

УДК 351.77

**В. І. ШЕВЧЕНКО**

## **ЛЕГАЛІЗАЦІЯ ТІНЬОВОГО РИНКУ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ ЯК МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Обґрунтовано ідею впровадження легалізації тіньового ринку як механізму державного регулювання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я. Доведено, що легалізація тіньового ринку медичної послуги може бути використана як “міст” між ієрархічною побудовою системи охорони здоров'я і ринковими механізмами її розвитку.*

*Being based on the conducted analysis, an author grounds the idea of introduction of legalization of shadow market as to the mechanism of government control of financial resources of the system of health protection. He proves that legalization of shadow market of medical services can be used as a “bridge” between by the hierarchical construction of the health care systems and by the market mechanisms of her development.*

**Ключові слова:** фінансові ресурси, механізми державного управління, тіньовий ринок медичної послуги.

У процесі переходу України до ринкової економіки виникла ситуація, яка вимагає змін в умовах функціонування системи охорони здоров'я. Перебудова економіки охорони здоров'я, з точки зору багатьох науковців, повинна починатися, перш за все, з укріплення фінансової основи галузі, зі зміни загальної схеми фінансування [2; 7; 10]. Як свідчить позитивний закордонний досвід, це має бути багатоканальна система фінансування, де поряд з державними мають залучатись кошти підприємств і організацій різних форм власності з елементами добровільного та обов'язкового соціального медичного страхування [2].

Успіх реформування, досягнення прийняттого рівня медичної допомоги і показників здоров'я населення багато в чому визначаються правильністю вибраної моделі фінансування, адекватною соціально-економічним і політичним умовам та визначення тієї частини національних фінансових ресурсів, яка повинна асигнуватися в систему охорони здоров'я. Розбудова ринку як основа економічної політики держави природно мала б стати основою створення нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, але непослідовність політики держави в проведенні реформування стосовно ринкових перетворень призводить до великої кількості спекуляцій навколо цієї проблеми. Для вироблення механізмів державного управління фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я широко пропонується застосовувати запозичення найбільш вдалого закордонного досвіду [Там же]. Утім, складність його перенесення на національний ґрунт роблять цей

спосіб вирішення проблеми малопродатним. Більш перспективним видається пошук власного оригінального шляху на основі системного аналізу тенденцій розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я.

Спроба визначення типу існуючої моделі фінансування стикається з низкою труднощів [Там же]. Парадокс у тому, що при задекларованому державному фінансуванні [1] в Україні реальний рівень державних видатків на охорону здоров'я в останні роки покриває менше половини існуючої потреби [9]. Українським законодавством передбачено лише два основних джерела фінансування системи охорони здоров'я – виділення певної частки грошових коштів із загальної суми сплачених до державної скарбниці податків та надходження виплат від медичного страхування (лікарняні каси, добровільне медичне страхування та інше) [2; 5]. При цьому більше 80 % від суми коштів, що виділяються бюджетом, йде на утримання галузі, а 20 % витрачається власне на лікування. Додаткові легальні джерела фінансування не перевищують 2-3 % і суттєво не впливають на рівень її забезпечення. Ефективна дія регульованого державою ринку медичної послуги, незважаючи на явні ринкові тенденції, в системі охорони здоров'я не запроваджена. Багатьма експертами визнається той факт, що система охорони здоров'я відносно фінансового забезпечення уже тривалий час знаходиться у критичному стані [4; 7]. Проте, попри існуючі проблеми, система охорони здоров'я функціонує, виконуючи, хоча і викривлено, свої функції. Науковці вважають, що систему охорони здоров'я “дофінансовує” тіньовий ринок медичної послуги [7; 10]. Так, у 1996 р. частка суспільних витрат на охорону здоров'я складала біля 80 %, але скоротилась до 66,4 % у 2000 р. [4]. Якщо взяти до уваги неофіційні дані про масштаб тіньових платежів за послуги та ліки, то питома вага суспільних коштів, залучених за допомогою загального оподаткування, скоротилась до 48 %. За офіційними статистичними даними, за 5 років (1996 – 2000 рр.) доля приватних витрат населення збільшилась з 18,3 до 30,2 %, а з урахуванням неофіційних витрат вона в 2000 р. досягла 51 %. На цей час з урахуванням офіційних і неофіційних даних у структурі існуючих витрат держави та суспільства на утримання системи охорони здоров'я України частина неофіційних витрат перевищує офіційні (51 і 49 % відповідно) [14]. Деякі автори вважають, що обсяги реальних фінансових надходжень від населення до системи охорони здоров'я в 10 – 15 разів вищі, ніж показує офіційна статистика [10].

