



ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА
УНІВЕРСАЛЬНА НАУКОВА
БІБЛІОТЕКА

**УКРАЇНСЬКИЙ ВИБІР:
ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

УКРАЇНА НА ШЛЯХУ РЕФОРМ: МЕДИЧНА РЕФОРМА

**ПРЕС – ДАЙДЖЕСТ
IV квартал 2018 р.**



КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА УНІВЕРСАЛЬНА
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА»
ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

Відділ наукової інформації та бібліографії

*Український вибір:
виклики та перспективи*

Україна на шляху реформ: медична реформа

ПРЕС – ДАЙДЖЕСТ
IV квартал 2018 р.

Запоріжжя
2018

УДК 614.2(477)(048)
У45

У45 Україна на шляху реформ: медична реформа : прес-дайджест. ІV кв. 2018 р. / КЗ «ЗОУНБ» ЗОР, Від. наук. інформації та бібліографії ; [підгот. Ю. Щеглова ; ред. Т. Пішванова]. – Запоріжжя : [ЗОУНБ], 2018. – 28 с. – (Український вибір: виклики та перспективи).

З початку 2017 р. в Україні стартував перший етап медичної реформи, який полягає у зміні принципів фінансування первинної ланки медичної допомоги. Останній випуск цього річного прес-дайджеста містить матеріали, які висвітлюють проблеми реформування медичної галузі в умовах децентралізації, проводять аналіз нормативно-правової бази реформи, розглядають сценарії зміни моделі фінансування системи охорони здоров'я, розкривають теоретичні та практичні аспекти запровадження страхової медицини в Україні.

* * *

Шульц С. Л., Карп'як М. О.

Організаційно-інституційні особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації

Реформа в медичній сфері є однією з найбільш складних і суперечливих у переліку питань, які сьогодні стоять у центрі уваги українського суспільства. Про це свідчать як соціологічні дослідження, так і значна кількість проблем у сфері функціонування медичних закладів. Упродовж останніх двох років реформування сфери охорони здоров'я в Україні, як і інші секторальні реформи, почали розглядати в контексті децентралізації. Медична реформа є важливою складовою децентралізації влади, оскільки стара модель організації системи охорони здоров'я нашої держави є вкрай неефективною, а тому потребує реорганізації, у тому числі ухвалення відповідних рішень громадами на місцях.

В Україні мережа об'єктів медичної інфраструктури є досить розвиненою (загалом понад 300 тис. лікарняних ліжок і 2,4 тис. лікарень), що майже вдвічі перевищує аналогічні показники Іспанії - країни з майже такою ж кількістю населення і значно перевищує середні показники в країнах-членах ЄС. Багато експертів вважають, що інфраструктура сучасної системи охорони здоров'я є громіздкою та «розтягнутою», більшість медичних закладів в Україні – це малопотужні та малозавантажені лікарні, які мають зношені основні фонди та застаріле технічне оснащення.

Відтак з початку 2017 р. в Україні стартував перший етап медичної

реформи, який полягає у зміні принципів фінансування первинної ланки медичної допомоги. Як відомо, медична система України складається з трьох рівнів або ланок надання медичної допомоги населенню: первинної (амбулаторної), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо або вузькоспеціалізованої).

Фундаментом реформування медичної галузі стало ухвалення низки нормативно-правових документів, зокрема, розпорядження про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я (від 30.11.2016 р.) та прийняття двох Законів – «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» (від 19.10.2017 р.) та Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (від 6.04.2017 р.), який передбачає автономізацію державних і комунальних закладів охорони здоров'я. У прийнятих законодавчих актах передбачається перехід системи охорони здоров'я в Україні до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у Державному бюджеті.

Відтак, відповідно до реформи, змінюється принцип фінансування медичних закладів первинної ланки - поліклінік, амбулаторій, центрів первинної медико-санітарної допомоги. На їхній базі буде розгорнуто систему сімейної медицини європейського зразка: кожен громадянин України зможе вільно обирати сімейного лікаря та підписувати з ним пряму угоду з чітко визначеним обсягом гарантованих послуг, а держава, відповідно, скеровуватиме кошти на оплату отриманих громадянином послуг конкретному лікарю і вибраному пацієнтом медичному закладу. Оплата праці медика буде здійснюватись на основі так званого «подушного нормативу», який обчислюватиметься на основі кількості укладених лікарем угод і за умов дотримання медичних протоколів лікування й діагностики.

Щодо конституційного права громадян України на отримання безоплатної медичної допомоги, то уряд бере на себе зобов'язання гарантувати чітко визначений обсяг медичних послуг. Тобто щороку урядом буде розраховуватися гарантований пакет медичних послуг для громадян, який надається безоплатно. До нього включені: екстрена або

невідкладна допомога; первинна допомога (послуги лікарів первинної ланки включно з деякими аналізами); паліативна допомога; медична допомога дітям до 16 років; медична допомога у зв'язку з вагітністю та пологами. Окрім гарантованого переліку медичних послуг, який надається державою безкоштовно, усі інші обстеження та необхідну медичну допомогу громадянин має оплатити.

За рух коштів між державою та медичним працівником відповідно до нового законодавства, відповідатиме незалежна страхова агенція, яка також здійснюватиме всю необхідну процедуру документообігу. Медичні послуги в межах гарантованого пакету держава зможе купувати у постачальників усіх форм власності, забезпечуючи оплату від єдиного національного замовника за надані громадянам медичної послуги.

