**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Система финансирования Здравоохранения России…………………3

Платные услуги в деятельности ЛПУ ……………………………….10

Список литературы……………………………………………………19

**1. Система финансирования Здравоохранения России**

Здравоохранение нашей страны прошло сложный исторический путь развития, позволивший в 20-60 годы решить задачи социально-гигиенического благополучия в стране в условиях преимущественно инфекционной патологии. В течение нескольких десятилетий развитие здравоохранения шло экстенсивным путем, что было в значительной степени оправдано. Однако в 70-80-е годы в связи с начинающимся эпидемиологическим переходом, новыми условиями социально-экономического развития страны необходимо было перевести здравоохранение на новый режим функционирования, но в силу целого ряда причин это не было сделано. Более того, в последнее десятилетие усилились те негативные тенденции, которые были связаны с остаточным принципом финансирования, господством административно-командных методов управления, уравнительным затратным характером всего народного хозяйства.

Форма хозяйствования в здравоохранении отражала в условиях командно-административной системы ее основополагающие черты. Эти черты и признаки достаточно подробно проанализированы в литературе и могут быть сведены к следующему. Во-первых, это иерархическая многоуровневая подчиненность; во-вторых, определение на уровне высших звеньев управления целей развития ЛПУ и путей их достижения; в - третьих, текущая координация и текущий контроль деятельности нижестоящих звеньев; в - четвертых, доведение до лечебно-профилактических учреждений, обязательных к исполнению адресных плановых заданий, к выполнению которых привязывалась системы оценки и стимулирования. Все это приводило к следующим последствиям. Это, прежде всего, хроническая нехватка финансовых средств, неэффективное использование имеющихся ресурсов, недостаточные материальные стимулы, отсутствие возможности здравоохранению влиять на демографические, экологические, социально-экономические факторы, определяющие условия жизни людей и состояние их здоровья.

Можно утверждать, что в 80-е годы в нашей стране сложился своеобразный кризис здравоохранения, который проявлялся особенно остро по следующим направлениям:

1. Кризис здоровья. Если еще 20 лет назад группа здоровых составляла приблизительно 30% от общего числа населения, то теперь не более 20%. Более 25% населения ежегодно госпитализируется в больницы, из каждый 100 родившихся 11 имеют дефекты физического и психического состояния. Снизилась средняя продолжительность жизни;
2. Кризис финансирования. Если в начале 70-х расходы на здравоохранение составляли около 10% от ВНП, то теперь они составили менее 3% от ВНП.
3. Кризис материально-технической базы;
4. Кризис кадров.

Принятое в 1989 году "Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении" было направлено на преодоление всех этих негативных моментов. Согласно этому документу предполагалось, что по мере готовности ЛПУ перейдут на новые условия хозяйствования в 1990-1991 гг. В этом положении были определены общие принципы и формы работы ЛПУ на основе применения экономических методов управления и перехода преимущественно к территориальному принципу управления здравоохранением. Необходимо отметить, что концепция, заложенная в этом документе, в существенной мере копировала экономические решения относительно других отраслей экономики страны, и на наш взгляд, в малой степени учитывала специфику здравоохранения. В литературе достаточно подробно освещены положительные и отрицательные стороны внедрения нового хозяйственного механизма здравоохранения. Представляется, что в целом сделанные в этом направлении шаги были правильными, однако резкая смена приоритетов в концептуальном развитии страны, переход на рыночные рельсы, принятие закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в значительной степени радикализировали обстановку и потребовали новых подходов к дальнейшему развитию всей системы охраны здоровья населения.

В связи с этим в последнее время появилось значительное количество публикаций, в которых анализируется в основном необходимость перехода к медицинскому страхованию. Медицинское страхование, как отмечают многие авторы, в широком смысле - это новые экономические отношения в здравоохранении в условиях рынка, то есть создание такой системы охраны здоровья и социального обеспечения, которая реально гарантировала бы всем жителям Российской Федерации свободно доступную квалифицированную медицинскую помощь, независимо от их социального положения и уровня доходов.

