

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ЗАГАЛЬНОЛЮДСЬКИХ ЦІННОСТЕЙ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕРЖАВИ

Карамишев Дмитро Васильович,

*Національний фармацевтичний університет,
Харківський регіональний інститут державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України*

Удовиченко Наталя Миколаївна,

*Харківський регіональний інститут державного управління
Національної академії державного управління при Президентові України*

Головними ознаками соціальної держави є забезпечення прав і свобод людини, її добробуту, спрямованість на створення умов для гармонійного розвитку, розкриття здібностей і творчого потенціалу, що обумовлює гідне існування в соціумі.

У Конституції України наголошується: “Україна є суверенна і незалежна, демократична, соціальна, правова держава” [1, ст. 1]. “Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави” [1, ст. 3].

Соціальна держава — це такий тип організації суспільного життя, що ґрунтується на пріоритеті соціальних цінностей, найвищою з яких є право людини на гідне життя. Ідея побудови соціальної держави визнається як одна з пріоритетних у сучасній суспільно-політичній думці. Так, її ідеологи Г. Ріхтер, К. Хессе, А. Браун, Д. Ролс, Д. Янkelович і М. Годе розробляли теорію соціальної держави в контексті соціально-філософських і політичних ідей підвищення статусу людини, правової держави, людського виміру суспільства, демократії та гуманізму. Загальнофілософські принципи соціальної держави формують положення про людину як найвищу цінність і сенс громадського буття, про суспільство як середовище, що забезпечує всебічний розвиток і самореалізацію людини.

Концептуальним ядром теорії соціальної держави виступає положення про переорієнтацію правової держави на особистість, її відповідальність за добробут, безпеку і розвиток усіх громадян. Соціальна функція державних структур не повинна обмежуватися турботами лише про незахищені верстви населення, а має бути спрямованою на все суспільство, враховувати весь спектр соціальних вимог і потреб людини [2; 3].

Говорячи про глобальні стратегічні цілі розвитку суспільства, слід визначитися, на яких принципах буде ґрунтуватися ця стратегія. Визнано, що соціальна держава повинна забезпечувати рух у бік досягнення в суспільстві соціальної справедливості, а принцип соціальної справедливості має бути домінантою суспільних відносин.

Для того, щоб це зрозуміти, необхідно більш детально розібратися в потребах членів суспільства. По суті, існує однакова для всіх найголовніша потреба — гідне існування. Прогрес суспільства передбачає створення такої соціальної системи, яка б сприяла найбільш повному та якісному задоволенню потреб людини, стимулювала пошук найкращих шляхів розвитку суспільства.

Критерієм соціальної справедливості в рамках ринкового господарства вважається розподіл продукту або прибутку, з урахуванням необхідності забезпечити гідний рівень існування всім громадянам, у тому числі й тим, які внаслідок об'єктивних обставин не спроможні до вільних змагань на ринку праці [4].

Держава, що сповідує основні соціальні принципи, гарантує соціальний захист громадянина. Соціальна захищеність людини досягається шляхом надання права одержання соціально рівних умов для всебічного гармонійного розвитку здібностей всіх членів суспільства.

Показник співвідношення між платним і безоплатним розподілом споживчих благ характеризує рівень соціальності держави. Соціальні гарантії та економічні стимули повинні перебувати в обґрунтованій, доцільній і несуперечливій взаємодії. Так, Н. Ромашевська виділяє сім груп соціально-економічних нормативів: гарантований рівень мінімальної заробітної плати; пенсійне забезпечення; освіта і професійна підготовка; охорона здоров'я; житлове забезпечення; матеріальна допомога родинам, що мають дітей; споживання культурних благ [5].

Соціальну справедливість не можна віддавати на відкуп ринковим відносинам, тому що нерівність у користуванні суспільними благами переноситься значно гірше, ніж нерівність доступу до платних послуг. Важко знайти пояснення тому, що людина може лишитися засобів для існування лише через те, що ринок не оцінив їх працю на рівні, який дозволяє їй гідно відчувати себе в суспільному оточенні.