Українським важливим у питанні реформування системи охорони здоров'я в Україні є проблема оптимізації медичної інфраструктури, оскільки відповідно до реформи бюджетної децентралізації, утримання медичних закладів відтепер переходить у безпосереднє підпорядкування органів місцевої влади. Це, в свою чергу, означає, що повноваження з розподілу коштів на потреби медичної інфраструктури переходять з центрального на територіальний рівень: органи місцевого самоврядування матимуть змогу самостійно визначати пріоритети для розвитку медичних закладів, підпорядкованих їхній компетенції і таким чином припинити змагатись за увагу центральної влади. Це дозволить створити конкурентні умови для оптимізації, утримання і розвитку закладів медичної інфраструктури та підвищення якості медичних послуг.

Тому задля формування єдиного медичного простору, оптимізації мережі медичних закладів і підвищення якості державних медичних закладів, а також загалом покращення системи медичного забезпечення населення країни розпочато створення госпітальних округів (ГО), які становлять собою функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню цієї території. Фактично госпітальний округ – це впорядкована на певній території мережа медичних закладів оптимальної кількості та складу, з раціональним розподілом навантаження на лікарів і максимально

ефективним використанням медичного обладнання, що відповідає практичним потребам і спроможності місцевої громади. При цьому чисельність населення, що проживає на території округу, не має перевищувати 120 тис. осіб, а можливість доїзду від центру округу до будь-якого з населених пунктів повинно не перевищувати однієї години.

Оптимальна медична мережа, яка має бути сформована в межах кожного госпітального округу, відповідно до визначених критеріїв, передбачає наявність :

- багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування;
- багатопрофільної дитячої лікарня інтенсивного лікування;
- лікарні відновного (реабілітаційного) лікування;
- лікарні планового лікування (клінічної лікарні);
- патологоанатомічного центру;
- хоспісу;
- спеціалізованого медичного центру (за напрямками);
- центру з медичних консультацій і діагностики;
- служби швидкої медичної допомоги.

Пропозиції щодо формування меж госпітального округу надаються обласною державною адміністрацією, а остаточний перелік округів їх склад затверджує уряд. Адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, в якому розміщена багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Визначення меж госпітального округу здійснюється таким чином, щоб населення відповідної території мало доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Наявна сьогодні методика формування госпітальних округів прописує лише загальні принципи визначення багатопрофільної лікарні, проте не вказано, які функції відтепер вона має виконувати, які відділення функціонуватимуть в її межах тощо. Досі не затверджений обсяг надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що має забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівнів.

На жаль, реформа проводиться не достатньо публічно і, що є особливо важливим, без урахування особливостей регіонів. Вагомий вплив на формування мережі госпітальних округів має міжрегіональна

нерівномірність у забезпеченні регіонів лікарями та ліжко-місцями в медичних закладах.

Отож, найважливішими проблемами на цьому рівні є питання доступності медичного забезпечення для населення, зручності та вчасності транспортування громадян у межах госпітального округу, можливості отримання пацієнтом необхідних медичних послуг, а також забезпечення їхньої ефективності. Особливо гостро ці проблеми постають в умовах відсутності належного рівня інфраструктури: відповідного дорожнього покриття та транспортного сполучення, забезпечення його наявності та періодичності у віддалених районах округу. Існує небезпека, що у разі створення госпітального округу, який включатиме кілька районів і міст обласного значення, може зменшитись обсяги медичної субвенції з Державного бюджету районам, де не буде створено багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування, що призведе до перепрофілювання, скорочення або навіть закриття районних лікарень. Необхідно бути також свідомим, що подібна ситуація може призвести до значної комерціалізації медичної галузі та збільшення кількості приватних медичних закладів. Пацієнт зможе потрапити до спеціалізованого медичного закладу або за направленням сімейного лікаря, або лише у супроводі бригади екстренної медичної допомоги. А от плановим хворим доведеться або очікувати своєї черги (через невелику кількість спеціалізованих місць), або ж звернутися до приватного закладу.

Ідея створення госпітальних округів покликана наблизити спеціалізований рівень надання медичної допомоги до пацієнтів, однак за нинішніх умов це може призвести до скорочення малопотужних, але потрібних населенню лікарень і вивільнення великої кількості медичних працівників. Звідси виникає кадрова проблема, що обов'язково постане під час зміни статусу лікарень. По-перше, це десятки звільнених підготовлених медичних спеціалістів, по-друге, дефіцит висококваліфікованих медиків для нових спеціалізованих відділень, які мають бути створені відповідно до прописаних законодавством нормативів для госпітального округу. Виникає питання з працевлаштуванням випускників медичних закладів і в аспекті формування клієнтської бази сімейних лікарів, і в питанні стимулювання їх працевлаштування в медичних установах первинного

рівня, особливо в сільській місцевості. Крім того, формування відповідного кадрового потенціалу вимагає десятки років, а вже сьогодні у деяких областях спостерігається дефіцит кваліфікованих медиків. Отож, формування госпітальних округів і реструктуризація медичної інфраструктури викликає низку супроводжуваних проблем, для вирішення яких потрібні додаткові кошти та час.

Покращення медичного обслуговування населення – це те, на що передусім має опиратися реформа системи охорони здоров'я, яка нині активно впроваджується в Україні в контексті децентралізації влади. Стара модель системи, при якій ні лікар, ні медичний заклад не зацікавлені у пацієнтові призвела до того, що сьогодні тривалість життя в Україні в середньому на 11 років менша, ніж у ЄС і світі, тому основним завданням реформи є поставити у центр уваги пацієнта, його потреби та здоров'я. Головне, на що необхідно насамперед звернути увагу проводячи медичну реформу, це не допустити призупинення надання медичної допомоги населенню. Не можна розпочинати все з чистої сторінки, необхідно поступово переходити від централізованої системи до децентралізованої моделі, яка працює за іншими принципами. Варто підкреслити, що реформа сфери охорони здоров'я не є реформою у вакуумі, вона може відбуватися лише у прив'язці з адміністративно-територіальною реформою, реформою бюджетної децентралізації, освітньою та низкою інших секторальних реформ.