Цель медицинского страхования - повысить качество и расширить объем медицинской помощи посредством: радикального увеличения ассигнований на здравоохранения; децентрализации системы управления фондами здравоохранения; материальной заинтересованности медицинских работников в конечных результатах; экономической заинтересованности предприятий в сохранении здоровья работающих; экономической заинтересованности каждого человека в сохранении своего здоровья. Именно так широко определена цель в законе о медицинском страховании.

Чем большей эластичностью спроса по цене будут обладать медицинские услуги, тем эта закономерность будет проявляться в большей степени. В еще больше степени это противоречие проявиться, когда пациенты совсем не будут участвовать в издержках по оказанию медицинских услуг.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Такая социальная защита может быть реализована путем создания в едином порядке специализированного денежного фонда, в формировании которого принял бы участие, в конечном счете, каждый гражданин.

В этом случае медицинское страхование принимает форму обязательного. Социальный характер обязательного медицинского страхования, позволяющий каждому гражданину получать одинаковую медицинскую помощь, достигается неравным вкладом каждого в создание денежного фонда на оплату этой помощи. Другими словами, богатый платить за бедного. Именно в этом проявляется принцип общественно солидарности, на котором построена система обязательного медицинского страхования во многих европейских странах.

Страхование как коммерческий вид деятельности всегда стремится уровнять индивидуальные риски между членами группы и не допустить включения в группу объектов страхования, способных заметно отклонить групповой риск в сторону превышения среднего уровня. В социальном плане такое поведение называется дискриминационным. Сущность страхования в этом случае можно выразить словами: всегда групповое - никогда всеобщее. В этом сказывается ограниченность коммерческого страхования, которое может являться механизмом финансирования всеобщего общественного товара, поэтому коммерческое медицинское страхование может осуществляться исключительно в добровольной форме.

Приведем сравнительную характеристику социального и коммерческого видов медицинского страхования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сравнительные признаки | Социальное страхование | Коммерческое страхование |
| Правовое основание | Обязательное | Добровольное |
| Охват | Массовое | Групповое, с относительно узким охватом населения и индивидуальное |
| Условия возмещения | Гарантированный механизм и унифици­рованный набор социаль­ных выплат и льгот | Разнообразные "пакеты" компенсаций и услуг, формируемые на усмотрение каждого страховщика |
| Статус распорядителя страховыми средствами | Государственная или квази­государственная организация | Частные страховые компании |
| Принципы организации страхового возмещения | Текущее финансирование социальных благ для других | Отложенное финансирование специ­альных благ для себя |
| Критерии эффективности | Перераспределение средств имеет характер социальных трансферт, то есть, подчинено целевой эффективности (в частности, всеобщности охвата). | Перераспределение ограничиваются рамками групп и подчинено затратной эффективности страховщика и страхователя. |

Таким образом, необходимость в обязательном медицинском страховании возникает тогда, когда государство признает, что потребность его граждан в здоровье имеет общественное значение для всего уклада жизни и дальнейшего развития общества. Однако, не имея в государственном бюджете средств для защиты определенного уровня удовлетворения этой потребности, используется для этой цели обязательное страхование, то есть на основе обязательного медицинского страхования производится финансирование тех мероприятия по охране здоровья, которые считаются важными для всего общества.

В настоящее время государственные обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи не обеспечиваются финансовыми ресурсами. До сих пор не утверждена базовая программа ОМС, а территориальные программы ОМС финансируются лишь на 40-60%.

В сложившейся экономической ситуации сохранение государственных обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи на универсальной основе практически нереально. При самых благоприятных условиях (Выполнение обязательств государственного бюджета по взносам на ОМС, привлечение дополнительных источников финансирования) финансовых ресурсов для обеспечения бесплатности всех видов медицинской помощи будет недостаточно. При этом важно учитывать, что чрезмерные обязательства государства ведут к деформации экономических отношений в отрасли, поскольку в условиях несбалансированности программ ОМС ограничиваются возможности полноценных договорных отношений между финансирующей стороной и ЛПУ, а значит, и повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи. Тем самым нарушается важнейшее условие осуществления реформы здравоохранения - предсказуемость поступлений финансовых ресурсов.

