

УДК 351.368

М.И. Казнова, доцент, канд. экон. наук

Севастопольский национальный технический университет

ул. Университетская, 33, г. Севастополь, 99053

E-mail: root@sevgtu.sebastopol.ua

СТРАХОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В УКРАИНЕ

Рассматривается зарубежный опыт страховых отношений в странах с развитой рыночной экономикой. Обосновывается необходимость его использования и предлагаются способы реформирования финансового обеспечения медицинского страхования.

Актуальность и постановка проблемы. Важную роль в финансовом обеспечении социальной сферы играет страхование. Наиболее успешно, исходя из опыта стран с развитой рыночной экономикой, страховые отношения развиваются в сфере здравоохранения. Системы здравоохранения, существующие в мире, определяются характером их финансирования. Государственная система предусматривает финансирование из бюджета на трехсторонней основе – государство, целевые взносы работодателей, взносы работников, – и максимальную централизацию; частная (платная) – финансируется из собственных средств населения, при этом контроль осуществляет лечебная ассоциация. Каждая система имеет свои недостатки и преимущества, и выбор одной из них или сочетание нескольких в одной стране зависят от многих факторов. В настоящее время на Украине функционирует государственная и частная системы. Появление последней объясняется неудовлетворительным функционированием первой. Нехватка бюджетных ассигнований, низкий уровень и задержка заработной платы медицинскому персоналу привели к ограничению перечня бесплатных услуг, низкому качеству и неэффективности методов лечения. Однако и уровень предоставления платных услуг остается невысоким.

Нерешенные части проблемы. Соотношение государственной и частной систем здравоохранения не отвечают потребностям разных слоев населения. Для ее реформирования необходимо сочетать различные источники финансирования, которые учитывают потребности разных слоев населения. Зарубежный опыт свидетельствует, что система медицинского страхования является дополнительной и достаточно эффективной для обеспечения медицинской помощи населению.

Внедрение этой системы позволяет формировать фонд денежных средств, из которого в будущем будут финансироваться медицинские услуги. Источниками страховых медицинских взносов во многих странах являются государственные бюджетные средства, средства предприятий, средства граждан. Такое распределение отражает интересы и ответственность сторон в сохранении здоровья каждого члена общества.

Цель статьи. Необходимо проанализировать зарубежный опыт, выявить преимущества и недостатки медицинского страхования в развитых странах и возможность его использования на Украине для создания эффективной системы финансирования медицинских услуг.

Изложение основного материала. В настоящее время для стран с развитой системой страхования здоровья поступления средств в фонд медицинского страхования от государства составляет в среднем около 80 %, от предприятий – 15 %, от граждан – 5 %. Система медицинского страхования – эффективный механизм финансирования медицинских услуг населению. Эффективность обеспечивается тем, что учреждения, оказывающие медицинские услуги, должны зарабатывать средства в условиях конкуренции.

Согласно рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, для стран Центральной и Восточной Европы в общем объеме финансирования здравоохранения доля бюджета должна составлять около 60 %, платных медицинских услуг – 10 %, медицинского страхования – 30 %. Следовательно, доля медицинского страхования составляет 1/3 часть в источниках финансирования.

Формы страхования здоровья разнообразны и определяются основными источниками финансирования, условиями страхования, характером услуг, организацией их предоставления. В каждой стране действует несколько систем страхования здоровья. Особенно разнообразны и многочисленны они в США, причем страхованием охвачены практически все слои населения [1].

Граждане США охвачены индивидуальным и семейным страхованием здоровья в основном за счет коллективного страхования работодателями (законом предусматривается обязательное страхование здоровья предпринимателями работников при их количестве не меньше 25 лиц), национальных (государственных) программ (Медикер – для граждан пенсионного возраста старше 65 лет; Медикейд – для малообеспеченных лиц), общественных палат штатов, обществ, университетов, а также частного страхования. В настоящее время от 85 % до 90 % всего населения США охвачены одним или несколькими видами страхового обеспечения на случай заболевания или травмы.