Завдяки своїм розмірам і майже тотальному проникненню в систему охорони здоров'я тіньовий ринок медичної послуги став об'єктивною реальністю для науковців, фахівців і практичних діячів галузі охорони здоров'я. Як суспільно-економічний феномен, сформований на конкретній території, він несе ментальний відбиток сучасного українського соціуму. Його дію уже не можна не помічати при вивченні державного регулювання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я. Однак серед науковців ще несформована однастиайна думка щодо оцінки його діяльності [7]. Деякі з них вважають дію тіньового ринку вкрай небезпечною для системи охорони здоров'я. Вони пропонують декларативні заходи боротьби з ним [8]. Інші пристають на думку про те, що він виконує компенсаторні функції ірраціонального типу і утримує систему охорони здоров'я від повного хаосу [7]. Одним із шляхів його подолання вони пропонують легалізацію [7; 8; 12]. Системний

аналіз праць вітчизняних учених, присвячених детінізації ринків на Україні, доводить значущість цього процесу для ринкової трансформації суспільства [7; 8; 14]. Популярність ідеї легалізації в науковому світі пов'язана з тим, що її реалізація дозволить залучити і взяти під державний контроль значну частку фінансових ресурсів системи охорони здоров'я, зберігаючи вироблені на національній основі ринкові принципи побудови відношень у системі виробник-надавач-платник медичної послуги. Взагалі спонтанне зародження і існування ринку як механізму суспільно-економічних відносин у ринковому суспільстві сучасними теоретиками лібералізму сприймається як закономірне явище [3; 13]. З точки зору ринкової філософії, він має бути саморегульованим і незалежним від держави [13]. У той же час досвід країн з ринковою економікою доводить, що контроль ринку з боку держави необхідний у соціальній сфері, до якої, зокрема, відноситься система охорони здоров'я [7]. Проаналізувавши науковий доробок вітчизняних і зарубіжних учених стосовно ефективного фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, треба зауважити, що в його основі лежить принцип балансу між часткою виділених національних фінансових ресурсів і часткою фінансових ресурсів, залучених до системи охорони здоров'я ринком медичної послуги [2].

Отже, ідея державного управління фінансовими ресурсами системи охорони здоров'я через механізми легалізації тіньового ринку медичної послуги відповідає напрямку розвитку нашої держави на розбудову ринкової економіки. Проте в науковій літературі з державного управління до теперішнього часу вона не отримала відповідної уваги.

Таким чином, значна роль тіньового ринку медичної послуги у фінансуванні системи охорони здоров'я, з одного боку, та привабливість і значущість останнього як об'єктивно існуючого суспільно-економічного феномена – з іншого, спонукали до наукових пошуків щодо вивчення проблеми його легалізації як механізму державного регулювання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я.

Метою роботи є аналіз тіньового ринку медичної послуги з точки зору можливості на основі його легалізації вироблення механізмів державного регулювання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я.

Легалізація тіньового ринку медичної послуги розглядається нами не як його звичайне визнання державною, а як процес реалізації суспільних інтересів у системі охорони здоров'я через задіяння механізмів державного управління. Кінцевою метою регулювання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я повинно стати не тільки їх фактичне збільшення, а й ефективне використання. Зрозуміле і те, що існує зв'язок між ресурсами системи охорони здоров'я. Тому, маючи на увазі фінансування, доцільно спробувати прослідкувати, як недоліки регулювання цього ресурсу в існуючій системі охорони здоров'я призводять до погіршення якості інших ресурсів.

