

References

1. Altaiskii krai nazvan v chisle pyatnadsati regionov Rossii, v kotorykh stabil'no snizhayutsya pokazateli smertnosti [Elektronnyi resurs]. – Elektron. dan. – Rezhim dostupa: http://www.altaregion22.ru/region_news/alt_aiskii-krai-nazvan-v-chisle-pyatnadsati-regionov-rossii-v-kotoryh-stabilno-snizhayutsya-pokazateli-smertnosti_302047.html / - Zagl. s ekrana.

2. Poslanie Prezidenta Federal'nomu Sobraniyu 12 dekabrya 2013 goda [Elektronnyi resurs]. – Elektron. dan. – Rezhim dostupa: <http://www.kremlin.ru/news/19825#sel=50:1,51:27;56:1,56:46;57:1,57:34;61:1,61:29;62:1,62:27;63:1,63:38>. - Zagl. s ekrana.

3. Eremin A.A. Demograficheskaya situatsiya v Altaiskom krae na sovremennom etape (1990–2010 gg.): monografiya. — Barnaul: Azbuka, 2011. - 272 s.

4. Maleeva T.M., Sinyavskaya O.V. Sotsial'no-ekonomicheskie faktory rozhdemosti

v Rossii: empiricheskie izmereniya i vyzovy sotsial'noi politike // SPERO. – 2006. - № 5. - S. 70-97.

5. Kohler H.-P. Low fertility in Europe: Causes, Implications and Policy Options. In F.R. Harris (Ed.): The Baby Bust: Who will do the Work? Who will Pay the Taxes? [Elektronnyi resurs]. – Elektron. dan. – Rezhim dostupa: <http://www.ssc.upenn.edu/~hpkohler/papers/Low-fertility-in-Europe-final.pdf>.

6. Neyer G. Family Policies and Fertility in Europe: Fertility Policies at the intersection of gender policies, employment policies and care policies, [Elektronnyi resurs]. – Elektron. dan. – Rezhim dostupa: <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2006-010.pdf>.

7. Arkhipova I.V. Mediko-geograficheskii podkhod k otsenke komfortnosti klimaticheskikh uslovii regiona kak sredi zhiznedeyatel'nosti cheloveka // Polzunovskii vestnik. – 2005. - № 4. - S. 222-227.



УДК 368.431: 336.2: 63

С.Н. Зайков
S.N. Zaykov

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**PROBLEMS AND PROSPECTS
OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE REFORM**

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, фонды обязательного медицинского страхования, субъекты страхования, качество медицинских услуг, реформа ОМС, заболеваемость населения.

В условиях недостаточного финансирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС), а также для обеспечения высокого качества медицинских услуг актуальным является поиск дополнительных финансовых резервов. В настоящее время система ОМС финансируется за счёт средств субъектов РФ, а также бюджетов муниципальных образований. Главным источником средств ОМС являются федеральные и территориальные ФОМС. Предоставление платных услуг государственными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) подрывает финансовую основу рынка частных медицинских услуг, формируя условия неравной конкуренции для частных медицинских организаций. При этом сокращается объём бесплатных медицинских услуг. Реализация реформы ОМС в России на прямую зависит от экологической ситуации в субъектах РФ и уровня заболеваемости населения, так как высокий уровень заболеваемости создаёт дополнительную нагрузку на все государственные социальные внебюджетные фонды и, в том числе на феде-

ральный и территориальные ФОМС. Изучение экологической ситуации и состояния здоровья населения в г. Заринске Алтайского края показало тесную взаимосвязь экологической ситуации и уровня заболеваемости населения. В условиях всё возрастающей потребности населения на медицинские услуги и нарастающей ограниченности предложения, которая обусловлена дефицитом финансирования, предлагается включить в систему социального страхования всю совокупность экологических финансовых отношений, а именно: регулирование тарифов обязательных социальных страховых взносов в государственные внебюджетные социальные фонды; контроль качества окружающей природной и техногенной среды, включающий экологический аудит; экологическую экспертизу; расширение услуг государственного и корпоративного страхования. Контроль качества окружающей природной и техногенной среды и, как следствие, снижение частоты и тяжести заболеваемости населения являются важнейшим финансовым резервом, необходимым для качественной реформы ОМС.

