

УДК 614.2

## Измерение и оценка обеспечения справедливости и равенства в отношении качества медицинской помощи детям

Н.Г. Калева, М.Г. Вербитский, Т.И. Инсарская

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования



Н.Г. Калева



М.Г. Вербитский



Т.И. Инсарская

### Резюме

Оценка динамики качества первичной медико-санитарной помощи 42998 детям в течение 10 лет доказала зависимость качества ПМСП от категории социально-медико-экономического статуса (СМЭС) административно-территориального образования (ТО). Был использован вневедомственный контроль качества медицинской помощи. Распространенность дефектов качества уменьшалась в течение первых пяти лет (2001 – 2005) во всех категориях ТО. В следующие 5 лет (2006-2010) положительная дина-

мика качества ПМСП была только в двух категориях ТО с высоким СМЭС, а отрицательная динамика качества в двух категориях ТО с наиболее низкими СМЭС, включая сельские районы. В данном исследовании установлено нарушение принципа справедливости и равенства в отношении качества медицинской помощи детям.

**Ключевые слова:** равенство, справедливость, качество медицинской помощи, дети.

### Abstract

#### Measurement and assessment of justice and equality security concerning of child health care quality

N.G. Kaleva, M.G. Verbitskiy, T.I. Insarskaya

The Territorial Fund of Obligatory Medical Insurance in Chelyabinsk Oblast

Dynamic assessment of the quality of primary child health care (PCHC) 42998 out-patients during 10 years (2001 – 2010) demonstrated evidence-based depending of the quality of HCHC from category of socio-medical-economic status (SMES) of the territory formation. Out-department methodology of the quality health care control was used. Prevalence of quality defects decrease in all the territory formation during the first 5 years (2001 – 2005). There are

the positive dynamics of the quality of HCHC in two the higher categories SMES territory formations during next 5 years (2006 – 2010) only, but negative dynamics of the quality - in two the lower categories SMES territory formations, including rural. This examination established infringement of equality and justice principle concerning children health.

**Key words:** equality, justice, quality of care, children .

Улучшение здоровья детского населения России относится к приоритетным направлениям деятельности государства, органов и учреждений здравоохранения, системы обязательного медицинского страхования [1,4]. Обеспечение справедливости и равенства имеет ключевое значение в совершенствовании лечебно-профилактической помощи детям и подросткам [8]. В 1984 г. на 34 сессии Европейского Регионального Комитета ВОЗ был достигнут консенсус в отношении Европейской политики здравоохранения «Достижение здоровья для всех к 2000 году» с ее 38 задачами [9]. Задача №1, «Справедливость в вопросах охраны здоровья», предусматривала сокращение к 2000 году различий в состоянии здоровья между странами и отдельными контингентами населения внутри стран на 25%. Преодолению разрыва в отношении здоровья внутри регионов любой страны и равноправию в вопросах охраны здоровья отводится первостепенная роль в первых двух задачах нового основополагающего документа ВОЗ «Здоровье для всех в 21-ом столетии» [10].

В основу этих задач положено убеждение в необходимости справедливого и равного использования ресурсов здравоохранения на благо всего населения. Принцип справедливости и равенства означает: 1) равный доступ к имеющемуся обслуживанию и помощи при равной потребности; 2) равное использование применительно к равной потребности; 3) равное качество медицинской помощи для всех [5].

В России в настоящее время созданы предпосылки для успешного решения данной стратегической задачи. В соответствии с Конституцией РФ, Федеральными законами «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ) и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ) все застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им доступной и качественной медицинской помощи.

Обеспечение справедливости в отношении здоровья и улучшения качества медицинской помощи (КМП) соот-

# ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ



ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ

### ЧТО ТАКОЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ?

Это вид обязательного социального страхования, предоставляющий системе здравоохранения средства, необходимые в определенном виде, направленные на оказание гражданам обязательной медицинской помощи.

### КОМУ ВЫДАЕТСЯ ПОЛИС ОМС И НА КАКИЕ СРОКИ?

- Граждане Российской Федерации, а также лица, временно находящиеся на территории Российской Федерации, имеющие законные основания для проживания в стране.
- Лица, имеющие право на получение медицинской помощи в соответствии с законом «О Полисе», либо выехавшие на срок пребывания в Российской Федерации.
- Выехавшие за границу на территории Российской Федерации иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Россию по приглашению работодателя на срок действия трудового договора.

На территории Российской Федерации действуют только полисы обязательного медицинского страхования.