Зростання, яке не супроводжується покращанням становища більшості населення, інвестиціями в людський капітал та ліквідацію бідності, не розглядається як розвиток, оскільки воно залишає осторонь більшу частину населення та здійснюється за рахунок останнього [6; 7].

Треба чітко усвідомити, що члени суспільства — це не лише продавці й покупці в умовах жорстокого і деформованого ринку, ці люди, в першу чергу, є громадянами. Тому в певних галузях, таких, як охорона здоров'я, усупереч ринковим механізмам є необхідність державного регулювання для забезпечення соціальних гарантій.

Головним цілісним арбітражним механізмом, здатним забезпечувати рівновагу та розвиток системи відносин “індивід—суспільство”, може виступати лише соціальна держава, де створюються умови для реалізації взаємозв'язків і взаємозалежностей економічного і соціального розвитку в інтересах кожного члена суспільства.

Поняття “соціально-економічний розвиток” має на увазі комбінацію термінів “соціальне” та “економічне”. Там, де є слово “економіка”, виникають асоціації: матеріальне виробництво—ощадливість—працівник—акціонер—споживач—платник податків. Слова “соціальне”, “соціальний” викликають асоціації з людськими цінностями, суспільними інтересами, зі словами: громадянин (член соціуму) — громадянське суспільство та пов'язано із захистом та забезпеченням особистих прав громадян. У поєднанні соціальних та економічних категорій полягає зміст будівництва сучасної системи державного управління, орієнтованого на задоволення потреб усіх членів суспільства.

Розв'язанню проблем формування ефективної соціальної політики в Україні на сучасному етапі державотворення приділяли увагу в своїх працях В. Геєць, Ю. Зайцев, В. Куценко, Н. Куцин, В. Лобас, В. Собченко [5; 6; 7; 8; 9; 10; 11] та ін.

Важливим напрямом соціальної політики кожної цивілізованої держави є охорона здоров'я населення. Тривала системна соціальна криза в Україні потребує здійснення нової державної політики розвитку охорони здоров'я. Мова йде перш за

все про запровадження нової дієвої моделі функціонування системи охорони здоров'я, шляхом просування інноваційних процесів у відповідній системі.

Сутність концептуального мислення, підходу до розуміння тих чи інших інноваційних процесів, тенденцій, закономірностей соціально-економічного розвитку полягає, насамперед, в їх системному сприйнятті та формуванні на їхній основі системного бачення віддалених стратегічних перспектив і результатів розвитку цих процесів, необхідних напрямків їхньої трансформації [12].

Але будь яка модель функціонування системи охорони здоров'я базується на відомих класичних моделях соціальної політики. Для цього спочатку слід розуміти взагалі, які на сьогодні найбільш поширені у світі моделі державної соціальної політики, в чому полягають їхні особливості, а також на яких принципах побудовані відповідні моделі систем охорони здоров'я та які найбільш суттєві відмінності при таманні саме цим системам.

Історично у світі сформувалися різні моделі соціальної політики, кожна з яких, поряд із загальними властивостями, відбиває національно специфічні, соціально-економічні й політичні можливості держави [11].

Так, головний принцип соціал-демократичної або скандинавської моделі полягає в тому, що: соціальне забезпечення — це право всіх громадян, яке забезпечується державним сектором. Фінансове підґрунтя цієї моделі базується на стабільному та високому рівні виробництва. Державний сектор фінансує соціальну сферу через систему оподаткування.

Основним принципом консервативної (континентально-європейської) моделі є страхування під державним наглядом. Система соціального страхування організовується та фінансується “соціальними партнерами” (роботодавці та працівники). Але населення, яке не зайняте постійно або взагалі не працює, змушене розраховувати на місцеві органи та громадські структури.

Ліберальна модель розглядає ринок як найважливішу сферу відносин у суспільстві. Вона відрізняється від консервативної тим, що в ній передбачено соціальне забезпечення залишкового типу, тобто люди повинні бути здатними існувати в суспільстві й без соціального забезпечення.