Розглядаючи тіньовий ринок медичної послуги як відкрити соціально-економічну систему, в його структурі можна виділити такі елементи: виробників медичних послуг, отримувачів медичних послуг і медичну бюрократію, яка з деякими нюансами може претендувати на роль надавачів медичної послуги. В якості виробників медичної послуги на ньому виступають лікарі. В якості отримувачів

медичної послуги – пацієнти. В якості медичної бюрократії можуть виступати лікарі, організатори і функціонери державної системи охорони здоров'я, можновладці різних рівнів. Створюючи систему “виробник-надавач-отримувач медичної послуги”, вступаючи в ринкові відношення, кожен із діючих осіб тіньового ринку, нехтуючи своїми збитками, прагне знайти вигоду. Надсистемним утворенням або системою вищого порядку є суспільство. Аналіз тіньового ринку з надсистемних позицій суспільства за критерієм якості використання фінансових ресурсів показує таке.

Тіньовий ринок медичної послуги формується стихійно. Стихійні ринки, як відомо, характеризуються своєю неефективністю [8; 11]. Так, дією тіньового ринку зумовлено вкрай неефективне та нераціональне використання обмежених бюджетних ресурсів. Незважаючи на суспільні потреби, біля 80 % усіх бюджетних коштів витрачається на утримання та обслуговування високовартісної, але більш комерціалізованої, спеціалізованої стаціонарної допомоги [4]. Потерпають сектори, в яких комерціалізація ускладнена. Недосконале функціонування ринку не приводить до задоволення суспільної потреби. Велика частка ресурсів системи охорони здоров'я направляється на другий і третій рівень надання медичної допомоги [6], у той час як первинної допомоги потребують 80 % пацієнтів. Розвитку її пропозиції не відбувається. Формується виражений перекис не на користь первинної ланки між обсягом виробництва і суспільними потребами, що призводить до зниження ефективності використання фінансових ресурсів системи охорони здоров'я та загострення проблем у сфері надання первинної медичної допомоги.

Двозначна ситуація з декларуванням державного фінансування галузі при фактичній наявності тіньового ринку медичної послуги не дозволяє раціонально використовувати людські ресурси. Розвиток людського потенціалу перетворюється на статтю витрат, а не інвестицій [9]. Існування неконтрольованого тіньового ринку медичних послуг приводить до того, що з'являються спеціальності, які “вигідні” і які “невигідні”. Тобто такі, що інтегровані в тіньовий ринок, і ті, що знаходяться поза межами його дії. Створюється спотворений ринок робочої сили. Диктат виробника при монополії на медичні послуги формує невисокі вимоги до професійних якостей фахівців – дійових осіб ринку. Не діє підхід до підбору кадрів за умови здорової конкуренції: “...компанії, які ефективно реалізують функцію керування людськими ресурсами, як правило, досягають більш високого рівня прибутковості і фінансового зростання, ніж їх конкуренти” [9]. Попит на залучення працівників створюється з боку робітника, а не роботодавця. З іншого боку, сектори медичної галузі, що виключені з “ринку”, потерпають від недофінансування. Низький рівень заробітної плати лікарів, відсутність інших видів стимулювання в цьому секторі призведе до відтоку кадрів. У системі охорони здоров'я виникає, на перший погляд, парадоксальна ситуація: при дефіциті робочих місць відмічається дефіцит кадрів.

Для медичного ринку характерне формування економічного інституту локальної природної монополії в рамках конкретної території [3]. Для тіньового ринку теж притаманне формування монополії, або олігополії на медичні послуги [3; 11]. Ціна послуги на олігопільному тіньовому ринку медичної послуги

формується в умовах недосконалої конкуренції і призводить до цінової дискримінації. Вона частіше за все перевищує граничний дохід  $P > MR$  [3]. Спеціалізована допомога на медичному тіньовому ринку приносить надприбутки, порушуючи державний принцип захисту споживчих можливостей пацієнтів. В умовах монополістичної конкуренції об'єми виробництва зменшуються, а середні сукупні витрати і ціна збільшуються [3; 11]. Вироблення меншого об'єму продукції, якою є медична послуга, за більш високими цінами підкреслює неспроможність сформованого ринку. Якщо в умовах досконалої конкуренції  $P = MC$ , то при монополістичній конкуренції  $P > MR$  [3]. При монополній конкуренції виникає неповна загрузка виробничих потужностей. Надлишкові потужності є платою за диференціацію продукту [Там же]. Це є однією із причин, наприклад, нераціонального використання ліжкового фонду.