### В ЧЕМ ОСОБЕННОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ ПОЛИСА ОМС ДЕТЯМ?

Обязательное медицинское страхование детей (до достижения ими возраста 14 лет) осуществляется по желанию родителей (законных представителей и опекунов) и по достижении им совершеннолетия (по желанию застрахованного лица) по выбору одного из родителей или законных представителей.



### В КАКИХ СЛУЧАЯХ ОКАЗЫВАЕТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В РАМКАХ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОМС?

Базовая программа ОМС устанавливается Правительством Российской Федерации. Программу определяют виды заболеваний, перечень страховых случаев, а также перечень лекарств, предоставляемых базовой программой ОМС, перечень медицинских услуг, предоставляемых базовой программой ОМС, перечень видов медицинской помощи, оказываемых базовой программой ОМС, перечень видов медицинской помощи, оказываемых базовой программой ОМС, перечень видов медицинской помощи, оказываемых базовой программой ОМС.

### О ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ОМС

Территориальная программа ОМС – составная часть территориальной программы обязательного медицинского страхования, включающая перечень медицинских услуг, предоставляемых в рамках территориальной программы ОМС, перечень видов медицинской помощи, оказываемых базовой программой ОМС, перечень видов медицинской помощи, оказываемых базовой программой ОМС.

### ВЕРНУТЬ ПОЛИС ОМС

В случае прекращения действия трудового договора с работодателем, выехавшим за границу, либо в случае прекращения действия трудового договора с работодателем, выехавшим за границу, либо в случае прекращения действия трудового договора с работодателем, выехавшим за границу.

### ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА:

- Выбор страховой медицинской организации (СМО) по своему выбору.
- Выбор врача (специалиста) по своему выбору.
- Выбор страховой медицинской организации (СМО) по своему выбору.
- Выбор врача (специалиста) по своему выбору.
- Выбор страховой медицинской организации (СМО) по своему выбору.
- Выбор врача (специалиста) по своему выбору.

### СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС ОМС ЗАЩИЩАЕТ ИНТЕРЕСЫ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА И ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ БЕСПЛАТНОЙ, ДОСТУПНОЙ, КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ВСЕЙ ТЕРРИТОРИИ РОССИИ.

### ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ПОЛИСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ:

- В случае смерти, смены фамилии, пола, даты рождения.
- В случае изменения места жительства.
- В случае изменения места жительства.
- В случае изменения места жительства.

### ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ ЧЕЛЯБИНСКОГО ОБЛАСТНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: 8 800 300 1003



Информационный плакат «Защита прав застрахованных», размещенный во всех поликлиниках Челябинской области (подготовлен Н.Г.Калевой, Т.И.Инсарской, Д.А. Кравченко).



*Муниципальное бюджетное учреждение детская клиническая больница № 1 (поликлиника). Клиническая база кафедры педиатрии факультета дополнительного образования ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (заведующий кафедрой профессор Л.А. Дулькин), г. Челябинск.*

ветствует государственной программе «Развитие здравоохранения», Указу Президента Российской Федерации «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» от 7 мая 2012г. № 598. Необходимость соблюдения данного принципа в здравоохранении и медицине органично вплетается в стратегию «Строительство социальной справедливости», сформулированную Президентом Российской Федерации В.В. Путиным в 2013 г. в Ростове на Дону на форуме движения «Народный Фронт».

Вместе с тем остаются нерешенными актуальные вопросы выявления, измерения, оценки и обеспечения равенства и справедливости в отношении здоровья детей на страновом и региональном уровнях.

**Цель** настоящего исследования определить различия динамики показателей качества амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в территориальных образованиях разных категорий на региональном уровне.

#### **Материал и методы**

Ежегодный анализ динамики показателей КМП детскому населению Челябинской области проведен с 2001 по 2010 годы с выделением двух пятилетних периодов: 2001-2005 и 2006-2010 гг. В первом пятилетии наблюдался ежегодный медленный рост финансирования здравоохранения области из консолидированного

бюджета. Второе пятилетие соответствует осуществлению приоритетного национального проекта «Здоровье», когда резко увеличилось финансовое и материально-техническое ресурсное обеспечение первичной медико – санитарной помощи (ПМСП). Анализ КМП выполнен в 36 административно-территориальных образованиях. В анализ не включены четыре закрытых административно - территориальных образования (ЗАТО), финансируемые из федерального бюджета.

