольное медицинское страхование (ДМС), бюджет, платные медицинские услуги и т.д.) существенно снижает возможности контроля за использованием средств в ЛПУ.

В такой ситуации личный интерес «медицинского руководителя» начинает превалировать над интересами отрасли, а коммерческие интересы страховщика, работающего в ОМС и ДМС одновременно, - над социальной значимостью «бесплатного» здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и одинаково заинтересованными в получении «живых» денег. Данные нарушения чрезвычайно распространены.

5. Многовариантность и отсутствие унификации способов оплаты медицинской помощи на сегодня, оказываемой как в стационарных, так в амбулаторно-поликлинических учреждениях системы здравоохранения.

Сохраняющиеся затратные способы оплаты и оплата медицинской помощи по смете являются недопустимыми на сегодняшний день. Многовариантность способов оплаты служит значительным препятствием при проведении межтерриториальных взаиморасчетов между ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам за пределами территории их страхования.

6. Низкие тарифы оплаты медицинских услуг.

Структура тарифов в системе ОМС формируется исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая.

7. Отсутствие динамики в структуре расходов по основным видам медицинской помощи с сохранением наиболее затратных видов ее оказания.

Так в 2001 и 2007 годах структура расходов (в %) по основным видам медицинской помощи была следующей: скорая помощь – 5,5 и 7,2; амбулаторно-поликлиническая – 29,0 и 31,5; стационарная - 64,0 и 58,6; дневные стационары – 1,5 – 2,7 (соответственно). [[19]](#footnote-19)

8. Отсутствие позитивных перемен в системе оплаты труда медицинских работников. Данная проблема порождает, в значительной степени, одну из важнейших негативных особенностей российского здравоохранения на сегодня - низкое качество оказания медицинской помощи в российском здравоохранении.

Основныеорганизационные проблемыв системе ОМС заключаются в следующем.

1. Структурный полиморфизм территориальных систем ОМС, затрудняющий управление обязательным медицинским страхованием, не позволяющий оптимизировать и унифицировать механизмы функционирования системы ОМС на территории Российской Федерации.

2. Отсутствие законодательного решения ряда проблем деятельности системы ОМС.

3. Отсутствие надлежащего государственного регулирования по основным направлениям деятельности страховой медицинской организации (СМО).

## 3.2. Перспективы развития здравоохранения в РФ

В настоящий период времени проводится интенсивная деятельность Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по созданию Концепции развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2020 года, направлена на решение основных проблем здравоохраненческой отрасли, включая систему обязательного медицинского страхования.

Для решения проблем повышения качества медицинской помощи в 2005 году В.В. Путиным был объявлен Национальный проект «Здоровье».

Проект был призван поправить ситуацию в наиболее нуждающихся в реорганизации и финансировании подотраслях здравоохранения и улучшить демографическую ситуацию в стране.

К основным направлениям приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения относятся:[[20]](#footnote-20)

1. Развитие первичной медико-санитарной помощи, которое предусматривает следующие мероприятия:

* подготовку и переподготовку врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов и педиатров;
* увеличение заработной платы медицинским работникам первичного звена, фельдшерско-акушерских пунктов и «скорой помощи»;
* укрепление материально-технической базы диагностической службы амбулаторно-поликлинических учреждений, скорой медицинской помощи, женских консультаций;
* профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение ВИЧ-инфицированных;
* дополнительная иммунизация населения в рамках национального календаря прививок;
* введение новых программ обследования новорожденных детей;
* дополнительная диспансеризация работающего населения;
* оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

1. Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью:

* увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
* строительство новых центров высоких медицинских технологий, подготовка для этих центров высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала.

В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в состоянии здоровья населения наметился ряд положительных тенденций. На начало июля 2007 года подготовку и переподготовку прошли 5834 врача. В регионы на начало июля 2007 года было поставлено 3267 единиц диагностического оборудования. По итогам 2009 года продолжительность жизни в России увеличилась до 69 лет.[[21]](#footnote-21)

Еще одним важным шагом правительства в области охраны здоровья граждан стало внесение поправок в закон о социальном страховании, согласно которым уплата страховых взносов с 2011 года будет повышена, а также для организаций, занимающихся программированием, для хозобществ, созданных вузами, и для резидентов технико-внедренческих зон, вводятся пониженные тарифы.

