

## **ПРОБЛЕМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ДЕЯКІ ПОЛІТИКО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ**

*Досліджуються деякі політико-економічні аспекти реформування системи охорони здоров'я. Проаналізована роль груп інтересів у процесі реформування. Обґрунтовується необхідність громадського діалогу щодо реформування галузі і ведуча роль у цьому процесі медичної наукової еліти.*

**Ключові слова:** *групи інтересів, політична влада, громадський діалог, політична еліта, національна еліта, медична еліта, лобізм.*

*Исследуются некоторые политико-экономические аспекты реформирования системы здравоохранения. Проанализована роль групп интересов в процессе реформирования*

---

© *ВАСИЛЬЄВА Ірина Василівна* – кандидат філософських наук, доцент, завідувач кафедри Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця

© *МІСЕРЖИ Світлана Дмитрівна* – кандидат політичних наук, старший викладач Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

*ния. Обосновывается необходимость общественного диалога по поводу реформирования отрасли и ведущая роль в этом процессе медицинской научной элиты.*

**Ключевые слова:** *группы интересов, политическая власть, общественный диалог, политическая элита, национальная элита, медицинская элита, лоббизм.*

*The political aspects of reformation of the health protection have been analyzed in the article. The role of the groups of interests in the process of reformation has been studied. The necessity of public dialog concerning reformation of the health protection and leading role in this process of medical scientific elite has been grounded.*

**Key words:** *groups of interests, political power, political elite, national elite, medical elite, lobbyism.*

Проблема охорони здоров'я сьогодні турбує більшість країн світу. Невипадково проблеми здоров'я нації як політичної спільноти, реформування системи його охорони, без перебільшення, займали перше місце під час останніх виборчих компаній, зокрема, у США та Канаді. В Україні проблема оновлення системи охорони здоров'я також давно набула політичного характеру.

Політологічний аналіз проблеми реформування системи охорони здоров'я є вельми складним завданням, незважаючи на його попередню мінливу легкість. Труднощі починаються з визначення предмету аналізу. По-перше, чи може здоров'я розглядатися як політична категорія, тобто інструмент аналізу сфери політичного, при цьому не бути зведеною лише до сфери управління системою охорони здоров'я?

По-друге, в сучасній науці чітко не визначене першочергове завдання політики охорони здоров'я: досягнення доброго здоров'я нації (тривалість життя, рівень дитячої смертності тощо) чи досягнення якісного медичного обслуговування (зокрема, технологічна оснащеність клінік, високий рівень обслуговування, доступність медичного обслуговування)? Адже міцне здоров'я залежить не лише від чинників підконтрольних лікарям та клінікам.

По-третє, чи можливий політологічний аналіз сфери життєдіяльності, яка визначається високим рівнем закритості її інститутів від громадського контролю та *корпоративності* у прийнятті рішень?

Загальновідомо, що політика виникає там, де існує обмеженість ресурсів та, як наслідок, точиться боротьба за їх перерозподіл. Говорячи про ресурси сучасної системи охорони здоров'я, йдеться про вплив на розподіл і контроль не лише над її власне політичними ресурсами, а й над матеріально-технічними, економічними, правовими, кадровими, організаційними, інформаційними, культурно-психологічними. Щодо безпосередньо політичних ресурсів системи охорони здоров'я, то вони формуються на національному рівні, серед них: місце цінності здоров'я і медичної допомоги в загальній концепції соціальних та громадянських прав, обов'язків та свобод (закріплених в Конституції, діючій сукупності правових актів, масовій свідомості та культурі); реальне місце системи охорони здоров'я у пріоритетах державної політики на конкретному соціально-історичному етапі розвитку суспільства і держави; організаційно-правовий статус системи охорони здоров'я та її елементів<sup>1</sup>.

В сучасному суспільстві система соціального контролю концентрується на політичному рівні. Політика перетворилася на основний регулюючий механізм соціального життя, зокрема соціальних перетворень. Те саме стосується й проблеми реформування системи охорони здоров'я, яка давно перейшла у політичну

площину. В свою чергу політизація процесу прийняття управлінських рішень неминуче викликає все більшу кількість міжгрупових конфліктів.