Keywords: compulsory health insurance, health insurance funds, insurance parties, quality of medical services, compulsory health insurance reform, morbidity rate of the population.

In the context of insufficient funding of the Compulsory Health Insurance and to ensure the quality of medical services, the search for additional financial reserves is a topical issue. The system of Compulsory Health Insurance is currently funded by the constituent entities of the Russian Federation and by municipal budgets. The main source of means of Compulsory Health Insurance is the Federal and Regional Compulsory Health Insurance Funds. Paid services offered by public health institutions undermine the financial basis of private medical services market, creating the conditions of unequal competition for private health care institutions.

Alongside with that the amount of free medical services is reduced. The implementation of Compulsory Health Insurance reform in Russia directly depends on the environmental situation in Russian regions and the morbidity rate of the population since a high morbidity rate creates an additional burden on all public and social off-budget funds, including the Federal and Regional Health Insurance Funds. The study of the environmental situation and the state of health of the population of the City of Zарinsk, the Altai Region, revealed a close interrelation between the environmental situation and the rate of morbidity.

Зайков Сергей Николаевич, к.с.-х.н., доцент, каф. финансов и кредита, Алтайский государственный аграрный университет. Тел. (3852) 62-94-47. E-mail: sien2007@yandex.ru.

Zaykov Sergey Nikolayevich, Cand. Agr. Sci., Assoc. Prof., Chair of Finance and Credit, Altai State Agricultural University. Ph.: (3852) 62-94-47. E-mail: sien2007@yandex.ru.

Введение

Охрана здоровья граждан представляет собой совокупность различных мер государства, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья человека, поддержание его активной, долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Поэтому медицинская помощь рассматривается как часть общей государственной системы охраны здоровья населения [1].

В условиях недостаточного финансирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС), а также для обеспечения высокого качества медицинских услуг актуальным является поиск дополнительных финансовых резервов.

Целью работы являются изучение практики функционирования системы обязательного медицинского страхования в России и поиск дополнительных финансовых резервов для качественной реформы системы ОМС. Для достижения поставленной цели были решены следующие **задачи**: изучены особенности функционирования системы ОМС России, а также причины спада деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), снижения качества и доступности медицинских услуг, рассмотрена зависимость реализации реформы ОМС в России от экологической ситуации в субъектах РФ и уровня заболеваемости населения. Для реализации поставленных задач применялись следующие методы: анализа и синтеза, сбора и обработки информации и др.

Результаты и их обсуждение

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи утверждается ежегодно постановлением Правительства РФ. Программа предусматривает предоставление определенных видов бесплатной помощи

населению, медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, медицинской помощи за счет средств бюджетов всех уровней, а также содержит нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования [2].

Для реализации государственной политики в области ОМС созданы специальные органы – фонды обязательного медицинского страхования. Финансовые средства таких фондов формируются за счет специальных страховых взносов, которые с 1 января 2010 г. уплачиваются страхователями в составе обязательных социальных страховых взносов (ОССВ). Порядок исчисления и уплаты ОССВ установлены Федеральным законом № 212-ФЗ от 24.07.2009 г.

За счет бюджетов субъектов РФ предоставляются: а) скорая медицинская помощь, оказываемая гражданам станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи; б) амбулаторно-поликлиническая; в) стационарная помощь. Последние два вида помощи оказываются в специализированных диспансерах, больницах (отделениях, кабинетах) при определенных заболеваниях, например туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, которые перечислены в Программе. Указанные виды помощи могут предоставляться также за счет бюджетов муниципальных образований.

Объемы помощи, бесплатно предоставляемой гражданам субъекта РФ (региона), определяются исходя из нормативов объема лечебно-профилактической помощи на 1000 человек. Они рассчитываются отдельно по всем видам медицинской помощи. ОМС осуществляется на основе договорных отношений между субъектами данного вида страхования. В качестве таких субъектов выступают:

- застрахованные граждане – работающие и неработающие;

- страхователи – работодатели, индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы и иные категории самозанятого населения, исполнительные органы субъектов РФ, местная администрация районов (городов), муниципальные органы;

- страховщики – федеральный и территориальные фонды ОМС;

- страховые медицинские организации – юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми предусмотренными законодательством формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством (страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения);

- медицинские учреждения – лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), имеющие лицензию, дающую право на оказание медицинской помощи в системе ОМС.