С 1 января 2011 года тариф страховых взносов в Федеральный фонд обязательного медстрахования с 2,1% до 3,1%, а с 1 января 2012 года - до 5,1%. При этом страховые взносы в территориальные фонды обязательного медстрахования снижаются на 1%, что соответствует уровню 2010 года (2%), а с 1 января 2012 года предлагается не перечислять страховые взносы.

Дополнительные финансовые средства в размере 460 миллиардов рублей, как значится в документах, будут направлены на формирование резерва средств финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения, софинансирование медицинской помощи неработающим пенсионерам, информатизацию здравоохранения и оплату медицинской помощи с учетом повышения финансирования ее стандартов.

# 

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главным и бесспорным итогом государственной политики в здравоохранении за последние десять лет стало усиление внимания власти к проблемам охраны здоровья и весомое увеличение государственных расходов на здравоохранение. В процентном выражении к валовому внутреннему продукту эти затраты выросли с 2,7% в 1999 году до 3,5% в 2009-м, или на 76% в реальном выражении. Но эффективность этих затрат, похоже, невелика. Изменения в доступности бесплатной медицинской помощи и ее качестве мало ощутимы. В последние два года стала сокращаться смертность населения, но ее общий уровень в полтора раза выше, чем в европейских странах. А показатели общей заболеваемости продолжают расти.

Начиная с 2005 года, государство заметно активизировало политику в сфере здравоохранения, но принимаемых мер, очевидно, недостаточно для решения накопившихся здесь проблем. Плохие показатели уровня здоровья населения, плохая его защита от рисков, связанных с затратами на лечение в случае заболеваний, неравенство в доступности медицинской помощи между различными социальными и территориальными группами, низкая эффективность системы здравоохранения в целом - решение этих проблем невозможно без масштабных преобразований в организации и финансировании отрасли.

Все последние годы вопросам доступности и качества медицинских услуг уделяется самое пристальное внимание. Среди проводимых здесь мер прежде всего отмечу последовательную реализацию национального проекта «Здоровье». Национальный проект свою миссию выполнил. Он ещё больше обострили некоторые проблемы в здравоохранении, что дало толчок к развитию тех направлений, по которым надо двигаться. Настало время делать единую программу развития здравоохранения, соединив нацпроекты с другими направлениями.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция РФ
2. Налоговый кодекс РФ (НК РФ) часть 2 от 05.08.2000 N 117-ФЗ
3. Федеральный закон от 22 июля 1993 г. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан
4. Федеральный закон от 28 июня 1991 № 1499-1 О медицинском страховании граждан в Российской Федерации
5. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. О санитарно – эпидемиологическом благополучии населения
6. Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ О лекарственных средствах
7. Федеральный закон от 08 января 1998 г. О наркотических средствах и психотропных веществах
8. Федеральный закон от 17 октября 1998 г. № 157 – ФЗ Об иммунопрофилактике инфекционных болезней
9. Федеральный закон от 30 марта 1998 г. № 38– ФЗ О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ– инфекции)
10. Федеральный закон от 18 июня 2001 № 77-ФЗ О предупреждении рас пространения туберкулеза в Российской Федерации
11. Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ от 24.07.2009 О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования
12. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. N 913 г. О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи
13. Постановление Правительства Российской Федерации от 9 ноября 2001 г. N 782 О Государственном регулировании цен на лекарственные средства
14. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ЕЖЕГОДНИК РОССИИ. 2009Статистический сборник.,М., Росстат 2009г. стр 127
15. Николай ДЗИСЬ-ВОЙНАРОВСКИЙ, Новые известия, 29 июля 2008г. стр19
16. Хальфин Р. Доктора! Колготки в стационаре // Российская газета. 2004. 19 мая.; Рошаль Л. Доктор Рошаль: Консилиум с грифом «секретно» // Российская газета. 2004. 7 июля. Стр. 5
17. Шмелькова Е. Инвестиции в здравоохранение необходимы для достижения экономического роста. // Фармацевтический вестник. - №3. -2002. стр.30
18. Андреева О.В., Флек В.О., Соковникова Н.Ф. Анализ эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении Российской Федерации. Анализ м результаты. – М., ООО Издательская группа – ГЭОТАР-Медиа, 2006, стр162
19. Акопян А.С. Организационно-правовые формы медицинских организаций и платные медицинские услуги в государственных учреждениях здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2004. № 5–6. С. 10.
20. Боханов С.Ю., Вапнярская О.И. Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении. // Маркетинг в России и за рубежом. - №2. -2002 стр95
21. Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А. и др. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы- М., Пробел – 2000, 2002г. стр178
22. Волкова Н.С. Модернизация здравоохранения и совершенствование статуса его учреждений // Журнал российского права. – 2006. – № 4. С. 18.
23. Коренев А.П. Административное право России. Часть I / А.П. Коренев. – М:. Теис, 2001. – С. 144.
24. Кучеренко В.З. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования / В.З. Кучеренко. – М.: Статут, 2000. – С.14.
25. Никульникова О.В. Государственное управление здравоохранением в России / О.В. Никульникова. – Энгельс: Регион, 2001. – С. 54.
26. Путило Н.В. Законодательство субъектов Российской Федерации о здравоохранении // Журнал российского права. - №2. -февраль 2002г. стр167
27. Стародубов В.И., Флек В.О. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению РФ – М.: Менеджер здравоохранения, 2006г. стр87
28. Трушкина Л.Ю Экономика и управление здравоохранением: учебник. - Изд. 5-е, перераб. и доп..-Ростов, Феникс,2007 г. стр93
29. Улюкаев А.В. Проблемы государственной бюджетной политики / А.В. Улюкаев. – М.: Юристъ, 2004. – С. 36
30. Шишкин С.В. Реформа финансирования Российского здравоохранения. - М.: ИЭПП, Теис, 2002. – стр.92
31. www.minzdravsoc.ru
32. www.gks.ru
33. www.vedomosti.ru
34. www.zdrav.ru
35. www.d-razvitija.ru
36. www.eurostat.com
37. data.euro.who.int