Існують два ключові питання, які стоять перед українською політикою щодо реформування системи охорони здоров'я. Це, по-перше, формування в суспільстві такої системи цінностей, в якій цінності людського життя, здоров'я людини посіли б провідне місце, по-друге, визначення джерел ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я та механізму їх перерозподілу з урахуванням інтересів великої кількості груп інтересів.

Розв'язання першого питання набуває особливої актуальності для молодшої української нації як політичної спільноти. Це питання її життєздатності, зокрема в прямому сенсі. На сьогодні ці показники є одними з найгірших у Європі і характеризуються: масштабністю депопуляції та прискореними темпами скорочення населення; прискореним демографічним старінням та високим, відносно Європи, показником смертності – 16-16,6 на 1000 чол.; низьким рівнем середньої тривалості життя. У чоловіків він на 14, а у жінок на 9 років нижче за країни Західної Європи і становить відповідно 62,0 та 73,9 років. В Україні з 2005 р. намітилася тенденція щодо підвищення рівня смертності немовлят, за рівнем малюкової смертності вона посідає 37-е місце серед 52 європейських країн, за смертністю новонароджених – 40-е місце. Туберкульоз перетворився на реальну загрозу національній безпеці – щороку на нього хворіють понад 40 тис. українців, помирають від цієї недуги понад 10 тис. Одне з провідних місць Україна посідає у Європі за темпами поширення ВІЛ/СНІДу<sup>2</sup>.

Українська політична спільнота лише конструюється. Конструюється інтенсивно, але, як всі сучасні нові політичні ідентичності, вона є нестійкою, з несталими ідентифікаційними зв'язками. Її життєздатність та перспективи значною мірою визначатимуться здатністю сучасної політичної еліти формувати ціннісні орієнтації та настанови, в яких здоров'я та здоровий спосіб життя мають посісти провідне місце. Національна еліта, зокрема й медична, постала перед необхідністю зміни парадигми здоров'я, яка актуалізована світовою економічною кризою. Це безумовно, й криза пануючої культури споживання, яка звела сферу здоров'я до ринку медичних послуг та товарів, погляд на здоровий спосіб життя – до зростаючого споживання цих товарів та послуг, стимулюючи їх неефективне споживання. Філософія споживання ХХ ст. вбачала сенс людського буття в «статусній символіці володіння багатством та культурі насолоджень. Підвищення життєвого рівня та послаблення моральних норм перетворилися на самоціль... Зростання споживання як самоціль створює культ сьогоднішнього моменту...»<sup>3</sup>. Безумовно, без реалізації перерозподілу ресурсів, принципів чесності, рівного доступу до медичних послуг різних соціальних груп зміна катастрофічних показників життєздатності населення України неможлива. Але чи достатньо цього в сучасних умовах, чи створює це позитивний проект особистості, яку суспільство хотіло б бачити і яка б відповідала новим умовам?

На шляху формування системи ідей, яка б віддзеркалювала спільні для суспільства інтереси в сфері реформування системи охорони здоров'я, політична еліта, зокрема й правляча, зіткнеться чи вже зіткнулася з нездоланною для багатьох проблемою – необхідністю публічного обговорення, а також визнання своєї відповідальності за трагічні помилки в галузі політики охорони здоров'я. Прикладом може служити ситуація в США. Так, у 1993 р. адміністрація Б.Клінтона безуспішно намагалася повністю реструктуризувати національну систему охорони

здоров'я. Очолила реформування Х.Клінтон, яка послідовно захищала свої позиції, зокрема під час суспільних обговорень та дебатів. Республіканці, які мали в Конгресі більшість, не підтримали її програму реформування. Але проблема здоров'я нації, як головне питання національної безпеки, набула широкого обговорення й подала в центрі передвиборчої програми демократів у 2008 р. Кандидат в президенти Б. Обама виступив за загальне медичне обслуговування, незалежно від наявності страховки, заради чого він висловив готовність піти на коштовну реформу, яка потребує, серед іншого, й збільшення оподаткування. Таким чином, недбалість республіканців у питанні реформування призвела до втрати ними багатьох голосів.

Отже, налагодження суспільного діалогу в процесі реформування системи охорони здоров'я – це перевірка на зрілість еліти та обов'язкова складова реформування. Зрозуміло, що ідеї, цінності не змінюють історії миттєво, але вони є необхідною прелюдією до перетворень, «оскільки зсуви у свідомості, у системі цінностей та моральному обґрунтуванні штовхають людей до змін їх соціальних відносин та інститутів»<sup>4</sup>.