Сьогодні з великою долею вірогідності можна говорити про конвергенцію розвитку європейських держав у напрямку до спільної моделі соціальної політики, що означає посилення тенденцій до дуалізації соціального забезпечення, за якої ринок праці забезпечує соціальні права зайнятим в ньому, тоді як незайняте населення забезпечується, головним чином, державними та муніципальними інституціями [4; 5].

Доктрина солідарності суттєво вплинула на формування інституту соціального страхування. Зміст терміну “солідарність” (від латинського *solidare* — міцно з'єднувати, зв'язувати) означає взаємозв'язок і взаємну відповідальність індивіда й суспільства [2; 13].

Солідарність опирається на вкорінену в суспільній свідомості моральну установку на взаємодопомогу людей. Найчастіше потреба в цій допомозі відчувається у разі хвороби чи нещасного випадку, але практично завжди це пов'язано з погіршенням стану здоров'я людини.

Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” регламентує охорону здоров'я громадян як систему заходів, спрямованих на забезпечення, збереження й розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості життя [14].

Інше визначення трактує охорону здоров'я як систему заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я кожного громадянина, надання йому адекватної медичної допомоги у разі погіршення або втрати здоров'я [15].

В Україні кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно [1].

Трансформаційні процеси в українському суспільстві вимагають вирішення важливого завдання — створення власної дієвої системи охорони здоров'я шляхом системної перебудови галузі та вдосконалення механізмів її державного регулювання.

В основу нової сучасної парадигми розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я має бути покладено розуміння того, що вона — не збиткова, а пріоритетна та найбільш перспективна сфера. Потрібно перетворити її з соціально витратною на соціально-інвестиційну. Інвестиції в людину, її потенціал набувають стратегічного значення [16].

На жаль, сьогодні, для країн нинішнього пострадянського простору, до яких відноситься й Україна, характерними є внутрішня десоціалізація суспільства, неповага до життя й особистості, брак відповідальності на всіх рівнях. Перебороти неконструктивні риси можна за допомогою вирощування елементів співробітництва й взаємодії, наприклад, застосовуючи технології соціального страхування.

Це пов'язано з тим, що в арсеналі засобів і механізмів соціального страхування є найбільш прості й зрозумілі форми соціальної комунікації на рівні особистісних взаємин (працівник-роботодавець-страхова організація), які покликані захистити людину від ризиків, викликаних ринковою економікою, й адаптувати його до нових вимог життя.

У міру засвоєння й розвитку культури соціального страхування (самовідповідальності та солідарної взаємодопомоги) досягаються й цілі більш високого рівня: зниження тиску матеріального нестатку, підвищення якості життя тощо [17].

Отже, основна ознака сучасної концепції соціального страхування — принцип солідарності, відповідно до якого, сильніший у фінансовому відношенні надає допомогу слабкішому. Це виражається в тім, що внески застрахованого орієнтовані вниктово на його фінансові можливості й вимірюються відсотковою ставкою його трудового доходу. При цьому вік, стать, ступінь ризику захворювання застрахованого та його родинний стан при вирахуванні внеску не враховуються. Таким чином, всі застраховані незалежно від розміру сплачених ними внесків можуть претендувати на однакові виплати у разі настання страхового випадку [18].

Істотними відмінностями системи страхування від інших систем є цілеспрямованість страхового внеску, що може бути використано тільки в суто медичних цілях [19].

Загострення соціальних проблем суспільства на початковому етапі індустріального руху в Європі наприкінці XIX ст. можна вважати головною передумовою виникнення загальнообов'язкового державного соціального страхування.

Сучасні тенденції соціальної політики свідчать про те, що за ступенем справедливості фінансування охорони здоров'я найвищий рейтинг в європейському регіоні мають країни з національною системою охорони здоров'я й системою соціального

медичного страхування. Вони виходять з того, що будь-яка людина, незалежно від її приналежності до активного населення, має право на мінімальну захищеність відносно захворювань, старості чи іншої причини скорочення своїх матеріальних ресурсів.