Экспертиза КМП была организована экспертами страховых медицинских организаций (СМО) и проводилась на договорной основе внештатными экспертами, входящими в областной регистр независимых экспертов по специальности «педиатрия», утвержденный совместным приказом Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования (ЧОФОМС) и Министерством здравоохранения Челябинской области. Общее количество экспертиз КМП, оказываемой педиатрами в первичном звене здравоохранения составило 42998, в том числе в 2001-2005 гг. - 21702, в 2006-2010 гг. – 21296.

Экспертиза КМП проводилась по единым методологическим принципам и стандартизированной технологии с применением компьютерной программы «Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса» в соответствии с «Положением об экспертной оценке

Таблица 1

### Структура уровней медицинских организаций в территориальных образованиях с различной категорией социально-медико-экономического статуса

Уровень МО	Категория статуса территориального образования							
	I		II		III		IV	
	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%	а.ч.	%
1-й	21	53,8	1	2,9	-	-	-	-
2-й	18	46,2	32	91,4	26	56,5	-	-
3-й	-	-	2	5,7	8	17,4	18	85,7
4-й	-	-	-	-	12	26,1	3	14,3
Всего	39	100	35	100	46	100	21	100

качества медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования в Челябинской области», утвержденного совместным приказом ЧОФОМС и Минздрава Челябинской области №165/1837 от 09.06.2000 г. При обработке карты экспертной оценки

отмечаются баллы, соответствующие каждому дефекту КМП. При ПД  $\geq 0,04$  применяются финансовые санкции.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS-12. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

#### Результаты и их обсуждение

Для сравнительной оценки КМП населению области нами введено интегральное понятие о социально-медико-экономическом статусе (СМЭС) административно-территориального образования (ТО). Статус ТО определяется на основе следующих характеристик: городской округ, муниципальный район с городским центром, сельский муниципальный район и численность населения.

Выделено четыре категории ТО, которые существенно отличаются по уровню развития промышленного и сельскохозяйственного производства, экономики, образования, здравоохранения и других социальных сфер. К I категории ТО относится областной центр с населением более миллиона жителей (мегаполис), ко II категории – четыре больших городских округа с населением более 100000, но менее 500000 жителей в каждом (Магнитогорск, Златоуст, Копейск, Миасс), к III категории - четырнадцать городских округов и муниципальных районов с населением менее 100000 в каждом, к IV категории ТО – 17 сельских муниципальных районов.

Медико-социальная составляющая ТО характеризуется инфраструктурой медицинских организаций (МО) с разным уровнем медицинской помощи. В 2007 г. совместным приказом Минздрава Челябинской области и ЧОФОМС был утвержден перечень работающих в системе ОМС медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи. Медицинские организации с учетом характеристики ресурсов (кадровые, финансовые, материально-технические, информационные), а также мощности МО по коечному фонду, числу посещений в смену, численности приписного населения были распределены на 1, 2, 3 или 4



Кабинет здорового ребенка ДГКБ №1. Медицинская сестра показывает элементы ухода за ребенком первого года жизни

Таблица 2

### Частота дефектов качества ПМСП детскому населению в территориальных образованиях разных категорий, 2001-2010гг. (1:100 экспертиз)

Категория ТО	ВсегоЭК	Всего ДК		ДК с ПД $\geq 0,04$		ДК диагностики		ДК лечения	
		абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100
I	15924	1954	<b>12,3</b>	719	<b>4,5</b>	201	<b>1,3</b>	320	<b>2,0</b>
II	14278	5846	<b>40,9</b>	1691	<b>11,8</b>	768	<b>5,4</b>	1104	<b>7,7</b>
III	8194	6545	<b>79,9</b>	1908	<b>23,3</b>	648	<b>7,9</b>	1309	<b>16,0</b>
IV	4602	4428	<b>96,2</b>	1370	<b>29,8</b>	371	<b>8,1</b>	997	<b>21,7</b>
Всего	42998	18773	<b>43,7</b>	5688	<b>13,2</b>	1988	<b>4,6</b>	3730	<b>8,7</b>

уровень оказания медицинской помощи, по степени снижения квалификационных критериев. Структура уровней МО в территориальных образованиях разных категорий имеет существенные различия (табл.1).

В инфраструктуре ТО I категории доминируют МО 1-го и 2-го уровней, в ТО II категории – МО 2-уровня, в ТО III

категории – МО 2-го, 3-го и 4-го уровней вместе взятых и в ТО IV категории- МО 3-го и 4-го уровней. В ТО I категории из общего числа 39 МО имеется 17 детских поликлиник и больниц, в ТО II категории из 35 МО – 7, в ТО III и ТО IV детские МО отсутствуют.