Размер взноса в систему обязательного медицинского страхования зависит не только от количества застрахованных и условий страхования, но и от размера их доходов (при этом процентная ставка уменьшается с ростом его размера, хотя общая сумма взноса растет). Рядовая американская семья платит до 400 дол. в год за медицинские услуги. В то же время страховое обеспечение не всегда обусловлено уровнем дохода. Так, 1/3 застрахованных имеет доход в 2 раза превышающий уровень бедности, а 35–40 % – ниже этого уровня. Из общей суммы затрат 2/3 – выплаты денежных компенсаций на оплату медицинских услуг, остальные – на медицинскую помощь инвалидам. Частные страховые компании покрыли 60 % этой суммы, государственные фонды и предприниматели – по 20 % от общего объема.

Индустрия страхования здоровья в США очень развита. Так, только частных прибыльных страховых компаний основано свыше 1 200, но ни одна из них не владеет более чем 5 % общенационального рынка страхования здоровья. Большие компании по страхованию жизни являются лидерами в этой отрасли. Частные компании предлагают разнообразные виды страхования (не меньше 21). Чаще всего на случай госпитализации (пребывание в больнице, питание, лечение, медикаменты, процедуры, диагностика), хирургической помощи (плата медицинского персонала, что проводит в операции), амбулаторной помощи и других регулярных медицинских услуг (посещение врача, лабораторно – диагностическое исследование, процедуры и др.), потери заработка в связи с нетрудоспособностью по болезни (помощь при заболеваниях и травмах).

Среди частных страховых компаний наиболее известными и распространенными являются добровольные неприбыльные организации “Голубой Крест” и “Голубой Щит”, которые обеспечивают оплату госпитализации или медицинской амбулаторной помощи и услуг для своих членов. В настоящее время функционируют многочисленные ассоциации этих обществ, которые оплачивают все виды медицинской помощи. По сведениям “Голубого Креста” страхованием охвачено в разных штатах от 19,4 до 89,6 % граждан старше 65 лет.

Предоставление медицинской помощи застрахованным и ее оплата все чаще осуществляется через сеть посреднических организаций медицинского обслуживания и организацией отдельных медицинских учреждений, которые за умеренную плату обеспечивают своим добровольным членам доступную, качественную медицинскую помощь. Кроме того, эти организации осуществляют профилактические программы для своих членов. Рядовая американская семья расходует на медицинские услуги около 4,1 % своего годового бюджета.

В Великобритании действует Национальная система охраны здоровья, согласно с которой медицинские услуги и лекарства после второй мировой войны были бесплатными. Впоследствии было внедрена плата за выписывание рецепта, пациенты начали платить определенные суммы при госпитализации, лечении зубов (50 %), приобретении лекарств. Очки, протезы, слуховые аппараты покупают только за свои средства. В среднем граждане Великобритании оплачивают 10 процентов от стоимости лечения [2].

Все трудоустроенные подлежат обязательному страхованию здоровья, за исключением замужних женщин, которые могут присоединиться к страхованию добровольно. Сумма взносов зависит от величины дохода. За счет этих средств частично финансируются денежные пособия в связи с временной нетрудоспособностью. Размеры еженедельной помощи колеблются от 69 до 72 % заработка. Ее размеры обратно пропорциональны размеру заработка, и выплачивается она работодателями на протяжении восьми недель в год. В случае более длительной болезни работник получает помощь из системы национального страхования, в которую делают взносы работодатели. В случае производственной травмы или профессионального заболевания нетрудоспособные получают также помощь от работодателей на протяжении восьми недель, а затем помощь от Национальной системы страхования. В случае обычного заболевания, выплаты работодателей компенсирует Национальная система страхования, а в случае производственной травмы или профессионального заболевания – не компенсирует. Если в последнем случае нетрудоспособность по специальной шкале не превышает 14 %, то помощь не выплачивается, а предоставляется разовая компенсация. Точные размеры помощи устанавливаются через 26 дней после несчастного случая или начала заболевания. При госпитализации размеры помощи уменьшаются и составляют 40–50 % дохода. В случае длительности заболевания меньше 4 дней помощь от Национальной системы охраны здоровья не выплачивается. С восьмого дня болезни необходимая справка от семейного врача. Частное страхование охватывает преимущественно те сферы медицинских услуг, которые не обеспечиваются или недостаточно обеспечиваются Национальной системой страхования.