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 [↑](#footnote-ref-1)
2. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ЕЖЕГОДНИК РОССИИ. 2009 Статистический сборник.,М., Росстат 2009г. Стр 127 [↑](#footnote-ref-2)
3. www.d-razvitija.ru [↑](#footnote-ref-3)
4. www.minzdravsoc.ru [↑](#footnote-ref-4)
5. www.gks.ru Росстат, Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти. [↑](#footnote-ref-5)
6. www.gks.ru Росстат, Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти за год. [↑](#footnote-ref-6)
7. www.minzdravsoc.ru [↑](#footnote-ref-7)
8. www.gks.ru Росстат .Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти за год [↑](#footnote-ref-8)
9. ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 9 ноября 2001 г. N 782 «О ГОСУДАРСТВЕННОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ЦЕН

   НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА» [↑](#footnote-ref-9)
10. Райзберг Б.А., Лозовский Л.М., Стародубцева Е.Б. «Современный экономический словарь», Инфра-М, Москва, 2000г. [↑](#footnote-ref-10)
11. www.rg.ru [↑](#footnote-ref-11)
12. www.lab.obninsk.ru [↑](#footnote-ref-12)
13. www.minzdravsoc.ru Минздравсоцразвития России. [↑](#footnote-ref-13)
14. Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А. и др. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы- М., ООО «Пробел – 2000», 2002г. Стр.178 [↑](#footnote-ref-14)
15. http://data.euro.who.int/hfadb/ [↑](#footnote-ref-15)
16. Трушкина Л.Ю Экономика и управление здравоохранением: учебник. - Изд. 5-е, перераб. и доп..-Ростов,Феникс,2007 г. Стр.93 [↑](#footnote-ref-16)
17. Андреева О.В., Флек В.О., Соковникова Н.Ф. Анализ эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении Российской Федерации. Анализ м результаты. – М., ООО «Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006, 162 с. [↑](#footnote-ref-17)
18. www.zdrav.ru [↑](#footnote-ref-18)
19. www.minzdravsoc.ru [↑](#footnote-ref-19)
20. Анатолий Вишневский, Ярослав Кузьминов, Игорь Шейман, Владимир Шевский, Сергей Шишкин, Лев Якобсон, Евгений Ясин. Журнал "Отечественные записки " 2009. № 2. [↑](#footnote-ref-20)
21. www.ami-tass.ru АМИ-ТАСС, 17 февраля 2010 [↑](#footnote-ref-21)