Регіональна економіка. - 2017 № 3. - С. 108-115.

Стеценко С.

Медична реформа в Україні: право, політика, мораль.

Галузь охорони здоров'я України потребує кардинальних змін. Практично ніхто не заперечує тієї обставини, що завдання, які ставляться суспільством перед державою та її публічно-правовими інституціями стосовно забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я, виконуються не в повному обсязі. Це стало все більш очевидним із отриманням Україною статусу незалежної держави у 1991 році. Зміни соціально-економічних, політичних чинників, фінансові негаразди початку 90-х років минулого століття зумовили необхідність постановки питання щодо проведення реформи у сфері медицини.

Радянська модель організації охорони здоров'я вже не могла бути реалізована в умовах незалежної України. Відповіддю на такого роду невідповідність стало ініціювання медичної реформи. Часті зміни вищого керівництва держави, ще більш часті кадрові перестановки керівництва профільного Міністерства охорони здоров'я України призводили до того, що медична реформа мала низку етапів. Не завжди між собою пов'язаних, не завжди підкріплених попереднім науковим опрацюванням, не завжди зрозумілих експертам та пересічним громадянам. Але ці спроби відповідали умовам, в яких вони створювались.

Схоже на те, що нинішній етап медичної реформи в Україні носить більш системний характер, оскільки він проявляється низкою характерних особливостей, які відрізняють його від попередніх, зокрема:

- по-перше, він підкріплений нормативно-правовими змінами чинного законодавства. Причому мова йде не про внесення змін до доповнень до існуючих законів, а появою нових законів, положення яких спрямовані на врегулювання суспільних відносин у сфері медичної діяльності;

- по-друге, основним ідеологом нинішньої спроби реформування української медицини є іноземний фахівець - представник Сполучених Штатів Америки Уляна Супрун, яка з 27 липня 2016 року виконує обов'язки міністра охорони здоров'я України;

- по-третє, відбувається фактична спроба розділити обов'язки щодо фінансування медичної допомоги між державою, місцевим самоврядуванням та громадянами України. Без внесення змін до статті 49 Конституції України.

Законопроект № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» може вважатись «нормативно-правовим ядром» медичної реформи. Проголосований народними депутатами 19 жовтня 2017 року, він значною мірою оновлює регулювання процедури організації надання медичної допомоги. Незважаючи на те, що в преамбулі даного закону зазначено, що він визначає державні фінансові гарантії надання застрахованим особам необхідних медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування (а це ніби-то має

наштовхнути на думку про обов'язкове медичне страхування), але законодавчого запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні у цьому документі не відбулося. Класичні засади сприйняття обов'язкового медичного страхування як організаційно-правового фінансового інструменту, засвідчують, що обов'язковий характер соціального медичного страхування виражається принаймні у трьох моментах:

- по-перше, в обов'язковості страхових платежів, які сплачуються страхувальниками;
- по-друге, в існуванні спеціального механізму державного контролю й нагляду за правильністю і своєчасністю надходжень страхових платежів до спеціалізованих страхових фондів;
- по-третє, у забезпеченні осіб медичними послугами на умовах і на підставі норм, які встановлені законодавством.

Перших двох умов у даному документі немає, що дозволяє констатувати відсутність наразі в Україні законодавчого запровадження обов'язкового медичного страхування.

Звертають на себе увагу наступні новації даного нормативно-правового акту:

- відповідно до цього Закону держава **гарантує повну або часткову оплату** згідно з тарифом покриття за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування наданих застрахованим особам необхідних медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені державним гарантованим пакетом.

- державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів, визначені цим Законом, надаються **в межах бюджетних призначень** на програми державного солідарного медичного страхування, передбачені у Державному бюджеті України на відповідний рік.

- в межах державного гарантованого пакета держава гарантує повну оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;

– паліативної допомоги.

В межах державного гарантованого пакета держава гарантує часткову оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

• поява Центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, який є центральним органом виконавчої влади із спеціальним статусом (Національна служба здоров'я України).

Реформи у сфері охорони здоров'я повинні починатись із чіткого узгодженого формування ключових засад державної політики. Це більш ніж важливо, це ключовий елемент реформи у будь-якій галузі. Без цього реформа приречена на невдачу. Першочерговим кроком у системі формування державної політики і постановці завдань розвитку тієї чи іншої сфери чи галузі є формування певної концепції. Що стосується політики охорони здоров'я населення, то вона повинна містити визначення в узагальненому вигляді мети, завдань, масштабів, темпів, пропорцій та основних напрямів розвитку системи охорони здоров'я, окремих її структурно-функціональних підсистем, а також загальне обґрунтування системи заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я населення та підвищення ефективності діяльності всієї системи охорони здоров'я. На підставі концепції мають бути розроблені відповідні програми - цільові комплексні документи, в яких концептуальні положення набувають докладного й конкретного обґрунтування, а також узгодження проблемних питань. Логічне питання: запровадження часткового фінансування медичної допомоги громадянами, як це пропонується наразі, - це елемент сьогоденної державної політики? Якщо це так, то воно повинно знаходити своє відображення у ключових документах (доктрина, концепція, програма тощо), які є першоосновою появи законів.

Базою медичної реформи в Україні має стати запровадження обов'язкового медичного страхування. Не платні медичні послуги, не часткове фінансування самим громадянами надання медичної допомоги, а саме обов'язкове медичне страхування. Доцільність

прийняття закону про обов'язкове медичне страхування обумовлена низкою факторів, ключовими із яких є :

- необхідність втілення у життя дієвих фінансово-економічних механізмів у практику вітчизняної охорони здоров'я;
- запровадження контролю за витратами коштів, що виділяються на окремого пацієнта;
- стимулювання створення стандартів надання медичної допомоги;
- збільшення вірогідності реального захисту прав пацієнтів, кожен із яких матиме медичну страховку;
- мінімізація тіншових схем оплати наданої медичної допомоги.