В других странах общего рынка (Франция, Германия, Бельгия, Нидерланды, Дания) применяется система обязательного страхования здоровья, а для некоторых групп населения – добровольного государственного или частного страхования. В Германии 90 % населения охвачено государственным страхованием на случай болезни, а 10 % – частными формами страхования. Во Франции 98 % населения охвачено обязательным страхованием [3].

В ряде государств обязательное страхование дает возможность оплачивать медицинскую помощь только в случае тяжелых и длительных заболеваний, а в остальных случаях – из фондов добровольного страхования, которые получают дотации от государства, или же от страховых компаний. Размер государственных субсидий колеблется от 3 % до 27 %. Во всех упомянутых выше странах застрахованные граждане, кроме регулярных страховых взносов, оплачивают за счет собственных средств 20–30 % стоимости лечения и услуг (в Бельгии, например, повышена оплата пребывания в больнице общего профиля свыше 90 дней, а в психиатрических – свыше 180 дней). Застрахованные полностью или частично оплачивают лечение зубов, протезирование, выписку рецептов, лекарства, консультацию у специалистов, некоторые виды физиотерапии, обследований и анализов. Так, например, в Германии приобретение лекарств для лечения простудных заболеваний оплачивается по схемам страхования здоровья только детям до 16 лет. При госпитализации застрахованный оплачивает до 14 суток самостоятельно (кроме детей до 18 лет и беременных), а затем стоимость лечения компенсирует страховая компания. Для сокращения длительности пребывания в больнице допускается оплачивать лечение в домашних условиях. Расходы на реабилитацию в случае временной нетрудоспособности компенсируются в размере 70 %. Частично оплачивается застрахованным лечение на курорте.

Право получения денежной помощи в случае временной нетрудоспособности из-за болезни в Германии и Нидерландах (при наличии медицинского свидетельства) предоставляется работнику сразу после внесения средств в страховую кассу или страховой фонд. Во Франции и Дании необходимо наличие определенного “страхового” и рабочего стажа. В Германии такое условие необходимо для назначения помощи и пенсии в случае профессиональной нетрудоспособности. Период ожидания в Бельгии и Германии составляет 1 день, в Нидерландах и Дании – 2 дня, во Франции – 3 дня. Во всех странах лечение пострадавших от несчастных случаев на производстве и лиц с профессиональными заболеваниями бесплатное. Денежная помощь выплачивается в соответствии со степенью потери трудоспособности и ее размеры периодически пересматриваются в зависимости от вывода медицинской комиссии. Размеры помощи в случае полной нетрудоспособности составляют 67–80 % заработной платы, а при потере 75 % трудоспособности – 50 %. Частичное страхование в этих странах более распространено, чем в Великобритании.

Система страхования здоровья в Японии отличается сложностью видов и разнообразием форм. До недавнего времени действовало восемь основных схем государственного и общественного страхования, а также ряд систем для граждан определенных профессий (моряков, учителей, государственных служащих). В 1984 году состоялось слияние ряда программ, и теперь функционируют две основные системы: государственная и общественная. Страхованию подлежат все работники предприятий промышленности и торговли с количеством занятых пять и больше лиц, а также члены их семей. На предприятиях, где работает 300 и больше лиц, или группы родственных предприятий создаются страховые общества, которые финансируются работодателем и застрахованными. Страховой взнос рассчитывается из стандартного заработка, который определяется ежемесячно по 36 категориям. Страховые общества внедряют также добровольное страхование (для повышения комфортности при госпитализации, применения более дорогих лекарств и технологий), строят центры здоровья, дома отдыха, рекреационные и спортивные центры, руководят больницами, клиниками, санаториями.

Национальная система страхования здоровья, финансируемая правительством, охватывает работников небольших предприятий, занятых на поденных и кратковременных работах, а также другие группы населения, которые не являются членами страховых обществ. Составляющей Национальной системы страхования здоровья является также программа регионального страхования для граждан, не работающих на предприятиях, которая частично финансируется за счет местных органов управления.

Застрахованному работнику оплачивается 100 % стоимости амбулаторного лечения и почти полностью листок нетрудоспособности. Членам семьи компенсируется 70 % стоимости амбулаторного и 80 % лечения в больнице. В Национальной системе страхования здоровья оплата всех видов медицинской помощи главе семьи и его иждивенцам составляет 70 % ее стоимости, для пенсионеров – 80 %.