Що стосується другого питання. Залежно від джерел фінансування, виокремлюють три основні типи систем охорони здоров'я: переважно державна (національна) система; система, яка базується переважно на принципах страхової медицини; переважно приватна система. Вважається, що державна система охорони здоров'я ефективно працює за умови достатніх ресурсів країни. Водночас система, яка базується на принципах страхової медицини, що існує в більшості європейських країн та охоплює 70-80% населення, добре функціонує в умовах різного фінансового забезпечення. Приватна система охорони здоров'я є результативною лише переважно для заможних груп населення<sup>5</sup>.

В умовах тривалого «реформування без реформ» української системи охорони здоров'я, остання сама шукала шляхи саморозвитку та відтворення. Одним з них стала диверсифікація джерел ресурсного забезпечення, що привело до ускладнення системи охорони здоров'я, але це було єдиним шляхом адаптації та запобігання руйнації. Але цю «складність» потрібно норматизувати. Як виявилось, це надзвичайно важке завдання в умовах, з одного боку, зіткнення інтересів великої кількості зацікавлених груп, з іншого – закритості та корпоративності сфери охорони здоров'я. Порядок формування, розподілу та використання грошових ресурсів у сфері охорони здоров'я стає предметом зіткнення інтересів великої кількості суб'єктів політичного процесу.

Забезпечення життєдіяльності української системи охорони здоров'я неможливе без обов'язкового соціального медичного страхування, навіть при збереженні частки державного фінансування та приватних страхових компаній. Ситуація ускладнюється тим, що будь-яка існуюча наукова методологія виходу з економічної кризи передбачає не зростання податкового тиску, а навпаки. Податкове навантаження на працівника та роботодавця не можна назвати легким, в тому числі враховуючи цільові збори. Наприклад, з 2007 р. працюючі громадяни вносили 1-5% доходів до Пенсійного фонду, 0,5-1% – до Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, а підприємства приблизно 35% від своїх витрат на оплату праці – до вищезгаданих фондів разом. Того ж року ставка внеску до Фонду сприяння зайнятості населення для працюючих громадян становила 0,5%, а для підприємств – 1,3% фонду оплати праці<sup>6</sup>.

Будь-який перегляд податкової системи, навіть не з метою збільшення податкового тиску, а й внутрішнього перерозподілу, завжди зіштовхується з опором

груп тиску, які широко використовують лобювання як спосіб впливу на владу. Не будемо ставити питання, чи зацікавлені, наприклад, у впровадженні нового податку працівники та роботодавці, чи зацікавлені у не введенні нового податку, а фінансуванні Фонду медичного страхування за рахунок перерозподілу коштів (через єдиний соціальний податок) чиновники існуючих фондів соціального страхування. Ведомо, що загальну для всіх фондів проблему становить високий рівень адміністративно-організаційних витрат. У 2004 р. на це було використано 1,8 млрд. грн., або 3% усіх видатків страхової системи. У видатках Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та Фонду страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань накладні витрати становили майже 6%, Фонду соціального страхування на випадок безробіття – майже чверть усіх видатків. Істотних змін на сьогодні у зазначених показниках немає. Такі високі показники доводять недосконалість організації та функціонування вітчизняної системи соціального страхування<sup>7</sup>.

Перегляд податкової системи завжди був проблемою, навколо якої було зламано багато списів. Адже податки демонструють свої «лікарські здібності» лише у коректних дозах. Немає кращої ілюстрації впливу груп тиску на процес вироблення політики, ніж державна податкова політика. Ці групи представлені в парламенті, уряді, міністерствах тощо. Їх вплив на сьогоднішні реформаційні процеси в галузі охорони здоров'я складно переоцінити. Тому важко опонувати думці, що, з одного боку, «сили, що породжують несправедливість у системі охорони здоров'я, діють в країнах під контролем уряду», з іншого – що «в більшості урядів міністри охорони здоров'я зазвичай володіють меншою вагою та більш слабкими позиціями на перемогах, ніж інші члени кабінету»<sup>8</sup>.