З монополістичністю ринку медичної послуги пов'язана бюрократизація керівного апарату, ослаблення стимулів до інновацій та ризику взагалі. Цю тенденцію Х. Лейбенстайн визначив як  $X$  – неефективність [3; 11].  $X$  – неефективність з'являється завжди, коли фактичні витрати при будь-якому об'ємі виробництва вище середніх сукупних витрат. Прошарок інертної в інноваційному аспекті медичної бюрократії по відношенню до тіньового ринку відіграє роль надбудови. Вона формально не залежить від діяльності тіньового ринку, зберігаючи суттєві важелі впливу на його дієвих осіб. По-перше, це пов'язано зі стимулюванням і підтриманням тіньової конкуренції. По-друге, це – скрите інвестування в комерціалізовані сектори системи охорони здоров'я, що відображається в перерозподілі бюджетних фінансових ресурсів для отримання власної вигоди без урахування потреб суспільства.

Дуже важливою є загострення проблеми, яка притаманна взагалі ринку медичних послуг [7; 11], а саме: проблеми асиметрії інформації. В умовах інформаційної асиметрії відбувається порушення парето-ефективності ринку. Добробут виробника медичної послуги будується завдяки утиску пацієнта. При цьому лікар не несе ніякої відповідальності за неякісне лікування. Невтручання держави у функціонування тіньового ринку призводить до того, що пацієнт стає незахищеним від свавілля лікаря.

Наслідками дії тіньового ринку є те, що державний медичний заклад стає розмінною монетою в суперечці між громадянами і державою стосовно якості медичної послуги. Усі негаразди економічної політики, зниження рівня життя, погіршення екологічної ситуації і пов'язане з цим погіршення здоров'я та зниження його споживчої вартості у свідомості громадян асоціюються з діяльністю державного медичного закладу. Складність ситуації полягає в тому, що керівник закладу, діючи в умовах ринкової економіки, повинен боротися за зниження собівартості медичної послуги і підвищення її якості. В умовах тіньового, тобто ігнорованого державою ринку, йому це не вигідно. Як приклад, фінансування на один ліжкодень у державному закладі регіонального рівня становить 0,04 грн [6]. Собівартість утримання ліжка, виходячи з фактичних витрат з бюджету лікарні за рік, складає 11 грн на добу. Середній термін перебування на ліжку в стаціонарі становить приблизно 14,5 днів [12]. Отже, перебування на койці хворого для держави

обходиться в 148,5 грн. Із них 0,54 грн іде дійсно на лікування пацієнта і 5 грн на його харчування. Залишок становлять витрати на заробітну плату медичному персоналу, покриття затрат на оплату енергоносіїв, заробітну плату обслуговуючому персоналу та інше. Формується досить затратний механізм надання медичної послуги, що вимагав би від керівника в цивілізованих ринкових умовах прийняття заходів зниження її собівартості. У реальній ситуації ігнорування ринку керівник закладу в цьому економічно не зацікавлений. При задекларованій безоплатності медичної послуги всі витрати на себе бере держава. Нема ніякого сенсу вводити енергозберігаючі технології для утримання лікарняного господарства тому, що статті по оплаті енергоресурсів “захищені”. Навіть якщо виникне по них економія, то вона буде перерозподілена на користь інших лікувальних закладів, бодай, якщо вони не є дуже економними. Спроби знизити собівартість за рахунок зменшення штатів, беручи до уваги те, що „відмічається нераціональне співвідношення між кількістю лікарів і середнього медичного персоналу, що складає в Україні близько 1:3, як у розвинутих країнах становить 1:5 – 1:7” [10], теж ні до чого не приводить. По-перше, це неможливо, бо спричинить порушення наказу № 33 МОЗ України від 23.02.2000 р., в якому йдеться про регламентацію штатів лікувальних закладів [6]. По-друге, це вкрай не вигідно для керівника, тому що обмежує засоби його впливу на підлеглих. Штатні одиниці і фінансування під них перейдуть до іншого лікувального закладу [5]. Скорочення фонду заробітної плати при систематичній його недостатності ще більше зменшить можливості керівника в стимулюванні праці робітників. Наприклад, неможливо буде планувати доплати за інтенсивність, оперативну активність тощо.