Форма и содержание договора строго регламентированы (формализованы) законом. Стороны не могут ухудшить условия (положения) медицинского обеспечения, предписанные договором. Допускается только улучшение таких условий по отношению к застрахованным гражданам.

Главная проблема системы здравоохранения на современном этапе – неопределенность роли государства, прав и обязанностей врачей и пациентов. Не описан объем публичных обязательств государства по отношению к застрахованным гражданам. Именно поэтому наши сограждане, посещая лечебные учреждения, чувствуют в них себя незащищенными, страдают от поборов и засилья платных услуг.

На решение задачи выполнения государственных обязательств по оказанию населению бесплатной медицинской помощи, создания новых эффективных механизмов в деятельности системы ОМС направлен Проект концепции развития здравоохранения до 2020 г., подготовленный Министерством здравоохранения и социального развития РФ. В соответствии с Концепцией с 2011 г. предусмотрен поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование системы здравоохранения через ОМС, введение персонифицированного учета в системе ОМС, оказание всех медицинских услуг на основе единых медико-экономических стандартов, повышение доступности медицинской помощи, расширение спектра услуг, оказываемых в рамках ОМС за счет внедрения лекарственного страхования, создание конкурентных условий среди ЛПУ.

Система ОМС должна обеспечить увеличение объемов финансирования здравоохранения в соответствии с высокими темпами роста социально-экономического развития страны, а также удовлетворение потребностей населения в получении качественных медицинских услуг [3, 4].

Обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС является одной из основных задач, предусмотренных Уставом ФФОМС. С целью выполнения указанной задачи ФФОМС осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности ТФОМС в рамках базовой программы ОМС [5].

Важным фактором обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС является создание нормативно-методической базы, определяющей порядок и условия направления ФФОМС финансовых средств в ТФОМС на указанные цели. Во исполнение Закона о бюджете ФФОМС в бюджеты ТФОМС ежемесячно направляются средства на выполнение территориальных программ в рамках базовой программы ОМС.

Пилотный проект дал возможность отработать новую модель финансирования здравоохранения в зависимости от исполнения медико-экономических стандартов лечения. В приоритетном порядке разрабатываются стандарты лечения наиболее распространенных заболеваний, наносящих наибольший ущерб здоровью населения [6].

Реализация новой модели финансирования здравоохранения позволит наиболее рационально управлять расходами в системе ОМС и перейти на оплату непосредственно медицинской помощи в соответствии с принципом «деньги следуют за пациентом», а не содержания коечного фонда.

Необходимо законодательно установленный минимальный подушевой норматив территориальной программы ОМС. При этом необходимо обеспечить включение в структуру тарифа на медицинскую помощь за счет ОМС всех затрат лечебного учреждения. Группировку расходных обязательств необходимо осуществлять на уровне территориальных фондов ОМС. Это позволит открыть путь в систему ОМС негосударственным учреждениям здравоохранения, создаст условия для конкуренции и повышения качества медицинской помощи [7].

В целом для бюджетной сферы характерно наличие дефицита выделения средств, которое обусловлено рядом факторов политического, экономического и правового характера. Но и само нахождение здравоохранения на бюджетном содержании по смете является высокочрезвычайным. Емкость потребления пределов не имеет. Сколько бы средств ни было ассигновано на развитие здравоохранения, все они будут освоены [8].

Существовавшее ранее централизованное обеспечение ресурсами, отсутствие механизмов внутреннего накопления основных фондов вступили в противоречие с рыночными принципами формирования бюджетов и бюджетными ограничениями в учреждениях здравоохранения. В этих условиях лечебные учреждения столкнулись с острейшим дефицитом денежных средств и других экономических ресурсов, что неизбежно привело к спаду деятельности ЛПУ как хозяйствующего субъекта [9].

Все вышесказанное, в конечном счете, приводит к снижению качества и доступности медицинских услуг, разрушению материально-технических фондов, недостатку медицинского персонала и другим негативным последствиям.

Уже многие больницы и медицинские учреждения фактически уклоняются от выполнения своей основной миссии – оказания бесплатных услуг населению и стремятся работать на платной основе как предприятия.