Загалом же реформування сфери охорони здоров'я має ініціювати більш активний розвиток медичного права, - нового правового утворення, що об'єктивно претендує на статус самостійної галузі права. Важливо усвідомити, що це об'єктивний процес, при якому медичне право здатне стати помічником реформаторів охорони здоров'я, їх теоретико- методологічним та практичним інструментарієм для провадження новацій, тоді і ступінь легітимності реформ буде суттєво вищою.

Нинішній варіант медичної реформи має право на існування як будь-який реформаторський крок легітимної влади. Проте стратегічно варто було б обрати дещо інший фокус охорони здоров'я як точка прикладення зусиль. Без широкого експертного обговорення, залучення фахівців у сфері права, медицини, економіки тощо будь-які, навіть самі прогресивні реформи приречені на неуспіх. Це варто враховувати.

Публічне право. - 2017. - № 4. - С. 57-61.

Шатковський, Я.

Медична реформа та забезпечення доступності первинної медичної допомоги: адміністративно-правові засади

Медична реформа на слуху. Про неї дискутують, її критикують, нею захоплюються. Абсолютно очевидно, що вона не залишає байдужим практично нікого в Україні. Незважаючи на те, що спроб її проведення за часи незалежності було декілька, нинішня зайшла далі

всіх. Це вже не проекти, це не «на завтра». Це вже зараз. Прийнято Закони України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Активно напрацьовуються відомчі документи Міністерства охорони здоров'я України. Наше завдання полягає у тому, щоб проаналізувати, як в адміністративно-правовому вимірі ці зміни співвідносяться із принципом доступності первинної медичної допомоги.

Передовсім, що нового привніс Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у справу адміністративно-правового та фінансового забезпечення охорони здоров'я загалом та первинної медичної допомоги зокрема? Таких новацій є чимало, вкажемо ключові з них:

– програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам гарантує держава за рахунок коштів Державного бюджету України, згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами; надавачі медичних послуг - заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів;

– відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій.

Отже оплату надання пацієнтам медичної допомоги в державних комунальних лікувально-профілактичних установах держава гарантує не у повному обсязі, лише у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Також звертає на себе увагу

необхідність для надавача медичних послуг укладення договору про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів. Цим розпорядником наразі визначено Національну службу здоров'я.

Другий «пласт» питання, що нами розглядається, - первинний рівень медичної допомоги, який наочно демонструється у рамках сільської медицини. Саме цим питанням присвячено Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206- VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Стаття 3 даного нормативно-правового акту стверджує, що підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сферах охорони здоров'я та регіонального розвитку, що здійснюються на таких принципах:

- ефективності підтримки розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;
- забезпечення участі органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ у формуванні та реалізації державної політики в зазначених сферах;
- створення рівних можливостей для доступу територіальних громад до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;
- ефективності використання бюджетних коштів, передбачених для виконання зазначених програм;
- відкритості та прозорості надання державної підтримки.

Також далі у законі стверджується, що держава забезпечує виконання заходів з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості зокрема через наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, в т. ч. центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, та матеріально-технічної бази таких закладів, створення умов для діяльності лікарів загальної практики - сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та

zareєстровані як фізичні особи - підприємці і одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також уклали договір про медичне обслуговування населення з відповідним розпорядником бюджетних коштів, проведення у сільській місцевості періодичних виїзних прийомів лікарів-спеціалістів.

Також не можна обійти питання співвідношення статті 49 Конституції України та реалії медичної реформи, що наразі здійснюється в Україні, зокрема, стосовно первинного рівня медичної допомоги. У статті 49 Конституції України визначено, що кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Водночас у диспозиції статті зазначено, що в державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; мережа таких закладів не може бути скорочена. Громадяни України в переважній більшості не мали належної можливості реалізовувати права, зазначені у цій статті. З іншого боку, і держава через зменшення необхідного фінансування медичної галузі не забезпечує реальної безоплатності надання медичної допомоги.

Керуючись тією обставиною, що, за узагальненими показниками приблизно 70 % пацієнтів повинні отримувати медичну допомогу саме на первинній ланці, вкажемо, що питання платності/ безоплатності її надання є вкрай важливим та соціально чутливим. У зв'язку з цим, сьогодні українські правники та фахівці охорони здоров'я дискутують щодо доцільності (недоцільності) впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Задаючи загальний тон подальших аргументів, зазначаємо, що альтернативи обов'язковому медичному страхуванню в Україні немає. Щоб поліпшити ситуацію, яка склалась у вітчизняній охороні здоров'я, потрібно шукати шлях вирішення нагальних проблем.

Про що йдеться? Зазначена проблема передусім правова і лише потім - фінансова, організаційна, психологічна. Йдеться про те, що обов'язкове медичне страхування здатне суттєво змінити організацію охорони здоров'я в Україні та можливості для реалізації прав пацієнтів.

Деякі науковці, в тому числі і конституційного права, стверджують, що в Україні немає проблеми з реалізацією статті 49

Конституції України стосовно медичного страхування, адже воно фактично є у вигляді добровільного медичного страхування. Одне з принципових питань, на якому вважаємо за доцільне зупинитись, - це відмінності між цими двома видами медичного страхування. Адже не можна погодитись, що практика функціонування добровільного медичного страхування означає вирішення питання щодо забезпечення реалізації вказаної частини статті 49 Основного Закону України. Аналіз доступної літератури, практика української законотворчості, огляд зарубіжних прикладів свідчать, що відмінності зводяться до таких принципових моментів:

- Вплив держави. Якщо обов'язкове медичне страхування є видом державного соціального страхування, то добровільне (навіть виходячи із назви) значно меншою мірою залежить від держави.