Серед цих груп тиску, зокрема: групи, які взагалі не зацікавлені ані в державному, ані в страховому фінансуванні медицини, бо їх представники лікуються за кордоном; ті, хто боїться зростання податкового тиску; ті, хто не зацікавлений у перерозподілі страхових ресурсів в бік фонду медичного страхування; ті, хто не хоче детінізації грошових надходжень системи охорони здоров'я (на думку фахівців, тінюві надходження складають більше 3% ВВП<sup>9</sup>) тощо.

Постають й такі питання: чи зацікавлені лікарі у контролі з боку держави за тарифами на медичні послуги та у впровадженні програм, що нададуть пацієнтові право обирати лікаря; чи зацікавлені суб'єкти ринку у контролі за цінами на ліки, зокрема на ті, які надаються за рецептами; чи зацікавлені організації охорони здоров'я, страхові компанії у прийнятті Закону «Про права пацієнтів», який би передбачав можливість відшкодування збитків? Так, на думку Т. Бахтеєвої, керівника Комітету з питань охорони здоров'я ВР України, головна перешкода на шляху реформування системи охорони здоров'я – відсутність зацікавленості, інертність управлінців системи охорони здоров'я всіх рівнів в плануванні та розробці реформ<sup>10</sup>.

Отже, політика в галузі охорони здоров'я – це боротьба перерахованих та інших груп за вплив на процес прийняття управлінських рішень в сфері галузевої державної політики. Це є природною і невід'ємною складовою політичного процесу. Групи інтересів виникають на основі об'єктивно існуючого різноманіття інтересів та запитів людей. Державна політика в будь-який період є рівновагою, досягнутою в груповій боротьбі. Ця рівновага визначається відносним впливом будь-якої групи інтересів. Але... Перенесемо думку відомого американського політолога Томаса Р. Дая на українське підґрунтя і поставимо наступні запитан-

ня. Яким є наслідок того, що лише мала частка українського народу здатна репрезентувати свої інтереси? Що відбувається, коли система зацікавлених груп репрезентує добре організовані, економічно могутні групи виробників, які активно шукають негайних відчутних вигід від уряду? Що станеться, якщо система зацікавлених груп не включатиме абсолютну більшість українців, роз'єднаних в економічному плані споживачів і платників податків, які прагнуть досягти широких політичних цілей на кшталт справедливості, простоти і загального економічного добробуту?<sup>11</sup>

Наслідком цього є те, що Законом «Про Державний бюджет України на 2009 рік» передбачається рівень витатків на медицину – 2,9% ВВП<sup>12</sup> (при оптимістичному прогнозі зростання ВВП на 0,4% та рівні інфляції 9,5%<sup>13</sup>), при рекомендованих ВООЗ 5-6% фінансування від ВВП та застереженні пагубності цього показника менше 3% ВВП. Доречі, ухвалення бюджету – наслідок діяльності лобістських угруповань. Тому закладений в ньому прогноз витатків на охорону здоров'я не завжди корелює з реальними можливостями держави, отже, цей показник можна вважати політичним, який визначає, насамперед, ставлення держави до охорони здоров'я<sup>14</sup>.

Серед визначальних чинників впливу на розвиток системи охорони здоров'я є витрати у відсотках від валового внутрішнього продукту, розмір реальних витатків на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення, частка державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я. В окремих країнах показник витатків на охорону здоров'я у відсотках від ВВП коливається в широкому діапазоні. Так, у США витатки на охорону здоров'я становлять 14,0% ВВП, Швейцарії – 11,6%, Німеччині – 10,9%, Франції – 10,5%, Норвегії – 9,2%, Російській Федерації – 2,9%, Азербайджані – 2,5%, Таджикистані – 1,1%. У розрахунку на душу населення витатки на охорону здоров'я становлять у США – \$5,4 тис., Швейцарії – \$4,1 тис., Норвегії – \$4,1 тис., Франції – \$3,2 тис., Німеччині – \$3,0 тис., Україні – 225,7\$, Російській Федерації – 242,9\$, Азербайджані – 112,1\$, Таджикистані – 11,4\$<sup>15</sup>. Але вплив цих чинників не є лінійним. Якщо взяти ці показники на зламі ХХ та ХХІ століть, то при 14%-х витратах від ВВП США на охорону здоров'я середня тривалість життя американців складала 76 років, рівень дитячої смертності – 6,7 на 1000 тих, хто народився. Аналогічні показники по Німеччині становлять відповідно: 10,7% ВВП; 77 років; 5,1. Переконливими є відповідні дані по Японії – 7,2% ВВП, 80 років, 4,1<sup>16</sup>.