Практика оказания платных медицинских услуг бюджетными учреждениями подрывает финансовую основу рынка частных медицинских услуг, формируя условия неравной конкуренции для частных медицинских организаций.

Государственные ЛПУ вкладывают собственные средства в ремонт помещений, материалы и оборудование в весьма ограниченном объеме. В основном это делается за счет средств бюджета. По этой причине государственные и ведомственные учреждения легко побеждают в ценовой конкуренции, занимая весь низ и почти всю середину среднеценового сегмента рынка платных услуг [8].

Сложившаяся ситуация, с одной стороны, препятствует развитию в РФ частной системы здравоохранения, с другой, – оказание платных медицинских услуг государственными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями нередко приводит к сокращению объема медицинских услуг, оказываемых данными учреждениями бесплатно в рамках реализации Программы государственных гарантий [10].

Существующие неопределенности и противоречия в практике функционирования государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения должны быть приняты во внимание при проведении реформ, затрагивающих изменение организационно-правового статуса организаций, оказывающих медицинскую помощь населению [11].

Реализация реформы ОМС в России напрямую зависит от экологической ситуации в субъектах РФ и уровня заболеваемости населения, так как высокий уровень заболеваемости создаёт дополнительную нагрузку на все государственные социальные внебюджетные фонды, в том числе на федеральный и территориальные ФОМС [12, 13].

Исследованиями установлено, что для обеспечения оптимального состояния здоровья населения необходимо соответствующее благоприятное состояние основных сред обитания: атмосферного воздуха, воды и почвы. В свою очередь деятельность человека приводит все к большему ее загрязнению [12-16].

Так, изучение экологической ситуации и состояния здоровья населения в г. Заринске Алтайского края показало тесную взаимосвязь экологической ситуации в городе и уровня заболеваемости населения [14, 15].

В целом уровень загрязнения атмосферы г. Заринска на протяжении последних лет характеризуется как повышенный. Постоянно наблюдаются превышения ПДК по пыли, окиси углерода, окислов азота, фенола и его производных, формальдегида и цианидов.

Состояние поверхностных водоёмов также может оказывать влияние на уровень заболеваемости населения. Так, если воды в р. Чумыш оцениваются как умеренно-загрязнённые, то состояние старичных озёр, расположенных в пределах города, – как эпидемиологически неблагополучное. Соответственно, это вносит существенный вклад в риск развития инфекционных и паразитарных заболеваний. В питьевой воде г. Заринска, особенно из децентрализованных источников водоснабжения, наблюдается повышенное содержание железа, марганца и нитратов, а также пониженное содержание фтора.

Преобладающими в структуре заболеваемости г. Заринска являются болезни органов дыхания (22%). Затем следуют болезни системы кровообращения (18%), мочеполовой системы (10%), пищеварительной системы (8%), костно-мышечной системы (6%), новообразования (2%), прочие (34%).

У детского населения чаще по сравнению с другими возрастными группами встречаются заболевания органов дыхания. Подростки чаще по сравнению с другими возрастными группами страдают заболеваниями пищеварительной и мочеполовой систем [14].

Согласно данным, представленным ЛПУ г. Заринска, в последние годы наметилась тенденция к росту общей заболеваемости населения. Аналогичная динамика общей за-

болеваемости характерна и для всего Алтайского края [14, 15].

В Алтайском крае регистрируется продолжающийся рост заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. Так, в 2011 г. абсолютное число заболевших впервые в жизни составило 9568 человек. Это на 4,8% больше, чем в 2010 г. Выявлено 10696 новых случаев злокачественных новообразований. Об этом на двухдневной российской научно-практической конференции с международным участием «Высокие технологии в онкологии» сообщил главный онколог края Александр Лазарев [16].

Как сообщается на сайте Алтайкрайздрава, на конец 2011 г. контингент больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях края, составил 56601 (в 2010 г. – 54314), из них сельские жители 23407 – 41,4% (в 2010 г. – 38,4%; в РФ – 20,4%). Показатель распространенности злокачественных новообразований достиг 2272,5 на 100000 населения (в 2010 г. – 2180,7, РФ – 1969,0).