- Джерела фінансування. Для обов'язкового це обов'язкові відрахування роботодавців або органів виконавчої влади чи місцевого самоврядування, а для добровільного - особисті гроші громадян, прибуток роботодавців, відсотки від внесків тощо.

- Формування тарифів на медичні послуги. У разі обов'язкового страхування - погодження між страховою медичною організацією, лікувальною установою, органами виконавчої влади, медичними асоціаціями тощо, то за добровільного - угода між страховою медичною організацією та лікувальною установою, де буде надаватись та чи інша медична послуга. Відзначимо, що добровільне медичне страхування - це додаток до системи охорони здоров'я, але це не вирішує проблеми реалізації права людини на обов'язкове (державне, соціальне) медичне страхування, де діють принципи солідарної відповідальності: багатий платить за бідного; здоровий платить за хворого; молода особа платить за особу похилого віку.

Добровільне ж медичне страхування передбачає інше: кожен платить за себе.

Однією із нагальних проблем України сьогоднішнього дня є організація належної системи охорони здоров'я громадян на первинному рівні. На тому рівні, який максимально наближений до людини. Йдеться про те, що від якісно функціонуючої первинної медицини багато в чому залежить реалізація права громадянина на отримання медичної допомоги. Ми робимо акцент саме на забезпеченні

з боку держави можливостей для реалізації вказаного права.

Цікавий документ міститься на офіційному сайті Міністерства юстиції України. Заступник директора Департаменту - начальник відділу з питань гуманітарного законодавства Департаменту соціального, трудового та гуманітарного законодавства Міністерства юстиції України Т. М. Сидоренко надавала свого часу роз'яснення з приводу правових засад реформування галузі охорони здоров'я. Серед іншого, там зазначене наступне:

1. На первинному рівні медичну допомогу отримують лише люди похилого віку та діти. Працездатне населення користуються спеціалізованою та високоспеціалізованою медичною допомогою.

2. Ця тенденція є несприятливою, оскільки у високорозвинених країнах потреба в первинній медичній допомозі, яка надається сімейними лікарями, - найбільша, у спеціалізованій - менша, а у високоспеціалізованій ще менша.

3. Разом з тим, ще на первинному рівні більшість хвороб можна вилікувати без потреби втручання спеціалістів вузького профілю.

4. Отже, з огляду на зазначене, існуюча система охорони здоров'я не задовольняє більшості проблем населення України.

5. Реформування галузі охорони здоров'я, насамперед слід здійснювати вдосконаливши існуючу нормативно-правову базу.

6. Основи законодавства України про охорону здоров'я потребують перегляду, зважаючи на нові тенденції розвитку суспільства.

7. Необхідно визначити на законодавчому рівні перелік платних послуг (так званих «медичних послуг другорядного значення», «парамедичних послуг»); умови запровадження медичного страхування, тощо.

8. Крім того, потребує врегулювання питання запровадження інституту сімейної медицини.

Проблематика забезпечення доступності медичної допомоги на первинному рівні є питанням загальнодержавного значення. Від його належного вирішення багато в чому залежатиме ставлення пересічного громадянина до сфери охорони здоров'я та держави взагалі.

Публічне право. - 2018. - № 1. - С. 158-164.

Ткачова Н. М.

Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я

Державне управління діяльності у сфері охорони здоров'я має свої особливості. Відповідно до законодавства України, охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України та визнає належність права людини на охорону здоров'я до основних, загальноновизнаних, природних, невідчужуваних і непорушних прав. Наголошується, що це право виникає з моменту народження людини, а не встановлюється імперативно. Держава повинна визначати та гарантувати право на охорону здоров'я. Стаття 3 Конституції України прямо передбачає, що найвищою соціальною цінністю в Україні визнаються людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека. Статтею 49 Конституції України закріплено низку важливих положень, а саме: кожному гарантовано 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; умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування створює держава; медична допомога у державних і комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно; існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена; держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Із конституційного визначення України як соціальної держави, політика якої спрямована на створення умов щодо забезпечення гідного рівня життя людини, і положень ст. 49 Конституції України, згідно з якими обов'язком держави є забезпечення права громадян на охорону здоров'я, а також державних програм соціального розвитку впливає, що на державу покладаються зобов'язання перед суспільством щодо використання всіх засобів державного управління сферою. Здоров'я є первинною передумовою нормальної життєдіяльності людини, інтегральним показником успішності розвитку суспільства.

Зараз більшість країн світу почала переосмислення здоров'я населення як економічної категорії, а не тільки як медичної та соціальної. До цього призвели оцінки експертів, за даними яких витрати на медичну допомогу в зв'язку з захворюваністю становлять 47,9 %, не медичні витрати (втрати доходів у зв'язку із захворюваністю та передчасною смертністю населення) становлять 52,1 % .

Згідно з визначенням ВООЗ, система охорони здоров'я - це сукупність усіх організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я. Для функціонування системи охорони здоров'я необхідні кадрові ресурси, фінансові кошти, інформація, устаткування й матеріали, транспорт, комунікації, а також загальне керування й керівництво. У рамках системи охорони здоров'я повинні надаватися послуги, чуйно реагували на потреби і справедливі з фінансової точки зору, при поважному відношенні до людей.

Концепція ВООЗ «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегії для ХХІ сторіччя» визначає основні цілі функціонування системи охорони здоров'я. До них відносять: поліпшення здоров'я всього населення, відповідність запитам і потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступності всіх до наявних ресурсів. Умовою для цього є створення та успішна діяльність нормативно-правової бази, що включає комплекс всіх ресурсів (фінансові, кадрові, матеріально-технічні), управління та керівництво, інноваційні технології, а основними цінностями - справедливість, солідарність, участь населення, етичний підхід до розвитку систем.