Сучасна система охорони здоров'я є складним утворенням, в якій слід виокремити багато детермінантів розвитку. Цілком слушною є думка, що «без асигнувань щось путне робити неможливо, проте гроші в охороні здоров'я не часто є первинним чинником, вони віддають перше місце розробленій ідеології тієї справи, для якої вони призначаються, тобто цивілізованій організації системи охорони здоров'я... Не варто дивуватись, коли нам натякають на невиконання певних завдань, і ми починаємо шукати виправдання насамперед у недостатньому фінансуванні, тим самим приховуючи дефекти свого управління»<sup>17</sup>.

Тут ми повертаємося до першого питання – якими б різними не були інтереси соціальних груп, чи є сформованою українською політичною елітою система ідей, яка б об'єднувала їх, і як наслідок, чи здатна вона до форм солідарного співробітництва заради загальних інтересів? В цих умовах центральною «проблемою комунального суспільства стає питання про існування єдиної системи цінностей»<sup>18</sup>.

Сучасне суспільство має складну стратифікацію. Демократія полягає в тому, що кожна соціальна група повинна бути почутою. Чи впливає сьогодні громадянське суспільство на визначення стратегії реформування української системи охорони здоров'я? «Воля народу» формується в рішеннях лише в ході суспільної дискусії. Особлива роль у цьому процесі належить медичній науковій еліті. Чи скористається вона можливостями цього діалогу, якому, сподіваємося, буде наданий поштовх – початок широкого обговорення в суспільстві пріоритетної соціальної цінності – життя людини, її здоров'я.

Політична свобода потребує відкритого доступу до інформації, відкритої необмеженої дискусії. Щодо доступу українського платника податків до інформації свідчать наступні дані. За результатами загальнонаціонального опитування, проведеного на замовлення Українського освітнього центру реформ Фондом «Демократичні ініціативи», за самооцінкою 39,3% громадян України знають, що таке страхова медицина, 50,2% – щось чули, але конкретно відповісти не змогли. Згодні сплачувати медичну страховку (в середньому 27 грн. на місяць), аби мати якісні медичні послуги – 41,8% опитаних, 42,4% – не згодні, інші не визначилися. З тих респондентів, хто не готовий платити за страхову медицину, 30,5% не мають на це коштів, 50,1% – не вірять, що їм будуть надані якісні послуги. 12,1% – вважають, що краще платити безпосередньо лікарю, майже 5% – взагалі не хворіють, решті опитаних було важко щось сказати<sup>19</sup>.

Чи готові до широкої суспільної дискусії українські науковці? За даними директора Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України д.м.н., професора Г.О. Слабкого, завдання реформування системи охорони здоров'я населення фактично зробили Український інститут громадського здоров'я науково-методичним центром реформування галузі. «Тільки в 1993–2007 рр. кафедрами соціальної медицини, науково-дослідними інститутами МОЗ України і АМН України виконувалось 356 науково-дослідних робіт. Серед них з управління охорони здоров'я – 9,4%, економіки і фінансування охорони здоров'я – 3,5%, нормативно-правового забезпечення охорони здоров'я – 3,1% ... У цей же час виконувалось 103 дисертаційні роботи ... Кількість дисертаційних робіт змусила організувати другу спеціалізовану раду із захисту докторських і кандидатських дисертацій за спеціальністю «Соціальна медицина»<sup>20</sup>.

Або наукова медична еліта виконає свою суспільну функцію, зокрема доведення необхідної інформації до суспільства, або наша еліта в прагматичному сенсі буде з екранів телевізорів не лише вчити, як правильно «печь пироги, точать сапоги», а й як лікувати. Незважаючи на низький офіційний статус лікаря в Україні (за даними Держкомстату, на червень 2009 р. заробітна плата лікаря складала 1409 грн. при середньому рівні заробітної платні в країні 1980 грн.<sup>21</sup>) він має високий суспільний статус, з яким не можна порівнювати, наприклад, статус політика. Тому вплив лікаря на формування суспільної думки важко переоцінити.