Проблемою існуючого тінювого ринку для пацієнта є нерівність у можливості отримання медичної послуги. Державні програми, направлені на підтримку малозабезпечених верств населення, у більшості випадків не підтримуються фінансуванням [10], а гроші, виділені за цими програмами, використовуються неефективно. У викривлених ринкових умовах переважають прямі платежі. Якісну спеціалізовану і високоспеціалізовану допомогу без оплати отримати важко. Увесь тягар проблем, пов’язаних з лікуванням платонеспроможних громадян, переноситься на первинну ланку медичної допомоги, яка фінансується вкрай погано.

Таким чином, характерною рисою тінювого ринку медичної послуги є те, що він загострює всі недосконалості цивілізованого медичного ринку. Знаходячись поза державним управлінням, сформований ринок тінювої медичної послуги не в змозі ефективно виконувати суспільно значущі функції, які притаманні повноцінному ринку в ринковому суспільстві: інформаційні, регулюючі та сануючі.

Для запропонування конкретних державних механізмів легалізації тінювого ринку задля регулювання фінансових ресурсів системи охорони здоров’я на основі проведеного аналізу конкретизуємо збитки і проведемо аналіз вигод для його дійових осіб.

Серед збитків, які несе ринок, зазначимо такі. Для пацієнтів існування тінювого ринку медичних послуг призводить до подорожчання лікування, порушення принципу корисності і рівності надання медичної допомоги. Для лікарів тінювий

ринок обертається спотвореним ринком праці, негативною мотивацією в некомерціалізованих секторах, залежністю від медичної бюрократії. Менше за все зисків у медичній бюрократії. Усе ж треба відмітити велику залежність медичних менеджерів від кон'юнктури вищих ланок управління, загрози, пов'язані з криміналізацією, відсутність можливості до цивілізованого кар'єрного зростання.

Серед вигід виділимо такі. Вступаючи в ринкові відношення, лікарі прагнуть максимально вигідно продати свої здібності. Їх приваблює те, що вони можуть конкурувати з приватним сектором, зменшуючи собівартість послуги за рахунок заощадження на податках, витратах на ліцензування тощо. Лікарі можуть не вкладати в собівартість послуги амортизаційні затрати, ціну устаткування та приміщення. Їх приваблює легкий вхід на ринок і відсутність жорсткого фінансового контролю, гнучке ціноутворення. Немаловажним є можливість заощадження коштів на рекламі та тратах, пов'язаних із просуванням послуг на ринку.

Пацієнтам імпонує те, що ринок дозволяє реалізовувати їх право вибору та обходити бюрократичні бар'єри на шляху отримання медичної послуги. Для них дуже важливо те, що в системі "виробник-надавач-платник" редукується середня ланка, тобто пацієнт взаємодіє з лікарем без посередників. Це знижує трансакційні трати пацієнта, приводячи до здешевлення для нього медичної послуги.

Найбільші вигоди з функціонування тіншового ринку має медична бюрократія. На тіншовий ринок медичної послуги вона чинить перманентний регулюючий вплив, уникаючи загальних ринкових ризиків. Як правило, вона виконує роль організатора і арбітра цього ринку. Медична бюрократія підміняє менеджерську ланку і ланку державного управління, що існує в цивілізованому ринку медичної послуги, але виконує ці функції з малою ефективністю.

Підсумовуючи аналіз зисків і вигод, треба зазначити, що існування тіншового ринку свідчить про те, що його зиски менші, ніж користь для кожного із діючих осіб, але для суспільства взагалі тіншовий ринок медичної послуги є вкрай небажаним явищем. Судячи з цього, легалізація тіншового ринку медичної послуги може стати ефективним механізмом державного управління фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я, якщо в її основу буде покладено принцип збереження всіх позитивних, з точки зору ринкової економіки, рис та нівелювання негативних для суспільства наслідків його діяльності. Вектор вироблення державного механізму легалізації тіншового ринку має вибудовуватись у площині запровадження перехідних господарських структур, широкого застосування контрактних відносин, співучасті держави і лікарів у створенні квазісуспільного продукту – медичної послуги на тлі посилення державного контролю за її якістю.