Ряд дослідників розглядає державне управління охороною здоров'я як сукупність цілеспрямованих впливів органів державної влади, які діють у рамках відповідної компетенції на певних осіб, соціальні системи, а також увесь соціальний організм у цілому з метою їх упорядкування, збереження або перетворення.

Аналізуючи зміст управління сферою охорони здоров'я як різновид соціального управління, зазначені вчені вказують, що воно є особливою соціальною функцією, яка виникає з потреби самого суспільства як самокерованої системи і супроводжує усю його історію.

Значуща особливість державного управління діяльності у сфері охорони здоров'я України полягає в розмежуванні компетенції органів

державної влади, які від імені держави здійснюють таке регулювання, у межах установлених Конституцією України та діючими нормативно-правовими актами. В Україні охорона здоров'я населення забезпечується державною, комунальною та приватною системами охорони здоров'я. Отже, при здійсненні державного управління сферою охорони здоров'я необхідно врахувати наявність недержавних моделей охорони здоров'я та наявність державно-приватних відносин.

Досвід окремих країн (Швеції, Великобританії, Німеччини, Австралії) засвідчує, що в умовах дефіциту бюджетних коштів потужним інструментом забезпечення позитивних зрушень у сфері охорони здоров'я потенційно може стати державно-приватне партнерство, засноване на поєднанні можливостей держави з фінансово-інвестиційними ресурсами приватного сектору. Лідером у запровадженні державно-приватного партнерства також можна назвати Швецію. Там дозволено брати в оренду лікарні, лабораторії та служби швидкої допомоги. Задача в оренду госпіталю Сент-Грегорі в Стокгольмі, наприклад, дозволила скоротити витрати на 30% і обслуговувати додатково 100 тис. пацієнтів на рік, вартість рентгенівських послуг впала на 50%, тривалість очікування діагностики та лікування скоротилася на 30%, вартість послуг швидкої допомоги знизилася на 10% , вартість лабораторних послуг - на 40%. Проекти державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я в цих країнах реалізовувалися на довгостроковій основі під зобов'язання приватного інвестора не створювати штучних обмежень доступності медичної допомоги. Вони передбачали проектування, будівництво, реконструкцію, модернізацію та управління об'єктами охорони здоров'я, комплексне забезпечення первинної медичної допомоги, невідкладної та окремих видів спеціалізованої медичної допомоги населенню певного району (регіону), надання клінічних та інфраструктурних послуг тощо. Соціально-економічний ефект від реалізації цих проєктів полягав у скороченні бюджетних витрат на утримання об'єктів охорони здоров'я при суттєвому зниженні вартості медичних послуг і скороченні терміну очікування діагностики та лікування.

Упродовж останнього часу в Україні створено відповідну нормативно-правову базу. Згідно зі статтею 1 Закону України «Про

державно-приватне партнерство» державно-приватне партнерство визначено як співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами - підприємцями (приватними партнерами), що здійснюють на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом. Відповідно до статті 4 цього Закону закріплена можливість застосування державно-приватного партнерства у сферах «Охорона здоров'я» і «Надання освітніх послуг та послуг у сфері охорони здоров'я». Перспектива залучення приватних інвестицій до фінансування системних заходів у сфері охорони здоров'я також передбачена Концепцією загальнодержавної програми «Здоров'я-2020»: український вимір, затвердженою розпорядженням Кабінета Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р Законом України «Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні» від 24 листопада 2015 року було усунуто низку правових колізій, що ускладнювали налагодження державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я (запроваджено механізми державної підтримки територіальних громад у реалізації проектів державно-приватного партнерства, розширено гарантії для приватних партнерів від зміни законодавства та у випадку розірвання договору про державно-приватне партнерство через порушення державним партнером своїх зобов'язань тощо).

Впровадження механізму державно-приватного партнерства торкнеться майже всіх напрямків медицини: надання медичних послуг та досліджень, наприклад, УЗД, МРТ, впровадження сучасного медичного обладнання, препаратів. Крім того, це дозволить змінити підхід до надання допоміжних послуг - харчування, транспортування хворих, переглянути менеджмент у медустановах, вдосконалити електронні системи обліку, обслуговування обладнання тощо. Чинне законодавство не наділяє приватного партнера правом перепрофільовувати об'єкти охорони здоров'я або здійснювати їх

продаж чи приватизацію, тобто, механізм державно-приватного партнерства не передбачає зміни державної або комунальної форми власності і не дає права приватному партнеру продажу або приватизації закладів охорони здоров'я. І це є запорукою того, що клініка, чи інший медичний заклад, не стане чиеюсь приватною власністю, що нині, до речі, так лякає багатьох громадян. ДПП дозволить побудувати нову модель фінансування та організації системи охорони здоров'я в країні, дозволить сформувати ефективні структури правової системи та підніме на новий рівень якість надання медичних послуг.

Отже, можна сказати, що країна і сфера охорони здоров'я отримала шанс на реальний розвиток і ефективно запровадження реформ.

Інвестиції: практика і досвід. - 2018. - № 8. - С. 83-86.

Замкова Н., Гнидюк І.

Квестія запровадження медичного страхування в Україні

В сучасних реаліях розвитку українського суспільства досить неефективною виявилась застаріла радянська система охорони здоров'я (СОЗ) та формально безоплатна медицина, основними проблемами якої було недостатність фінансів та низька якість медичних послуг населення. Дослідження шляхів подолання цих проблем СОЗ України доводить необхідність переходу до системи, що базується на страхуванні здоров'я громадян, яка з успіхом застосовується у більшості економічно розвинутих країн світу. Відповідно, наступним суттєвим кроком у реформуванні є поступовий перехід до страхової медицини, тобто до принципу «гроші ходять за пацієнтом».