Не менее очевиден и отрицательный социальный и политический эффект чрезмерной декларативности государственных обязательств: бесплатность медицинской помощи становится все более иллюзорной, растет недовольство населения состоянием служб здравоохранения. Объявив медицинскую помощь полностью бесплатной, государство все более утрачивает возможности предоставить такую помощь, тем, кто в ней более всего нуждается. Одновременно активизируется теневой рынок медицинских услуг с далеко идущими социальными и экономическими последствиями. С одной стороны, медики сильней реагируют на стимулы, возникающие в сфере теневой экономики, чем на попытки страховщиков построить разумную систему оплаты по результатам труда в общественном секторе здравоохранения. С другой - пациенты иногда вынуждены платить из собственного кармана суммы, не соответствующие реальному вкладу медиков.

В сложившейся ситуации необходимо отказаться от деклараций и трезво оценить финансовые возможности здравоохранения. Практически это означает необходимость принятия новой процедуры формирования базовой программы ОМС.

Нельзя признать обоснованными попытки искусственно расширить круг социально значимых заболеваний для исключения их из территориальной программы ОМС (например, онкологических, кардиологических заболеваний). Сосуществование двух программ и двух источников финансирования ведет к разрыву связей между отдельными учреждениями и уровнями помощи, не позволяет поднять роль первичного звена, который должен быть материально заинтересован в раннем выявлении этих заболеваний. Независимо от того, кто контролирует деньги, программа ОМС должна строится как единая система обязательств государства в отношении предоставления медицинской помощи населению.

Сумма финансовых средств на реализацию территориальной программы ОМС, а также на покрытие прямых затрат на нужды здравоохранения по линии органов управления здравоохранением и местных администраций составляет основу консолидированного государственного заказа на оказание медицинских услуг населению и развитие здравоохранения. Он формируется органом управления здравоохранением, финансовым управлением исполнительной власти субъекта федерации совместно с органами местного самоуправления и ТФОМС.

**2. Платные услуги в деятельности ЛПУ**

Функционирование лечебно-профилактических учреждений в системе рыночных отношений, в частности в поле обязательного медицинского страхования с ее экономической сущностью, вынуждает руководителей больниц и поликлиник, а также врачей частных практик, заострять внимание на платной сфере деятельности по предоставлению медицинских услуг и удовлетворению спроса на медицинские процедуры.

Многообразие видов и форм медицинской помощи порождает определенные проблемы в условиях рыночных отношений врача и пациента. Такие взаимоотношения помимо классических дорыночных определений, как «оказание медицинской помощи» либо «обращение за лечением», приобретают специфические черты маркетинга. Каждое из направлений различных видов медицинской (врачебной) деятельности, таких как лечение, диагностика, профилактический осмотр, родовспоможение, облегчение страданий безнадежного больного и т.д., при производственной сущности здравоохранения приобретают маркетинговую сущность и должны быть своеобразным образом формализованы и однозначно определены. К тому же, при исследованиях оказывается, что различные виды медицинской (врачебной) деятельности в рыночных отношениях врача, как производителя медицинских услуг, и пациента, как потребителя медицинских процедур, являются крайне не равнозначными, в порою и противоречивыми с точки зрения экономической целесообразности рынка.

Так медицинская деятельность по профилактике заболеваний в поле рыночных отношений, на первый взгляд, не совместима с экономической целесообразностью при производстве и продаже медицинских услуг. По сути, чем больше здоровых людей, чем меньше классических медицинских потребностей (потребности в лечении), чем ниже спрос на лечебные медицинские процедуры - тем менее предпочтителен данный рынок.   
Медицинскую деятельность профилактической направленности, а в маркетинговых отношениях - производство и продажу профилактических («не-лечебных») медицинских услуг, правомерно связать с сегментацией рынка.

Как известно, под сегментацией рынка понимают процесс классификации потребителей на группы с различными нуждами и потребностями, характеристиками или поведением.

Таким образом, профилактическая направленность медицины при маркетинговых отношениях реализуется в рамках определенного сегмента рынка медицинских услуг.