Таким чином, можна стверджувати, що об'єктивне ставлення до тіншового ринку з урахуванням його позитивних сторін і недосконалостей при розробці механізмів державного управління фінансуванням системи охорони здоров'я може стати "містком" між залишеною у спадок ієрархічною системою охорони здоров'я зі спотвореною моделлю фінансування і медичним квазіринком, діючим у цивілізованих європейських країнах. Механізми державного управління, які приведуть до легалізації ринку, мають усунути виявлені в результаті аналізу негативні суспільні наслідки його існування, що зрештою, повинно підвищити ефективність

використання фінансового ресурсу системи охорони здоров'я.

Одним із запропонованих на основі проведеного аналізу кроків у напрямку легалізації тіншового медичного ринку може бути широке введення в господарську практику лікарів – приватних підприємців. Для цього потрібно законодавчо, на державному рівні, створити умови лікарям, які мають високий професійний фах, наприклад вищу кваліфікаційну категорію, займатись приватною діяльністю на базі державного лікувального закладу. Дозволити їм об'єднуватись у кластерні групи на контрактно-договірному принципі. Звільнити їх від сплати податків і арендної плати. Але при цьому їх заробітня платня має складатись із базового мінімального рівня і грошей, отриманих за результатами підприємницької діяльності. Керівником лікувального закладу мусить бути менеджер, оплата праці якого включатиме базовий рівень і плати лікарів-приватних підприємців, пов'язаних з ним контрактно-договірними відносинами. Державне фінансування лікувального закладу має відбуватися за принципом реальної, а не запланованої потужності, тобто держава не повинна переплачувати за медичну послугу. Ці та інші державні механізми на фазі впровадження природньо матимуть як сторонників, так і противників серед медичної спільноти. Вони потребують досконалого вивчення наукою державного управління і мають лягти в основу подальших наукових пошуків.

#### Література:

1. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К. : Основи, 2004. – 15 с.

2. *Авраменко Н. В.* Механізми фінансування системи охорони здоров'я України / Н. В. Авраменко // Теорія та практика державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2009. – Вип. 2 (25). – С. 187–191.

3. *Бойко М.* Неокласична модель чистої монополії / М. Бойко. – М. : ІМЕМО, АНСРСР, 1990. – 156 с.

4. *Бугайцов С. Г.* Державне управління у сфері медико-соціальної допомоги термінальним хворим / С. Г. Бугайцов // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2008. – Вип. 1 (33). – С. 221–228.

5. Бюджетний кодекс України. – Х. : Одиссей, 2004 – С. 10–16.

6. Збірник нормативно-директивних документів для керівників медичних закладів. – К., 2005. – 184 с.

7. *Камінська Т. М.* Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я / Т. М. Камінська // Економічна теорія. – К., 2006. – № 3. – С. 17–24.

8. *Мазур І. І.* Дегінізація економіки України: теорія та практика : [монографія] / І. І. Мазур. – К. : ВПЦ “Київський університет”, 2006. – 329 с.

9. *Мартиненко В. Н.* Проблеми лідерства і кадрові технології / В. Н. Мартиненко. – Х., 2006. – 223 с.

10. Матеріали міністерства охорони здоров'я до проекту резолюції парламентських слухань на тему: “Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв'язання” // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я, 2005. – № 7 (54). – С. 115–121.

11. *Нікольський Ю. В.* Основи економічної теорії / Ю. В. Нікольський. – К. : ЦУЛ, 2003. – 539 с.



12. Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів. – К., 2003. – 356с.
13. *Шамхалов Ф. И.* Философия бизнеса / Ф. И. Шамхалов. – М. : ЗАО “Издательство “Экономика”, – 2010. – 381 с.
14. *Шелудько Н. М.* Проблеми тіньової економіки в Україні / Н. М. Шелудько. – Фінанси України. – 2002. – № 9. – С. 80–87.

*Надійшла до редколегії 29.06.2010 р.*