По данным исследований повышение уровня заболеваемости раком лёгкого на отдельных территориях Алтайского края обусловлено экзогенными факторами, связанными с повышенным содержанием тяжелых металлов в объектах окружающей среды, а также с радиационным воздействием [16].

Заключение и выводы

В целом современная система ОМС России столкнулась с, казалось бы, неразрешимыми противоречиями всё возрастающей потребности населения на медицинские услуги и нарастающей ограниченностью предложения, обусловленного дефицитом финансирования, неэффективным менеджментом, в частности экономического анализа и планирования, а также рационального использования экономических ресурсов. С другой стороны, существует объективная реальность ежегодного увеличения расходов на оказание медицинской помощи вследствие старения населения, ухудшения состояния его здоровья, появления новых заболеваний, увеличения потребности в медицинской и социальной помощи [10].

Очевидно, что разрешение этого противоречия возможно только посредством включения в систему социального страхования всей совокупности экологических финансовых отношений, включающих как регулирование тарифов ОССВ в государственные внебюджетные социальные фонды, так и контроль качества окружающей природной и техногенной среды, включающего экологический аудит, экологическую экспер-

тизу, расширение услуг государственного и корпоративного социального страхования [12].

Несомненно, что в условиях, когда государство стремится избежать дополнительной налоговой нагрузки (ОССВ нами рассматривается как квази налоги – Авт.), контроль качества окружающей природной и техногенной среды и, как следствие, снижение частоты и тяжести заболеваемости населения являются важнейшим финансовым резервом, необходимым для качественной реформы обязательного медицинского страхования.

Библиографический список

1. Журавлев Ю.М., Секерж И.Г. Страхование и перестрахование. – М.: Анкил, 1995. – 184 с.
2. Архипов А.П., Гомелля В.Б. Страхование. Современный курс: учебник / под ред. Е.В. Коломина. – М.: Финансы и статистика, 2006. – 416 с.
3. Лапасова В.В. Социально-демографические показатели в планировании финансовых затрат ОМС // Актуальные вопросы экономических наук: сб. матер. II Всероссийской науч.-практ. конф. / под общ. ред. С.С. Чернова. – Новосибирск: ЦРНС, Изд-во СИБПРИНТ, 2008. – С. 221-225.
4. Рейхарт Д.В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 10.
5. Логинова И.Л. Распределение финансов в системе ОМС как основа качества медобслуживания населения // Финансы. – 2006. – № 6.
6. Финченко Е.А. Деятельность системы обязательного медицинского страхования в 1993-1998 годах // Российское предпринимательство. – 2008. – № 5.
7. URL: <http://www.medinfo.ru>.
8. Шамшурина Н.Г. Автономная некоммерческая организация и развитие экономических отношений в здравоохранении // Здравоохранение. – 2005. – № 3.
9. Якимов А.А. Проблема правовой природы имущества учреждений, приобретенного за счет внесметных доходов // Юрист. – 2005. – № 6.
10. Стародубов В.К., Тихомиров А.В. Перспективы управления учреждениями здравоохранения в имущественных отношениях // Менеджер здравоохранения. – 2005. – № 3.
11. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил

предоставления платных медицинских услуг населению».

12. Зайков С.Н. Социально-экономическая сущность экологических финансовых отношений // Образование и наука в третьем тысячелетии: сб. науч. тр. / под ред. В.И. Степанова. – Барнаул: Изд-во АГУ, 2003. – Вып. 4. – С. 332-339.

13. Зайков С.Н. Пенсионная реформа и пенсионное обеспечение сельхозтоваропроизводителей и плательщиков единого сельскохозяйственного налога // Аграрная наука – сельскому хозяйству: сб. статей: VI Междунар. науч.-практ. конф. (6-7 февраля 2013 г.): в 3 кн. – Барнаул: Изд-во АГАУ, 2013. – Кн. 1. – С. 261-265.

14. Костырина И.С., Шарлаева Е.А. Экологическая ситуация г. Заринска Алтайского края и её влияние на уровень заболеваемости населения. URL: <http://tele-conf.ru/problemyi-zhiznedeyatelnosti-organizma-iekologiya/ekologicheskaya-situatsiya-g-zarinska-altayskogo-krauya-i-14.07.2009.g>.