При формировании и насыщении медицинскими услугами, направленными на профилактику заболеваний и сохранение здоровья здоровых, выделяются характерные и специфические особенности данного сегмента рынка, к которым следует отнести ниже перечисленные.  
Крайняя не привлекательный сегмент рынка с точки зрения производственной миссии здравоохранения. (Следует оговориться, что в настоящем исследовании система здравоохранения представляется с производственных позиций, с точки зрения рыночных законов и маркетинговых взаимоотношений. Гуманитарная функция системы здравоохранения автором вовсе не отрицается, но в рамках настоящей публикации не рассматривается).

Потребности потенциального покупателя медицинских профилактических услуг в этом сегменте рынка в высшей степени зависят от его личных, индивидуальных, культурных и национальных качеств и традиций, а так же от конкретной медико-социальной проблемы, трактующей соответствующее падение либо возрастание спроса. В период полного относительного здоровья потенциальный потребитель медицинских услуг (пациент, клиент) убежден, что ему нечего приобретать у производителей медицинских услуг. И действительно, у относительно здорового человека, как правило, не возникает явных потребностей в укреплении и сохранении этого конкретного здорового состояния и отсутствует потребительский спрос на какие-либо медицинские процедуры. Такова объективная психологическая сущность здорового человека.

Большая доля таких потребностей потенциальных клиентов профилактических медицинских услуг относится к разряду скрытых и отрицательных. Физиология человеческого организма, патогенез течения болезней с наличием латентной (срытой) фазы, отсутствие ощутимой человеком симтоматики, возможно имеющегося либо потенциального патологического процесса - все это однозначно подтверждает постулат о том, что потребность в профилактике болезней (приобретении профилактических медицинских услуг) является в большей степени скрытой потребностью.

Исходя из предыдущего утверждения, в сегменте рынка профилактических медицинских услуг в определенной степени отмечается отсутствие потребительского спроса, либо спрос этот крайне низок и неактивное присутствие производителя медицинских услуг на этом рынке оказывается крайне нерентабельным.

Для производителя и продавца медицинских услуг профилактического направления актуальной задачей является формирование спроса, перевод скрытых и отрицательных потребностей в открытые и положительные. Отсюда - в маркетинговой деятельности с подобным сегментом рынка первостепенную роль приобретают организационные формы информационной, просветительской работы, т.е. объективно определена крайне высокая доля затрат в себестоимости профилактической медицинской услуги на рекламу и другие хорошо продуманные способы влияния на покупателя.

Для потенциального клиента характерно не ярко выраженное удовлетворение скрытых потребностей и крайняя отдаленность предоставленных медицинских услуг от результатов по оценки их эффективность. К примеру, пациенту порою бывает трудно доказать необходимость и целесообразность иммунопрофилактики (профилактической прививки), а профилактический медицинский осмотр при подтверждении здорового состояния диспансеризуемого и не выявления патологии - на бытовом уровне представляется мало эффективным.   
В рамках данного сегмента рынка высока степень дифференциации потенциальных клиентов (дети с широкой потребностью в иммунопрофилактических услугах, люди преклонного возраста с потребностями динамического наблюдения и превентивными мероприятиями по недопущению обострений имеющихся болезней и т.д.). По сути дела эффективная маркетинговая деятельность на этом сегменте рынка - это осуществление отношений медицинского работника с каждым конкретным индивидуальным клиентом. Образно говоря, сегментирование сводится до уровня личности.

Сильное влияние на эффективность предоставленной профилактической медицинской услуги факторов, напрямую не связанных с медицинской деятельностью. По данным различных научных источников доля активного эффективного влияния на сохранение состояния здоровья населения организационных форм и методов системы здравоохранения составляет не более 20% в ряду прочих природных факторов и социальных институтов.

Опираясь на концепцию маркетинга, которая утверждает, что залогом достижения целей организации является определение нужд и потребностей целевых рынков и обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными и более продуктивными способами, чем у конкурентов, необходимо сделать заключение, что маркетинговая сущность лечебно-профилактического учреждения (врачебной практики) в рамках профилактической работы - это изучение определенных контингентов населения, динамическое наблюдение за состоянием здоровья этих контингентов с целью раннего выявления заболеваний, взятие на учет, динамическое наблюдение и комплексное лечение, проведение мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, предупреждение развития и распространения болезней, укрепление качества жизни.

Как известно, такая специфическая медицинская деятельность, в рамках профилактической направленности, именуется диспансеризацией.