У розвинених країнах держава декларує пакет медичних послуг і закупає їх в надавачів, громадяни самі обирають фахівців, у яких держава має закупити ці послуги. Саме в цьому суть принципу «гроші ходять за пацієнтом». Наразі використання державних коштів для системи охорони здоров'я України є вкрай неефективним через її розміри, ручний режим управління, відсутність цивілізованої конкуренції. Отож, кошти держави необхідно ефективніше використовувати. Саме з цією метою державі необхідно задекларувати гарантований пакет медичних послуг, надати можливість громадянам самостійно вибирати тих, хто буде його надавати. Відповідно, держава,

замість оплати мережі лікарів, буде здійснювати фінансування контракту лише того лікаря, якого вибере сам пацієнт незалежно від його географічного положення. Це й є сучасна модель державного медичного страхування, впровадження якої не потребує додаткових фінансових ресурсів, не спонукає до збільшення податкового тягара на громадян, так як гроші братимуться з загального бюджету, який на сьогоднішній день запланований на утримання СОЗ.

Така модель державної страхової медицини стартувала в Україні з січня 2017 р., яка полягає у зміні фінансування первинної ланки медичної допомоги. На цьому рівні запуснути в дію принципу «гроші ходять за пацієнтом» було більш реально. Вторинна допомога - стаціонари -приєднуються до цього принцип) фінансування у наступному році.

Весь проект переходу до сучасної страхової моделі медицини розрахований на три роки, протягом яких можна поступово перевести фінансування медицини з рейок радянських стандартів на умови ринкової економіки.

У регіонах реформа буде впроваджуватися у різний час, оскільки потрібно змінити Бюджетний кодекс і чинний закон про бюджет, щоб перейти на новий тип фінансування. Ключовою ідеєю реформи є те, що медзаклад отримуватиме кошти за договором з державою, тобто не буде класичного бюджетного утримання.

Для реалізації нової моделі охорони здоров'я вже сьогодні необхідні управлінські та посередницькі організаційні структури (страхові організації, фонди, каси), медичний персонал, який спеціально підготовлений, та більш відповідальне ставлення до здоров'я застрахованих. Незважаючи на те, що в сучасній економіці СОЗ все ще ведеться дискусія щодо того, чи можливо кваліфікувати діяльність галузі медичного забезпечення як якість товару, то для страхової медицини це є безумовним фактом.

Система медичного страхування за характером фінансування визначається перш за все, принципом її організації: державною, соціального страхування, платною.

Державні СОЗ мають багато спільного з існуючою поки що системою охорони здоров'я України, але суттєво відрізняються за конкретними формами управління та передбачають ступінь

самостійності закладів охорони здоров'я, децентралізації тощо.

Специфічним для СОЗ, яка ґрунтується на принципі соціального страхування, є те, що громада бере участь у витратах (деякі види та обсяг медичних послуг фінансується громадянами самостійно, крім коштів страхування) та соціальна солідарність (молодий платить за старого, багатий - за бідного, здоровий - за хворого).

Головними джерелами відшкодування фінансових витрат на медичне забезпечення населення країн світу є страхування здоров'я, форми якого дуже різноманітні. Вони відрізняються за джерелами та умовами фінансування, преїскурантом медичних послуг, формами їх надання тощо. В кожній країні, як правило, існує декілька джерел фінансування страхування здоров'я.

У більшості розвинених країн діють розгалужені системи медичного страхування, які охоплюють значні контингенти населення, що включають сільськогосподарських та промислових працівників, службовців і членів їх сімей, тих, хто навчається, дрібних підприємців тощо.

Медичне страхування розподіляється за формами страхування на обов'язкове та добровільне.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) являється частиною системи соціального страхування та виступає головною формою медичного страхування в державах з ринковою економікою. Цей вид страхування реалізовується згідно законодавчих актів держави, у яких окреслюються умови та послідовність проведення згідно програм, які визначають гарантований обсяг і умови надання медичної допомоги населенню та проведення необхідних заходів профілактики.

Добровільне медичне страхування (ДМС) відноситься не до соціального, а до комерційного страхування, тоді як ОМС може реалізовуватися на принципах соціального. Послуги ДМС доповнюють обов'язкові та забезпечують громадянам можливість одержання медичних послуг понад ті, що встановлені законодавчо в системі ОМС. В обов'язкових послугах застосовується принцип загальності (всі громадяни мають право на одержання медичних послуг), а в добровільних - принцип страхової еквівалентності: застрахована особа отримує ті види медичних послуг і в таких розмірах, за що була сплачена страхова премія. Окрім того, укладання договору ДМС, на

відміну від ОМС, не регламентується органами державного управління. Існує можливість доповнення їх додатковими послугами, які забезпечують клієнтові підвищений рівень сервісного обслуговування, передбачають захист у разі порушення прав страхувальника під час лікування тощо. Порядок проведення обов'язкового медичного страхування визначається законодавством країни. Тобто, сфера застосування ДМС є значно ширшою порівняно з ОМС.

Набутий світовий досвід у цій галузі свідчить про високу ефективність різних моделей та систем обов'язкового медичного страхування. Докорінні зміни системи фінансування охорони здоров'я в Україні при впровадженні обов'язкового медичного страхування можуть стати основою для підвищення фінансової стабільності системи охорони здоров'я, доступності медичної допомоги та якості медичних послуг. Переміщення частини населення з системи державного фінансування охорони здоров'я в систему обов'язкового медичного страхування може допомогти формуванню нових пріоритетів розвитку галузі за рахунок перерозподілу фондів.