Существуют также специальные больницы, которые принадлежат страхователю или финансируются им, где определенные виды лечения по приказу Министерства охраны здоровья и социального обеспечения проводятся бесплатно.

В случае временной нетрудоспособности помощь для застрахованных колеблется от 1 до 90 процентов заработной платы и проводится после двухдневного “периода ожидания” к выздоровлению. В случае травмы или профессионального заболевания помощь выплачивается с 4-го дня болезни на протяжении полугода. В случае стойкой потери трудоспособности размер помощи равняется размеру средней заработной платы. Длительность предоставления компенсации зависит от вида заболевания или травмы, колеблется от 50 до 450 дней и может предоставляться в виде разовой выплаты. Следует отметить, что производственный несчастный случай считается таковым, когда рабочее место отнесено к разряду опасных, иначе несчастный случай рассматривается как бытовая травма и оплачивается в меньших размерах.

Обязательному страхованию от несчастного случая на производстве подлежат лица, которые постоянно работают на предприятиях с количеством занятых свыше 5 лиц (если количество работников меньше 5 – страхование добровольное) и опасными условиями труда. Существуют также системы, в основном индивидуального страхования, для предоставления высокооплачиваемой медицинской помощи, для лиц свободных профессий, особых видов медицинских услуг.

Следовательно, в развитых странах Западной Европы, США и Японии общепринятым источником покрытия расходов за услуги здравоохранения являются страховые фонды, в которых участниками являются работники, работодатели, государство, а также частные страховые фонды.

В зависимости от основного источника финансирования можно выделить государственные, общественные, частные, а также смешанные (которые субсидируются из общественных и государственных фондов) системы страхования здоровья. На практике применяются все эти системы, но удельный вес и значимость их в возмещении расходов на охрану здоровья в разных странах неодинаковые. Частное страхование высоко развито в США, в остальных странах ведущую роль играют общественно-государственные и государственные системы страхования здоровья. Особенность этих систем, а также государственных служб охраны здоровья заключается в том, что бесплатное предоставление всех видов медицинской помощи предусматривается лишь в отдельных случаях, и застрахованные, кроме страховых взносов или налогов оплачивают из собственных средств от 10 до 30 % стоимости медицинских услуг, особенно при хронических заболеваниях. Полностью бесплатно, как правило, проводится лечение производственных несчастных случаев и профессиональных заболеваний. Размеры страхового взноса или налога колеблются в пределах 1–15 % заработка и в большинстве стран зависят от количества застрахованных и уровня их дохода. Вторым отличительным признаком для всех систем страхования здоровья есть наличие “периода ожидания” (один-четыре дня), предшествующих выплате в случае нетрудоспособности.

Страховая помощь в случае временной нетрудоспособности в связи с болезнью по большей части составляет 60–70 % заработной платы и выплачивается на протяжении определенного периода работодателем, а затем из социальных фондов, в том числе системы страхования здоровья. Во всех странах происходит рост расходов на охрану здоровья, связанный с доступностью медицинской помощи, ростом стоимости медицинских услуг, применением дорогих технологий и усилением коммерциализации охраны здоровья (что наиболее характерно для США), а также повышением административных расходов.

Для борьбы с этими процессами употребляется ряд мероприятий по стабилизации состояния и последующего повышения доступности медицинской помощи. Такие мероприятия в основном сводятся к повышению эффективности расходов и экономии в учреждениях здравоохранения, особенно больницах, путем, например, внедрения перспективной системы финансирования, создания посреднических организаций. Последние наряду с обеспечением эффективного удовлетворения потребностей застрахованных контролируют деятельность медицинских учреждений и имеют целью снижения частоты и длительности госпитализации, увеличения удельного веса наличной оплаты медицинской помощи пациентами, повышения страховых взносов или налога на здравоохранение, замораживание гонораров врачей, установление тарифов на определенные виды услуг, лишение финансовых субсидий при превышении комиссионного стоимостного уровня, усиление государственного регулирования программ здравоохранения, ограничения частного страхования бизнеса (кроме США).