Науковий доробок українських вчених стане або рушійною силою реформування системи охорони здоров'я, або, за висловленням відомого американського вченого і політика А.Гора, одним з сучасних факторів свого роду забруднення навколишнього середовища – великим обсягом інформації, який ніколи не буде використаний, не стане мудрістю<sup>22</sup>. Наукова еліта від медицини повинна стати посередником між державою і громадянським суспільством в цьому довгоочікуваному діалозі.

1. Проблема реформування системи охорони здоров'я перейшла у політичну площину, що супроводжується зіткненням інтересів великої кількості організа-

них груп інтересів – груп тиску. 2. Демократичні механізми реформування передбачають врахування інтересів великої кількості зацікавлених груп, обумовленої складною стратифікацією сучасного суспільства, через налагодження суспільного діалогу, дискусії, відкритого доступу до інформації. 3. Саморозвиток української системи охорони здоров'я визначається диверсифікацією джерел фінансування. Незалежно від того, яка модифікація фінансування системи охорони здоров'я буде обрана, успіх її реалізації потребує визначення системи цінностей, навколо яких відбуватиметься процес інтеграції суспільства, незважаючи на неспівпадіння інтересів, шляхів бачення. 4. Провідна роль у налагодженні діалогу між громадянським суспільством та владою з приводу реформування системи охорони здоров'я належить науковій медичній еліті. Результати, ефективність реформ значною мірою визначатимуться її здатністю виконувати цю суспільну місію.

1. Булкина И.А. Ресурсы современной системы здравоохранения. Социологический анализ // <http://www.ibl.ru/konf/041208/64.html>. 2. Князевич В.М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – №3. – 2008. – С. 23–26. 3. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество. Опыт социального прогнозирования. Перевод с английского. – М.: Academia, 1999. – С. 647–648. 4. Там само. – С. 650. 5. Москаленко В.Ф. Реформування систем охорони здоров'я: сучасний погляд // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – №3. – С. 42. 6. Перетуня Ю.Е., Задоя А.А. Основы экономической теории: Учеб.пособие. – 4-е изд., перераб. и доп. – К.: Знання, 2008. – С. 249. 7. Соціальна безпека: теорія та українська практика: Монографія / І.Ф. Гнібеденко, А.М. Колот, О.Ф. Новікова та ін.. – К.: КНЕУ, 2006. – С. 166. 8. Звернення Генерального директора ВООЗ д-ра Маргарет Чен до Європейського регіонального комітету (58 сесія) // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – №3. – С. 8–9. 9. Підсумкова колегія МОЗ: окреслено шляхи реформування на наступний рік #685 (14) 06.04.2009 // <http://www.apteka.ua/online/28759/> 10. Бахтеева Т. Здравоохранение Украины: игра без правил // Зеркало недели. – № 17. – 16 мая. – 2009. 11. Дай, Томас Р. Основы державної політики: Пер. з англ. Г. Є. Краснокутського; наук. ред. З.В. Балабаєва. – Одеса: АО Бахва, 2005. – С. 239. 12. Бюджет–2009: шокова дієтотерапія охорони здоров'я #673 (2) 12.01.2009 // <http://www.apteka.ua/online/28148/> 13. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2008 р. №1105 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2008 р. № 799» // <http://www.kmu.gov.ua>. 14. Москаленко В.Ф. Сучасні підходи до формування оптимальної моделі охорони здоров'я // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – №1. – С.16. 15. Там само. – С. 17. 16. Гідденс Е. Соціологія. – К.: Основи, 1999. – С. 164; Дай, Томас Р. Цит. праця. – С. 165. 17. Ледоцук Б.О., Уваренко А.Р. Про сучасне уявлення щодо принципу перебудови охорони здоров'я в Україні // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – № 1. – С. 19. 18. Белл Д. Цит. работа. – С. 648. 19. Надії на страхову медицину// Українська газета 18–31 грудня 2008. – № 45. // <http://ukrgazeta.plus.org.ua/article.php?id=322> 20. Слабкий Г.О. Стан і перспективи розвитку соціально-медичних досліджень в Україні // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – № 3. – 2008. – С. 51, 53–54. 21. Державний комітет статистики України // <http://www.ukrstat.gov.ua> 22. Гор А. Земля на чаше весов. В поисках новой общей цели // Новая постиндустриальная волна на Западе. Антология / Под ред. В. Л. Иноземцева. – М.: Academia, 1999. – С. 568.