Національні системи забезпечують гарантований мінімум соціального та медичного забезпечення всім незалежно від їх минулих зусиль по відрахуванню від заробітної платні (“соціальні” пенсії на відміну від “професійних”). Такі системи соціального захисту фінансуються через податки з державного бюджету. У цьому випадку превалює принцип суспільної солідарності, який базується на концепції соціальної справедливості.

Характерним для державних систем охорони здоров’я стало фінансування за рахунок загального оподаткування з наступним державним розподілом зібраних коштів. Національна система охорони здоров’я там, де вона існує, припускає рівні права в одержанні медичної допомоги для всіх громадян, контроль над функціонуванням системи з боку парламенту, прозорість фінансових потоків, підзвітність охорони здоров’я розвинутій громадськості, що становить основи парламентаризму, законності, демократії й громадянського суспільства в країні. Одночасно повинно мати місце високе почуття відповідальності за здоров’я, розуміння його значимості для перспектив розвитку країни, оскільки для податкової системи характерна безадресність, і виконавча влада цілком може витратити бюджетні кошти відповідно до запропонованого нею ж розподілом за законодавчо затвердженими статтями.

У більшості країн Західної Європи охорона здоров’я базується на загальних принципах забезпечення медичної допомоги, її рівної доступності для всіх громадян, заснованої на солідарній участі багатих і бідних, здорових і хворих, молодих і старих, працюючих і непрацюючих, незалежно від місця проживання, тобто на принципах соціального страхування, а також надання якісної медичної допомоги, досягнення високих показників здоров’я й задоволення потреб пацієнтів з урахуванням можливого рівня витрат (йдеться про ефективність медичної допомоги — найкраще співвідношення витрат і результатів) [19].

Орієнтиром останнього десятиріччя і на подальшу перспективу для вдосконалення охорони здоров’я в Європі і в кожній країні — члені Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров’я (далі — ВООЗ) визнано загальноєвропейську політику “Здоров’я для всіх”. Вона передбачає, що всі країни повинні не тільки мати, але й здійснювати політику досягнення здоров’я для всіх людей на державному, регіональному та місцевому рівнях за підтримки відповідних структур. Основна мета політики “Здоров’я для всіх” полягає в забезпеченні справедливості в галузі охорони здоров’я та високої якості життя, а її головний орієнтир — усунення відмінностей у стані здоров’я людей, які зумовлені соціально-економічними чинниками [20; 21].

Охорона здоров’я розглядається багатьма вченими як суспільне благо, коли надання медичної допомоги кожній людині має важливе значення для суспільства в цілому. У свою чергу, така позиція в більшості європейських країн стала частиною традиційного консенсусу відносно важливості дотримання принципу солідарності та всеохоплюючого доступу населення до ресурсів охорони здоров’я. З іншого боку, ринкові важелі за своєю природою засновані на припущенні, що кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку. Крім того, неокласична ринкова концепція потребує проведення чітких відмінностей між такими категоріями, як попит і пропозиція, тобто між покупцем і надавачем медичних послуг.

Однак сучасна система охорони здоров'я передбачає чотиристоронні взаємовідносини між пацієнтом, лікарем, медичним закладом і стороною, яка його фінансує [22; 23].

Згідно з принципом солідарності, фінансові надходження окремих осіб повинні залежати не від стану їхнього здоров'я в попередній період, а від платоспроможності, але медична допомога повинна надаватися незалежно від платоспроможності, а виходячи з потреб у забезпеченні охороною здоров'я [24].

Незважаючи на певні розбіжності між окремими визначеннями терміна “справедливість” стосовно охорони здоров'я, під цим найчастіше розуміють гарантований доступ до певного набору медичних послуг для всіх громадян, незалежно від того, хто оплачуватиме отримання цих послуг [2; 25].