По сути дела, маркетинговая сущность здравоохранения ни только не отменяет профилактическую направленность медицины, а предает ей одно из определяющих мест и значений в рыночных отношениях. Медицинские услуги профилактической направленности, целевая функция маркетинговой системы, именуемая диспансеризацией, формирует в сегментированном пространстве рынка медицинских услуг свою определенную нишу.

Исследуя и сравнивая два сегмента рынка медицинских услуг - лечебно-диагностический и профилактический, приходим к заключению, что истинное формирование потребительского спроса в большей степени происходит при предложениях по предоставлению профилактических медицинских услуг, в то время, как целевая функция рынка лечебно-диагностического парадоксальным образом связана со снижением потребительского спроса, т.е. сокращением заболеваемости потенциальных покупателей. Именно объективная обратная зависимость предложений и спроса на рынке медицинских услуг лечебной направленности является специфической сущностью такого сегмента рынка. Его жизнеспособность и необходимость, а отсюда желание производителей медицинских услуг работать на этом сегменте рынка, трактуется и опирается, прежде всего, на твердую уверенность о естественном и практически не уничтожаемом уровне патологических состояний населения, что в свою очередь порождает медицинские потребности.

По своей маркетинговой сущности с экономической заинтересованностью предложения и спрос на лечебные медицинские процедуры входят в противоречие с предложениями профилактических медицинских услуг.

Условия реализации медицинских профилактических услуг требуют эффективной организации информационно-просветительской работы и продаж этих услуг высоко квалифицированными медицинскими сотрудниками. Как показывают исследования, суть медицинской информации в рамках информационно-просветительской (рекламной) и разъяснительной работы в условиях рыночных отношений, коренным образом отличается от подобной деятельности, используемой в классической системе медицинского просвещения, и имеет свою объективную маркетинговую специфику.

Факторами успеха при предложениях по продажи медицинских профилактических услуг является концепция, при которой лечебно-профилактические учреждения (врачебные практики) способны разработать убеждающие методы продаж и демонстраций, и тем самым развеять сомнения и сдерживающие мотивы пациента. Необходимо выделение скрытых качественных характеристик профилактической деятельности. Отсюда, определение стратегических и тактических целей лечебно-профилактических учреждений (врачебных практик) в области маркетинга медицинских профилактических услуг видится в сфере Public Relation (связями с общественностью), создании организационных форм, обеспечивающих основные пути достижения поставленных задач. Подобную деятельность, наряду с самими лечебно-профилактическими учреждениями, в рамках маркетинговых отношений с успехом могли бы осуществить структуры рекламных агенств и PR-агенства. Тривиально, что особая роль в пропаганде здорового образа жизни должна отводиться средствам массовой информации.

Учитывая, что деятельность в области предоставления профилактических медицинских услуг в рамках маркетинговых отношений с экономической точки зрения крайне не предпочтительна для поставщика таких услуг и не всегда положительно однозначна для человека -профилактика заболеваний, сохранение качества жизни должны иметь статус национальной задачи. Необходима поддержка любых конструктивных организаций и объединений граждан, направленных на сохранение здоровья.

Следует согласиться с мнением и поддержать идеи тех, кто предлагает часть прибыли, получаемой от продажи алкоголя, сигарет, игорного бизнеса направлять на нужды профилактики здоровья. Доля затрат на нерентабельную профилактическую медицинскую деятельность должна также учитываться при формировании тарифов на лечебные медицинские услуги.

Заслуживают внимания и становятся крайне актуальными в свете рассматриваемой проблемы маркетинговой сущности медицинской деятельности предложения по структуре системы здравоохранения, в которой были бы предусмотрены три основных направления:

сохранение и укрепление (повышения качества) имеющегося здоровья;

предложение и предоставление медицинских услуг по оказанию медицинской помощи больным и пострадавшим; возврат утраченного здоровья и поддерживание жизни.

С позиций разделения гуманитарной и экономической миссий маркетинговых систем здравоохранения, подобный подход к структуре отрасли вполне логичен: в деятельности по сохранению здоровья, поддерживанию жизни - преимущество отдается гуманитарной миссии, при высоких экономических издержках (данный сегмент рынка крайне не предпочтителен); следует признать, что при поставке на рынок медицинских услуг больным и пострадавшим в рамках рыночных отношений, экономические факторы начинают играть преобладающую роль (в лучшем случае экономическая миссия здравоохранения сравнивается с гуманитарной).