Такой подход к оценке инфраструктуры системы здравоохранения выявляет количественные различия в распределении МО по уровню оказания медицинской помощи.

Суммарно за 10-летний период общая частота дефектов качества (ДК) медицинской помощи, частота дефектов с ПД  $\geq 0,04$ , частота дефектов диагностики и дефектов лечения детей достоверно возростала от ТО I к ТО IV категории (Табл.2). Самая низкая частота всех типов дефектов выявлена в ТО I категории. В ТО II категории по сравнению с ТО I категории частота общих дефектов КМП была выше в 3,3 раза ( $p < 0,01$ ), частота дефектов с ПД  $\geq 0,04$  - в 2,6 раза ( $p < 0,01$ ), дефектов диагностики - в 4,2 ( $p < 0,01$ ) и дефектов лечения - в 3,9 раза ( $p < 0,01$ ). Разрыв в КМП по частоте дефектов всех типов становится еще больше в ТО III и ТО IV категорий. Полученные данные свидетельствуют о наличии неравенства и несправедливости в отношении качества ПМСП детскому населению в территориальных образованиях разных категорий.

Расходы на здравоохранение в Челябинской области с 2001 по 2010 г. выросли в 7,1 раза. Обеспеченность участковыми врачами- педиатрами увеличилась с 8,7 до 10,4 врачей на 10 тыс. населения. В участковой службе произошло повышение заработной платы у врачей в 2,6 раза и медицинских сестер в 2 раза. Однако различия в КМП между ТО разных категорий не удалось сократить (Табл.3 и Табл.4).

В период с 2006 по 2010 годы по сравнению с периодом с 2001 по 2005 годы динамика частоты дефектов КМП была неоднозначной в ТО разных категорий. В ТО I и ТО II произошло снижение частоты всех показателей дефектов КМП детскому населению, в то же время в ТО III и IV имело место увеличение общего числа дефектов, дефектов с ПД  $\geq 0,04$ , дефектов диагностики и лечения. В оба пятилетних периода частота всех дефектов



Поликлиническое отделение. Бассейн «Золотая рыбка». Обучение плаванию детей первого года жизни

Таблица 3.

### Частота дефектов качества ПМСП детскому населению в территориальных образованиях разных категорий, 2001-2005гг. (1:100 экспертиз)

Категория ТО	ВсегоЭК	Всего ДК		ДК с ПД $\geq 0,04$		ДК диагностики		ДК лечения	
		абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100
I	8110	1334	16,5	486	6,0	127	1,6	215	2,6
II	8357	4104	49,1	1087	13,0	585	7,0	739	8,8
III	3552	2738	77,1	799	22,5	267	7,5	557	15,7
IV	1683	1102	65,5	347	20,6	125	7,4	228	13,6
Всего	21702	7910	38,7	2350	11,5	972	4,8	1423	7,0

Таблица 4.

### Частота дефектов качества ПМСП детскому населению в территориальных образованиях разных категорий, 2006-2010гг. (1:100 экспертиз)

Категория ТО	ВсегоЭК	Всего ДК		ДК с ПД $\geq 0,04$		ДК диагностики		ДК лечения	
		абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100	абс.ч.	1:100
I	7814	620	7,9	233	3,0	74	1,0	105	1,3
II	5920	1742	29,4	604	10,2	183	3,1	365	6,2
III	4642	3807	82,0	1109	23,9	381	8,2	752	16,2
IV	2920	3326	113,9	1023	35,0	246	8,4	769	26,3
Всего	21296	7701	38,9	2476	12,5	674	3,4	1661	8,4

оказания КМП в ТО II категории была достоверно выше, чем в ТО I. Эти данные свидетельствуют о нарастании неравенства и нарушении принципа справедливости в отношении КМП детям, проживающих в ТО III и IV категорий, а также о неэффективном использовании финансовых и кадровых ресурсов, возникновении феномена субоптимизации [2].

Кривая ежегодной динамики показателей частоты всех дефектов в ТО II, ТО III и ТО IV категорий имела U-образную форму. Приводим динамику частоты дефектов качества с ПД  $\geq 0,04$ , наличие которых является основанием для штрафных санкций (рис.1).