Даний принцип треба закласти як головний у функціонуванні системи охорони здоров'я. Зважаючи на це, держава повинна гарантувати справедливість в отриманні медичної допомоги — тобто забезпечити певний обсяг надання медичної допомоги кожному членові суспільства.

Важливість впливу держави на охорону здоров'я зумовлена, перш за все, тим, що соціально незахищені верстви населення не завжди можуть отримати адекватну медичну допомогу, а отже, державне регулювання процесів, які відбуваються в системі охорони здоров'я, може значно послабити ці негативні наслідки і, навпаки, поліпшити функціональний стан системи.

Роль, яка відводиться ринковим механізмам у соціально-орієнтованій системі охорони здоров'я, залишається суперечливою [26]. З досвіду деяких європейських аналітиків, ринкові механізми можуть спричинити створення умов, за якими уразливі та незахищені категорії населення не будуть мати рівного доступу до якісного медичного обслуговування [27; 28]. Була вказана стурбованість щодо вірогідності того, що породжений ринком індивідуалізм призведе до руйнування колективної відповідальності, на якій заснована легітимність концепції держави загального добробуту [29].

Міжнародна конференція з охорони здоров'я в Нью-Йорку в 1946 р. прийняла Статут ВООЗ, в якому було сформульовано визначення здоров'я, яке після декількох десятиріч стало своєрідною відправною точкою у формуванні політики охорони здоров'я. “Здоров'я — це стан повного фізичного, духовного та соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів” [30; 31].

У статуті головного міжнародного координаційного органу з охорони здоров'я, яким є ВООЗ, зазначається, що володіння досяжним найвищим рівнем здоров'я є одним із невід'ємних прав будь-якої людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного та соціального становища. Уряди є відповідальними за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність потребує проведення відповідних заходів соціального характеру [32].

У визначенні ВООЗ в одну низку з традиційними критеріями здоров'я — фізичним (соматичним) і душевним (психічним) — поставлено також і спосіб життя, якого людина дотримується через соціальні та економічні обставини.

Ю. Лисицин включає у спосіб життя чотири категорії: економічну — рівень життя, соціальну — якість життя, соціально-психологічну — стиль життя й соціально-економічну — уклад життя [33; 34].

Відповідно до вищевикладеного визначення ВООЗ, проблему охорони здоров'я в Україні слід розглядати як соціальну, тобто таку, що стосується всього суспільства, а не лише медичної галузі. Здоров'я громадян — це дзеркало суспільства, і за

охорону здоров'я повинні відповідати всі, починаючи з найвищих органів влади і закінчуючи особисто кожним громадянином.

Таким чином, охорона здоров'я — це соціальна система, основною метою якої є боротьба за здоров'я громадян. З одного боку, це відповідальність щодо запобігання розвитку захворювань і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя. З іншого боку, це система, метою якої є надання кваліфікованої медичної допомоги на основі визнаних світових традицій та сучасних тенденцій, з використанням останніх досягнень науки і техніки. Фактично в цьому полягає основна сутність функціонування системи, оскільки взяти на себе функції надання медичної допомоги та ліквідації хвороб як таких не можуть ні держава, ні громадяни, ні будь-яка інша соціальна система або галузь економіки.