По мнению зарубежных специалистов, наличие общественной и частной систем медицинской помощи (особенно при активном развитии последней, как это наблюдается в США), способствует неравному удовлетворению потребностей в медицинской помощи разных слоев населения и создает предпосылки для подавляющего развития частной медицины, что ослабляет национальную систему здравоохранения и экономику в целом.

Во всех странах отношения врачей и больниц со страховыми компаниями или государственными службами здравоохранения построены на договорных основах напрямую, а в США еще и через посреднические организации, которые обеспечивают медицинским учреждениям постоянный поток пациентов из числа застрахованных. Благодаря этому члены таких организаций имеют льготы при оплате медицинских услуг.

В ряде стран врачам, с которыми заключен страховой договор, запрещено заниматься частной практикой или брать из пациентов дополнительную плату. Установление ставок оплаты медицинских услуг, обычно является прерогативой местных органов, и поэтому в одной и той же стране для врачей может действовать как жесткая тарифная, так и гонорарная система.

Говорить об эффективности систем страхования здоровья в разных странах проблематично, ибо критерием такой оценки могут быть показатели здоровья или демографические показатели, зависящие не только от действующей в стране системы здравоохранения, но и от системы страхования здоровья.

Система общегосударственного (национального) страхования здоровья обеспечивает широкую доступность медицинской помощи для населения при сохранении достаточного уровня качества медицинского обслуживания. Финансирование программ страхования строится на основе страховых взносов или налогов и государственных дотаций, а также позволяет привлекать средства пациентов и индивидуального страхования частных медицинских услуг.

Анализ основных преимуществ финансового обеспечения медицинской помощи развитых стран на основе страхования здоровья и общих характеристик систем страхования здоровья свидетельствует, что для отечественной экономики и системы здравоохранения опыт зарубежных стран имеет не только теоретический, но и практический интерес. Следовательно, для реформирования системы отечественного здравоохранения необходимо привлечение других источников финансирования. Зарубежный опыт показал, что для обеспечения качественной медицинской помощи широким слоям населения наиболее эффективной будет система медицинского страхования.

Например, такая система обязательного медицинского страхования функционирует с 1993 года в России. Ее опыт имеет большое значение в первую очередь потому, что Россия наш ближайший сосед из СНГ и развивается в таких же экономических условиях. Недостатки, выявленные в системе обязательного медицинского страхования в России, необходимо учесть при введении этой системы на Украине [4].

Объем средств необходимых для удовлетворения потребностей населения в области здравоохранения должен устанавливаться на государственном уровне. Согласно Закону Российской Федерации “О медицинском страховании граждан Российской Федерации” всему населению России гарантируется бесплатное медицинское обслуживание не ниже базовой федеральной программы обязательного медицинского страхования. Лечение граждан осуществляется в пределах целевых программ. Гражданам предоставляется право выбора лечебно-профилактического заведения и врача, работающего в системе обязательного медицинского страхования. Базовая программа предоставляет гарантии в сфере медицинского обслуживания, предлагает все виды медицинской помощи, определяет условия их предоставления, выделяет группы граждан, которые имеют приоритетное право на получение льготного обслуживания.

Финансовые ресурсы государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений на обязательное медицинское страхование.

Для проведения государственной политики в сфере охраны здоровья созданы Федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные заведения. Финансовые ресурсы фондов обязательного медицинского страхования являются собственностью государства, не входят в бюджет и другие фонды и исключению не подлежат.

Страховой тариф на обязательное медицинское страхование для хозяйствующих субъектов установлен от фонда оплаты труда.

В реформировании отечественной системы здравоохранения основным является вопрос о статусе фондов обязательного медицинского страхования (ОМС). Их не следует превращать в организации административно подчиненные органам управления здравоохранения, но руководству фондов необходимо усилить контроль за работой исполнительных органов фондов. Основные принципы управления фондами нужно закрепить в законодательном порядке.

Важным этапом реформирования является создание нормативной базы. Сейчас существует лишь проект Закона Украины “Об обязательном социальном медицинском страховании”. К основным замечаниям относительно содержания проекта можно отнести предложение внедрения дифференцированного норматива финансирования в расчете на одного жителя, что приведет к выравниванию финансового обеспечения тех или других регионов, к нехватке ресурсов, к необходимости перераспределения средств из фонда социального медицинского страхования.