Дослідження світового досвіду в сфері фінансування охорони здоров'я на основі обов'язкового медичного страхування дає змогу визначити альтернативні варіанти й ознаки його формування в Україні. Обов'язкове медичне страхування може бути основним або додатковим видом фінансування СОЗ. Альтернативними видами організації фондів обов'язкового медичного страхування можуть стати: єдиний фонд для всього населення країни; декілька єдиних фондів, кожен з яких обслуговує населення певного регіону; фонди, які обслуговують населення одного й того ж регіону, але не конкурують між собою, або ж декілька конкуруючих фондів, що можуть бути державними (квазідержавними) чи приватними установами.

Останнім часом в Україні поживавився пошук методів та інструментів реалізації обов'язкового медичного страхування. У Верховній Раді подано до розгляду 13 законопроектів, які тією чи іншою мірою його стосувалися. Але поглиблене дослідження розробок засвідчує те, що вони не забезпечують комплексного формування методів і умов функціонування системи обов'язкового медичного страхування та не дозволяють впровадити низку основоположних його принципів.

Провідні експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначили чотири складові реформи.

Перша. Державний гарантований пакет медичних послуг для всіх громадян (обсяг послуг, на які держава «страхує» кожного громадянина, однаковий для всіх громадян незалежно від території, стану здоров'я чи спроможності платити).

Друга. Єдиний національний замовник (Національна агенція з фінансування СОЗ) - єдина агенція-замовник з відділеннями в регіонах, яка закуповує гарантований пакет медичних послуг у закладів за контрактом.

Третя. Оплата за медичну послугу за фактом звернення («гроші йдуть за пацієнтом») на основі нормативу на одного жителя для певної ланки, а також на основі плати за пролікований випадок для спеціалізованої допомоги.

Четверта. Автономні медичні заклади.

Згідно із запланованим в 2017 р. мінімальним страховим пакетом, деякі категорії громадян (пенсіонери, діти, студенти, люди з інвалідністю, безробітні, вагітні та працевлаштовані, яких мають застрахувати роботодавці) отримуватимуть наступні види послуг: швидко невідкладну допомогу, аналізи (найпростіші), лікування діабету, ВІЛ і психічних захворювань.

Відповідно, первинна ланка буде покрита гарантованими послугами через державне страхування.

Всі зміни мають бути узгоджені з Європейською хартією місцевого самоврядування і Концепцією реформування місцевого самоврядування та територіальною організацією влади в Україні.

На сьогодні СОЗ налічує безліч ризиків (через концентрацію ресурсів - податки до бюджету) та постачання послуг. Пулінг ризиків та ресурсів найефективніше здійснювати на національному рівні (чим більший масштаб, тим краще). Але постачання послуг відбувається на рівні громад. І саме вони можуть впливати на якість медичних послуг й інфраструктуру.

Пропонована для України модель взаємодії рівнів влади у фінансуванні й наданні медичних послуг базується на сучасній європейській практиці:

- збір та розподіл коштів здійснюють незалежні інституції

(агенції чи страхові фонди);

- незалежні агенції переказують кошти безпосередньо на користь медичних закладів (а не до місцевих бюджетів);
- місцеве самоврядування виконує значну роль у наданні послуг, але не в їх фінансуванні.

На даному етапі реформування СОЗ, розробки та впровадження потребують фінансові та організаційні механізми вдосконалення доступу населення до медичної допомоги, оскільки в Україні існують фінансові, територіальні та структурні перешкоди до такого доступу. Розроблення та запровадження таких механізмів сприятимуть накопиченню соціального капіталу в державі.

Досвід реформування СОЗ у зарубіжних країнах дає можливість виокремити оптимістичні та песимістичні сценарії можливих наслідків зміни моделі фінансування галузі в Україні. За оптимістичним сценарієм, запровадження державної страхової медицини в Україні забезпечить фінансову спроможність та стійкість системи охорони здоров'я, з'являться додаткові ресурси для розвитку медичної інфраструктури, збільшиться рівень доходу персоналу галузі, що стане передумовою підвищення якості надання медичних послуг і задоволення базових потреб населення.

За песимістичним сценарієм, суттєва трансформація фінансування й організації СОЗ в Україні без відповідного обґрунтування може зменшити для окремих верств населення доступність медичної допомоги. В зарубіжних країнах у період фінансово-економічної кризи система медичного страхування, де вона є переважним механізмом фінансування СОЗ, внаслідок різкого зменшення страхових внесків та неможливості здійснювати притаманні їм функції, виникають суттєві проблеми. Не виключено, що в Україні можуть сформуватися нові сегменти збіднілих верств населення, поява яких викликана великими витратами на медичні послуги.

*Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. -
2018. - № 3. - С. 88-100.*

Україна на шляху реформ: медична реформа

**Прес – дайджест
IV квартал 2018 р.**

Підготувала: *Ю. Щеглова*
Редактор: *Т. Пішванова*
Комп'ютерна верстка: *Г. Мацієвська*

Наклад 40 прим.
Віддруковано у Запорізькій ОУНБ
просп. Соборний, 142, Запоріжжя, 69095

Відділ наукової інформації та бібліографії
Телефон: (061) 787-53-57
Ел. пошта: bibliograf.zounb@ukr.net, bibliograf@zounb.zp.ua



**ЗАПОРІЖЖЯ
ПР. СОБОРНИЙ, 142
061 787 53 57**

**BIBLIOGRAF.ZOUNB@UKR.NET
BIBLIOGRAF@ZOUNB.ZP.UA**

**FACEBOOK.COM/BIBLIOGRAF.ZOUNB
YOUTUBE.COM/BIBLIOGRZOUNB**

ZOUNB.ZP.UA