Разделение рынка маркетинговых систем здравоохранения на определенные сегменты, маркетинговые исследования этих сегментов, долевое соотношение уровней спроса и предложений в них - в определенной степени могут характеризовать потребителей медицинских услуг в данном сегменте в соответствии с их состояния здоровья, а так же описать специфичность конкретной системы здравоохранения. Таким образом, маркетинговые системы здравоохранения («рынки здоровья») могут быть однозначно представлены и, в некотором роде, соотнесены с объективными демографическими данными, заболеваемостью и физическим развитием.

Сопоставляя объемы спроса и предложений на рынках здоровья, можно иметь определенное представление об их особенностях.

Профилактическим сегментом рынка здоровья можно назвать такой рынок, на котором преобладают спрос и предложения на профилактические медицинские услуги. Потребителей на этом рынке здоровья характеризует высокая степень качества жизни и желание изменения этой степени в сторону увеличения.

Лечебным сегментом рынка здоровья называется тип рынка, при котором преобладают потребность, спрос и предложения на лечебно-диагностические процедуры, т.е. крайне высока доля потребности и предложений медицинской помощи. Такой рынок в наибольшей степени соотнесен с заболеваемостью и болезненностью населения и в свою очередь подлежит специфической сегментации.

Социальным сегментом рынка здоровья можно условно назвать рынок, при котором предложения медико-социальных услуг направлены на поддержание уровня таких состояний потребителей медицинских услуг, при которых объективно не удается их изменения в сторону повышения качества жизни.

Соотношение профилактического, лечебного и социального сегментов порождает разнообразие рынков здоровья и маркетинговых систем здравоохранения.

Изучение рынков здоровья, в частности выделение и исследования соотношения рыночных сегментов, методологически позволяет соотнести деятельность субъектов маркетинговых систем медицинских услуг. При подобном подходе логично определяются приоритеты предложений и покупательского спроса на определенные наборы медицинских услуг - от профилактических до лечебных. Возникает возможность рассмотреть и ориентировать рынки здоровья на конкретный спрос, будь то индивидуальный потребитель (пациент) либо структуры государственного уровня: местного, регионального, федерального.

По нашему мнению, такова диалектика функционирования маркетинговых систем здравоохранения.

Разделение интересов, (в том числе и финансовых), личности и государства по сохранению здоровья, увеличению степени «качества жизни», обеспечению лечения каждого конкретного человека определяет специфику предложений и спроса на рынке медицинских услуг.

**Список литературы**

1. Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» // Экономика и жизнь, - 1991, №15 - с.2
2. Инструкция «О порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование», от 11 октября 1993 г. № 1018 // Экономика и жизнь, - 1993, №28 - с.12
3. Письмо Исполнительной дирекции Федерального фонда обязательного медицинского страхования РФ от 27.03.97 N 981/23 «О праве бесспорного списания сумм страховых взносов на ОМС»
4. Положение «О порядке уплаты страховых взносов в Феде­ральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования», от 24 февраля 1993 г. № 4543-1//Экономика и жизнь, - 1993,-№5 -с.4
5. Девятеров В.Н. «Интеграция и взаимодействие - путь выживания медицины территорий» // «Medicine for you» Courier. - №25(32) - 2003 - с.5
6. Заседание коллегии минздравмедпрома России «Об организации научно-медецинских исследований в РФ» // «Medicine for you» Courier. - №14 - 2003 - с.12
7. Комаров Ю.М. «В реформах наше будущее» // «Medicine for you» Courier. - №3(35) - 2003 - с.17
8. Пешехонов Ю.В. «Внебюджетные социальные фонды: состояние и перспективы»//Финансы - 2004 - №4 с.28
9. Финансы: учебник/под редакцией В.М.Родионовой // М.: Финансы и статистика, 2000.- 432с.
10. Худайнозаров Н. «ОСМ: будет ли шаг вперед?» // «Medicine for you» Courier. - №2(34) - 2003 - с.11