Частота ДК с ПД  $\geq 0,04$  снижалась в ТО всех четырех категорий с 2001 по 2005 г. Однако, с 2006 г. начался парадоксальный рост ДК в ТО II, ТО III и ТО IV категорий. Наиболее выраженный рост наблюдался в сельских муниципальных районах (ТО IV).

Последовательное снижение частоты дефектов без парадоксального роста было в ТО I (областной центр), где

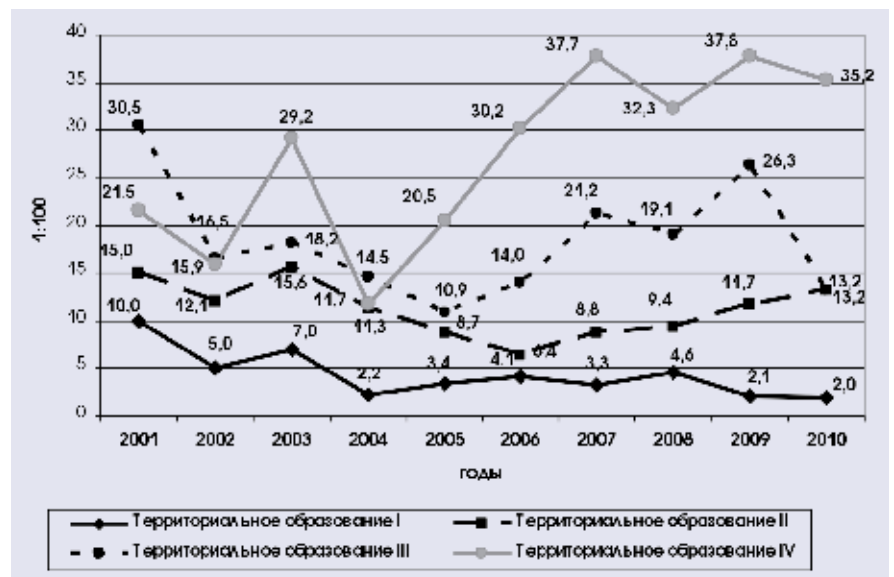


Рис. 1. Динамика частоты дефектов с ПД  $\geq 0,04$  ПМСП детскому населению в территориальных образованиях разных категорий 2001-2010гг.



*Заведующая педиатрическим отделением ДГКБ №1, врач высшей категории И.А. Польшагова проводит комиссионный осмотр ребенка в возрасте 1 месяца*

частота дефектов снизилась в 5 раз: с 10,0 на 100 экспертиз качества в 2001 г. до 2,0 на 100 в 2010 гг. Частота дефектов с ПД  $\geq 0,04$  в ТО IV категории в 2001 г. была в 3 раза выше, чем в ТО I, в 2010г. частота дефектов в этих же сельских районах стала выше в 17 раз, чем в ТО I.

Дети и взрослые, живущие в неблагоприятных социально-экономических условиях сельской местности, имеют более высокие показатели заболеваемости и

процесса для здоровья нации, знать его причины и мероприятия по их устранению. Признание и соблюдение принципа справедливости и равенства имеет фундаментальное значение для оптимизации системы управления качеством в здравоохранении и улучшения здоровья детей и подростков, определяющих здоровье будущих поколений и благосостояние страны [1,4]. Снижение бремени, связанное со здоровьем, неблагоприятных в

смертности, нежели городские жители, находящиеся в более благоприятных социально-экономических условиях [3,6]. Люди, живущие в неблагоприятных условиях и районах, подвергаются наибольшему бремени плохого здоровья и нуждаются в наибольшей по объему медицинской и профилактической помощи. В реальной жизни они менее всех других могут рассчитывать на высокий уровень обслуживания. Данное явление получило наименование «обратного закона медико-санитарного обслуживания» [7].

Полученные нами данные о различии КМП детям в разных территориальных образованиях находятся в соответствии с этим законом. Все должны осознать опасность данного процесса для здоровья нации, знать его причины и мероприятия по их устранению. Признание и соблюдение принципа справедливости и равенства имеет фундаментальное значение для оптимизации системы управления качеством в здравоохранении и улучшения здоровья детей и подростков, определяющих здоровье будущих поколений и благосостояние страны [1,4]. Снижение бремени, связанное со здоровьем, неблагоприятных в социально-экономическом отношении групп населения, имеет большие потенциальные возможности для повышения уровня состояния здоровья населения страны в целом. [3].