По проекту Закона социальное медицинское страхование не распространяется на все категории населения, что принципиально противоречит основам Конституции [5, 6].

Не конкретизированы отношения фонда социального медицинского страхования с органами местного самоуправления, местными бюджетами. Ведь сейчас финансирование учреждений здравоохранения и разработка нормативов осуществляется на региональном уровне. Не выяснен механизм распределения средств фонда по территориям для предоставления своевременной помощи, закупки лекарств, оборудования, оплаты труда медицинских работников.

Проектом Закона предлагается создать Национальный фонд социального медицинского страхования и территориальные фонды социального медицинского страхования. При этом четко не определены их функции, процентные поступления средств в том или другом подразделении [7].

Выводы и предложения. Следовательно, можно сделать такие выводы: из рассмотренных моделей ОМС наибольшим разнообразием выделяются модели США, однако наряду с большими достижениями в показателях здоровья нации, все еще существуют проблемы качества, объема и равной

доступности медицинской помощи разным слоям населения, что в первую очередь, касается пациентов преклонных лет, хронических больных. Этим объясняется негативное отношение многих стран к американской модели охраны здоровья с ее достаточно развитой частной медициной. Следует отметить, что переходный период, в котором сейчас находится государство, не может характеризоваться наличием одной модели, которая бы удовлетворяла все слои населения. Украина, создавая свой комплекс моделей медицинского страхования, должна ориентироваться на опыт развитых государств Западной Европы, поскольку близкая к ним по своему географическому положению, социальным приоритетам, тенденциям экономического развития. При этом позитивные черты американской системы могут дополнить модель формирующегося украинского медицинского страхования граждан. Но при привлечении опыта стран с развитой экономикой невозможно игнорировать и опыт ближайшего соседа – России. Для широкого, последовательного внедрения обязательного медицинского страхования в Украине необходимо:

во-первых – ввести дифференцированный норматив финансирования в расчете на одного жителя с учетом корректирующего коэффициента, который будет регулировать размер финансовых ресурсов, исходя из особенностей того или другого региона;

во-вторых – гарантировать самостоятельность территориальных фондов ОМС, обеспечить равноправие взаимоотношений с органами местного самоуправления;

в-третьих – определить направления использования средств фонда в процентном отношении с поправкой на региональные особенности (для предоставления своевременной помощи, закупку медикаментов, медицинского оборудования, оплаты труда работников охраны здоровья);

в-четвертых – определить размер тарифных ставок и объект налогообложения с учетом реальных цен на услуги. В роли объекта налогообложения при нынешних обстоятельствах можно использовать фонд оплаты труда, как и для других целевых фондов;

в-пятых – определить процентное соотношение средств, которые будут поступать в Национальный фонд социального медицинского страхования и в территориальные фонды социального медицинского страхования;

в-шестых – разработать несколько моделей функционирования обязательного медицинского страхования, учитывая развитие инфраструктуры, наличие страховых компаний, которые осуществляют медицинское страхование;

в-седьмых – установить жесткую систему контроля за расходованием средств фондов обязательного медицинского страхования путем внедрения финансовой отчетности.

Библиографический список

1. Головина М.А. Из истории борьбы США за общегосударственную систему медицинского страхования / М.А. Головина. — США, 1998. — №1. — С. 59–72.
2. Шейман И. Частное медицинское страхование в Англии / И. Шейман // Медицинское страхование. — 1997. — №2(4). — С. 40–43.
3. Кинд Ф. Союз частных медицинских страховых компаний в Германии / Ф. Кинд // Медицинское страхование. — 1997. — №1(3). — С. 42–43.
4. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения / Т.А. Федорова // Финансы. — 2008. — №10. — С. 48–51.
5. Ротова Т. Скрытые и явные рифы на курсе добровольного медицинского / Т. Ротова // Финансовые услуги. — 2006. — №6. — С. 36–43.
6. Полищук А. Как поделить пирог медицинского страхования / А. Полищук // Фондовый рынок. — 2008. — №8. — С. 22–25.
7. Гончарук В. Лечение с «усечением» / В. Гончарук // Фондовый рынок. — 2008. — №15. — С. 22–25.

Поступила в редакцию 06.07.2009 г.