Література

1. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. — К.: Преса України, 1997. — 80 с.
2. Філософський словник соціальних термінів. — Х.: Р.И.Ф., 2005. — 672 с.
3. Coleman I. Foundation of Social Theory. — Cambridge: Mass, 1990.
4. Васина Л.В. Социальное рыночное хозяйство: Слов. терминов. — М.: ИНФРА-М, 1997. — С. 59–60.
5. Социальные ориентиры обновления: общество и человек. — М.: Политиздат, 1990. — 254 с.
6. Зайцев Ю.К. Соціалізація економіки України та системна трансформація суспільства: методологія і практика: Монографія. — К.: Вид-во КНЕУ, 2002. — 188 с.
7. Куценко В. Зміцнення соціальної бази реформи — шлях до подолання бідності // Економіка України. — 2002. — № 2. — С. 33.
8. Гець В. Соціогуманітарні складові перспектив переходу до соціально орієнтованої економіки в Україні / Економіка України. — 2000. — № 1, 2. — С. 4.
9. Куцын Н.А. Путь к процветанию Украины: Размышления неравнодушного к судьбе Родины гражданина. — Х.: Прапор, 1996. — 207 с.
10. Лобас В.М. Теоретичні основи й розвиток державного соціально орієнтованого управління: Автореф. дис. д-ра наук держ. упр.: 25.00.02. — Донецьк, 2004. — 36 с.
11. Собченко В.В. Формування сучасної концепції соціальної політики // Актуальні проблеми державного управління: Наук. зб. — Х.: Изд-во УАДУ (ХФ), 2000. — № 2 (7). — С. 124–132.
12. Волкова В.Н., Воронов В.А., Денисов А.А. Теория систем и методы анализа в управлении и связи. — М: Радио и связь, 1983. — 248 с.
13. Карамішев Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: [Монографія]. — Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2006. — 304 с.
14. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ // ВВР України. — 1993. — № 4. — Ст. 12, 19.
15. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): [Монографія]. — Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2004. — 304 с.
16. Інноваційна стратегія українських реформ / А.С. Гальчинський, В.М. Гець, А.К. Кінах, В.П. Семиноженко. — К.: Знання України, 2002. — 336 с.
17. Рок В.Д. Доктрины и концепции, повлиявшие на формирование института социального страхования // Вестн. гос. социального страхования. — 2005. — №5. — С. 77–80.
18. Михеева Ю.Е. Современный этап реформирования системы здравоохранения Германии // Вестн. гос. соц. страхования. — 2004. — № 2. — С. 74–76.
19. Комаров Ю.М. Организация медицинского страхования в России и за рубежом // Вестн. гос. соц. страхования. -2005. — № 9. — С. 16–23.

20. Ярош Н.П. Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України: Монографія. — К.: Вид-во НАДУ, 2006. — 196 с.
21. Москаленко В.Ф., Пономаренко В.М. Самооцінка здоров'я — складова частина моніторингу європейської політики “Здоров'я для всіх” в Україні // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2002. — № 1. — С. 5–10.
22. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформи системи здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий: Пер. с англ. — М.: Геотар Медицина, 2000. — 423 с.
23. Young D.W., Saltman R.B. The Hospital Power Equilibrium — Physician Behaviour and Cost Control. — Baltimore: J. Hopkins University Press, 1985.
24. Culver A.J. Health, health expenditures, and equity // Equity in the finance and delivery of health care. An International Perspective / Eds. E. Van Doorslaer et al. — Oxford: Oxford University Press, 1993. — P. 299–319.
25. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: Навч. посіб. — К.: Вид-во НАДУ, 2005. — 416 с.
26. McLachlan G., Maynard A. The Public/Private Mix for Health. — L.: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1982.
27. Whitehead M. Is it fair? Evaluating the equity implications of the NHS reforms // Evaluating the NHS reforms / Eds. R. Robinson, J. Le Grand. — L.: King's Fund Institute, 1994. — P. 177–208.
28. Dahlgren G. Framtidens Sjukvardsmarknader [Future Health Care Markets]. — Stockholm: Natur och Kultur, 1994.
29. Diderichsen F. Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden // Health Policy. — 1995. — Vol. 32. — P. 141–153.
30. Устав Всемирной организации здравоохранения // ВОЗ. Основные документы. — Изд. 39-е. — Женева, 1993. — С. 208.
31. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? // J. Clin. Epidemiol.— 1999. — № 52. — P. 355–363.
32. Основные документы Всемирной организации здравоохранения. — Женева, 2003. — 261 с.
33. Лисицин Е.П. Общественное здоровье и здравоохранение. — М., 2002. — 192 с.
34. Рубцов А.В. Здоровье как социальная ценность // Экономика здравоохранения. — 2005. — № 1. — С. 16–21.