Необходима переоценка подходов к управлению качеством в первичном звене здравоохранения с позиций обеспечения принципа равенства и справедливости. Возникают вопросы о целесообразности штрафных санкций в отношении МО в муниципальных районах с низким социально-медико-экономическим статусом. Напротив, речь должна идти о фондах выравнивания, ресурсных инвестициях в эти районы.

Заключение. В условиях роста финансирования регионального здравоохранения и материально-технического пе-



*Отделение эндоскопии, заведующий отделением к.м.н. А.А. Тюрин проводит очередную фиброгастродуоденоскопию*

реоснащения наблюдаются неоднозначные изменения динамики качества ПМСП. В административно-территориальных образованиях с исходно более высоким уровнем социально – медико – экономического статуса наблюдается улучшение качества ПМСП. В муниципальных образованиях с низким уровнем социально – медико – экономического статуса происходит ухудшение качества диагностики и лечения ПМСП, что является проявлением обратного закона медико- санитарного обслуживания. Для улучшения сложившейся ситуации необходимо совершенствование управления КМП, финансовыми, кадровыми, материально - техническими и информационными ресурсами.

#### Литература

1. Баранов, А.А. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации / А.А. Баранов, А.Г. Ильин // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 7-11.
2. Калева, Н.Г. Качество медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе в условиях роста финансирования здравоохранения / Н.Г. Калева // Проблемы управления здравоохранением. - 2008, №1 (38).- С. 20-24.
3. Стародубов, В.И. Проблемы здравоохранения села: коллективная монография / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, К.Г. Дзюгаев с соавт. – М.: Издательский дом Академии Естествознание, 2012. – 208с.
4. Яковлева, Т.В. Основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков/ Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, А.А. Модестов// Российский педиатрический журнал. – 2011. - № 3. – С. 37 - 38.
5. Dahlgren, G. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья / G. Dahlgren, M. Witehead // ВОЗ. ЕРБ.- Копенгаген, 1992.- 56 с.
6. Hanson, M.D. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature / M.D. Hanson, E. Chen // Journal of Behavioral Medicine. – 2007. - Vol. 30. – P. 263-285.
7. Hart, J.T. The inverse care law / J.T. Hart // Lancet.- 1971.- № 1.- P. 405-412.
8. Lampert T, Richter M, Klocke A. Children and adolescents: unequal living conditions, unequal health opportunities. Gesundheitswesen, 2006, 68:94-100.
9. WHO. Задачи по достижению здоровья для всех. Европейская политика здравоохранения. Пересмотренные издания, сентябрь 1991.- Копенгаген.: ВОЗ ЕРБ, 1993. – 322 с.
10. WHO. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. – Копенгаген.: ВОЗ ЕРБ, 1998.- 40 с.

### Для корреспонденции:

**Калева Нина Георгиевна** – к.м.н., советник директора по научно-аналитической работе, Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования.

Адрес: 454091, Челябинск, ул. Мопра, 8а; тел.: 8 (351) 266-38-07; моб. тел.: 8 (922) 716-57-55; e-mail: seneca3@yandex.ru.

**Вербитский Михаил Григорьевич** – директор Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования.

Адрес: 454091, Челябинск, ул. Мопра, 8а; тел.: 8 (351) 264-90-82; e-mail: mail@foms74.ru.

**Инсарская Татьяна Ивановна** – к.м.н., заместитель директора

Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования.

Адрес: 454091, Челябинск, ул. Мопра, 8а; тел.: 8 (351) 264-36-23; e-mail: mail@foms74.ru.

### For correspondence:

**Kaleva Nina Georgievna** – M.D., adviser of director on scientific and analytic work, Chelyabinsk Oblast Fund of Obligatory Medical Insurance.

Address: 454091, Chelyabinsk, Mopra street, 8a, tel.: 8 (351) 266-38-07, mob.tel., 8922-716-57-55; e-mail: seneca3@yandex.ru.

**Verbitsky Mihail Grigorievich** – director of the Chelyabinsk Oblast Fund of Obligatory Medical Insurance.

Address: 454091, Chelyabinsk, Mopra street, 8a; tel.: 8 (351) 264-90-82; e-mail: mail@foms74.ru.

**Insarskaya Tatyana Ivanovna** – M.D., deputy of director of the Chelyabinsk Oblast Fund of Obligatory Medical Insurance.

Address: 454091, Chelyabinsk, Mopra street, 8a, tel. : 8 (351) 264-36-23; e-mail: mail@foms74.ru.