15. Фокин А.В. Медико-демографические процессы и развитие системы здравоохранения на этапах формирования индустриально-аграрного комплекса (на примере Заринского индустриально-аграрного комплекса): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новокузнецк, 2008 – 24 с.

16. В Алтайском крае регистрируется рост заболеваемости населения злокачественными новообразованиями URL: <http://www.amic.ru/news/185262/29>

References

1. Zhuravlev Yu.M., Sekerzh I.G. Strakhovanie i perestrakhovanie. – М.: Ankil, 1995. – 184 s.

2. Arkhipov A.P., Gomellya V.B. Strakhovanie. Sovremenniy kurs: uchebnik / pod red. E.V. Kolomina. – М.: Finansy i statistika, 2006. – 416 s.

3. Lapasova V.V. Sotsial'no-demograficheskie pokazateli v planirovanii finansovykh zatrat OMS // Aktual'nye voprosy ekonomicheskikh nauk: sb. materialov II Vserossiiskoi nauch.-prakt. конф. / pod obshch. red. S.S. Chernova. – Novosibirsk: TsRNS, Izd-vo SIBPRINT, 2008. – S. 221-225.

4. Reikhart D.V. Sistema obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya: aktual'nye voprosy i perspektivy razvitiya // Ekonomika zdavookhraneniya. – 2008. – № 10.

5. Loginova I.L. Raspredelenie finansov v sisteme OMS kak osnova kachestva

medobsluzhivaniya naseleniya // Finansy. – 2006. – № 6.

6. Finchenko E.A. Deyatel'nost' sistemy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v 1993-1998 godakh // Rossiiskoe predprinimatel'stvo. – 2008. – № 5.

7. URL: <http://www.medinfo.ru>.

8. Shamshurina N.G. Avtonomnaya nekommercheskaya organizatsiya i razvitie ekonomicheskikh otnoshenii v zdavookhraneni // Zdavookhranenie. – 2005. – № 3.

9. Yakimov A.A. Problema pravovoi prirody imushchestva uchrezhdenii, priobretennogo za schet vnesmetnykh dokhodov // Yurist. – 2005. – № 6.

10. Starodubov V.K., Tikhomirov A.V. Perspektivy upravleniya uchrezhdeniyami zdavookhraneniya v imushchestvennykh otnosheniyakh // Menedzher zdavookhraneniya. – 2005 – № 3.

11. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 13.01.1996 № 27 «Ob utverzhdenii pravil predostavleniya platnykh meditsinskikh uslug naseleniyu».

12. Zaikov S.N. Sotsial'no-ekonomicheskaya sushchnost' ekologicheskikh finansovykh otnoshenii // Obrazovanie i nauka v tret'em tysyacheletii: sb. nauch. tr. / pod red. V.I. Stepanova. – Barnaul: Izd-vo AGU, 2003. – Vyp. 4.- S. 332-339.

13. Zaikov S.N. Pensionnaya reforma i pensionnoe obespechenie sel'khoztovaroproduitov i platel'shchikov edinogo sel'skokhozyaistvennogo naloga // Agrarnaya nauka – sel'skomu khozyaistvu: sb. statei: VI mezhdunar. nauch.-prakt. конф. (6-7 fevralya 2013 g.): v 3 kn. – Barnaul: Izd-vo AGAU, 2013. – Kn. 1. – S. 261-265.

14. Kostyrina I.S., Sharlaeva E.A. Ekologicheskaya situatsiya g. Zarinska Altaiskogo krauya i ee vliyanie na uroven' zaboлеваemosti naseleniya. URL: <http://tele-conf.ru/problemyi-zhiznedeyatelnosti-organizma-iekologiya/ekologicheskaya-situatsiya-g-zarinska-altayskogo-krauya-i-14.07.2009.g>.

15. Fokin A.V. Mediko-demograficheskie protsessy i razvitie sistemy zdavookhraneniya na etapakh formirovaniya industrial'no-agrarnogo kompleksa (na primere Zarinskogo industrial'no-agrarnogo kompleksa). Avtoref. na soiskanie uchenoi stepeni kand. med. nauk. – Novokuznetsk, 2008. – 24 s.

16. В Алтайском крае регистрируется рост заболеваемости населения злокачественными новообразованиями. URL: <http://www.amic.ru/news/185262/29>.

