

З. М. Лободіна

**ДОСТУПНІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ:
ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

У статті проаналізовано фізичну та фінансову доступність медичної допомоги для населення, виявлено основні проблеми. Обґрунтовано необхідність та окреслено перспективи підвищення доступності медичної допомоги в Україні.

Ключові слова: доступність медичної допомоги, фізична доступність медичної допомоги, фінансова доступність медичної допомоги, фінансування галузі охорони здоров'я, джерела фінансового забезпечення охорони здоров'я.

В статье проанализирована физическая и финансовая доступность медицинской помощи для населения, обнаружены основные проблемы. Обоснованы необходимость и перспективы повышения доступности медицинской помощи в Украине.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи, физическая доступность медицинской помощи, финансовая доступность медицинской помощи, финансирование отрасли здравоохранения, источники финансового обеспечения здравоохранения.

In the article physical and financial availability of medicare for a population is analysed, basic problems are founded out. Necessity and prospects of increase of availability of medicare in Ukraine are grounded.

Keywords: availability of medicare, physical availability of medicare, financial availability of medicare, financing of industry of health protection, source of the financial providing of health protection.

Вступ. Збереження і розвиток здоров'я населення, як вирішального чинника забезпечення економічного та соціального розвитку країни, є однією

із найважливіших соціальних функцій держави. Реалізація зазначеної функції відбувається через діяльність галузі охорони здоров'я, для оцінки якої у вітчизняній та міжнародній практиці використовують такі показники як якість та доступність медичної допомоги.

Проте, не зважаючи на усі декларації щодо необхідності покращення здоров'я населення та прийнятих для розв'язання зазначеної проблеми численних нормативно-правових актів, ситуація щодо надання медичної допомоги українцям суттєво не покращилась. Тому аналіз фізичної та фінансової доступності медичної допомоги, виявлення основних причин її зниження має принципове значення для удосконалення функціонування галузі охорони здоров'я та розробки стратегії її реформування.

Дослідженню проблем доступності медичної допомоги присвячені праці О. Баєвої, Д. Карамішева, В. Лехан, Я. Радиша, В. Рудого, І. Сенюти, Г. Слабкого та інших. Проте, незважаючи на наукову і практичну цінність опублікованих праць, основні проблеми, пов'язані з доступністю медичної допомоги для українців, досі залишаються невирішеними.

Постановка задачі. З огляду на вищесказане, основною метою статті є оцінка забезпечення населення доступними та якісними лікарськими засобами, високоякісними медичними послугами та медичним обладнанням, виявлення основних проблем доступності медичної допомоги для населення, обґрунтування необхідності та шляхів вирішення окремих із них.

Результати. Право на доступність медичної допомоги, як зазначено у Амстердамській декларації Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, є одним із найважливіших соціальних прав громадян.

У міжнародних документах доступність медичної допомоги розглядають як багатовимірне поняття, яке включає баланс багатьох факторів у рамках жорстких практичних обмежень, зумовлених особливостями ресурсів та можливостями країни. Ці фактори включають кадри, фінансування, транспортні засоби, свободу вибору, громадську грамотність населення, якість і розподіл технічних ресурсів. Баланс зазначених елементів,

що максимізують кількість та якість насправді отримуваної населенням медичної допомоги, і визначає характер та ступінь її доступності [7].

В Україні право людини на охорону здоров'я закріплене у статті 49 Конституції України від 28. 06. 1996 р. № 254/96 ВР, статті 6 Закону України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19. 11. 1992 р. № 2801-ХІІ та статті 283 Цивільного кодексу України від 16. 01. 2003 р. № 435-ІV.

У Конституції України також зазначено, що „ ... держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу надають безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [5]”. Тобто основний закон країни визначає право людини на доступність медичної допомоги на засадах безоплатності, хоча при цьому не виключається можливість залучення небюджетних джерел фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я.

У практичній діяльності органи управління охороною здоров'я акцентують основну увагу на фізичній та фінансовій доступності медичної допомоги – забезпеченню населення доступними та якісними лікарськими засобами, високоякісними медичними послугами та медичним обладнанням.

Фізична доступність ліків, медичного обладнання забезпечується наявністю медичних препаратів потрібного пацієнтам асортименту у закладах охорони здоров'я (в тому числі – у аптечних закладах), медичних послуг – наявністю і роботою мережі закладів охорони здоров'я та медичних працівників.

В Україні ліки реалізуються у 22864 аптечних закладах. У середньому в нашій державі одна аптека разом з аптечним пунктом обслуговують 2,6 тис. осіб, що відповідає європейським показникам [3].

Однак, незважаючи на позитиви розвитку фармацевтичного ринку в Україні, більшість проблем медикаментозного забезпечення лікувального процесу, на яких акцентували увагу і учасники наради Кабінету Міністрів

України 16 червня 2010 р., у нашій державі залишаються не вирішеними. До них можна віднести такі:

1) збільшення темпів зростання аптечних закладів у містах із одночасним зменшенням їх кількості у сільській місцевості, поширення фактів недобросовісної конкуренції;

2) невідповідність структур захворюваності населення та споживання ліків, що зумовлено неконтрольованою рекламою медичних препаратів та збільшенням кількості випадків самолікування людей;

3) незадовільне забезпечення пацієнтів, особливо у сільській місцевості, знеболювальними лікарськими засобами, зокрема наркотичними і психотропними. Причиною цього є нерівномірне територіальне розміщення 693 аптек, які отримали ліцензію на реалізацію зазначених препаратів;

4) зниження якості лікарських засобів, що зумовлено: недодержанням вітчизняними виробниками належної виробничої практики відповідно до вимог GPM та GDP; змінами порядку здійснення державного контролю за якістю імпортованих в Україну ліків, внаслідок яких 90% препаратів ввозиться у нашу державу без лабораторного контролю;

5) зниження рівня доступності окремих лікарських засобів, причиною чого є занадто велика диверсифікація оптового фармацевтичного ринку та неефективна діяльність окремих оптових компаній.

Що стосується застосування медичного обладнання у лікувальному процесі, зазначимо, що недофінансування охорони здоров'я відповідно до потреби у фінансових ресурсах медичних закладів призвело до відсутності оновлення та модернізації основних фондів. Це зумовило необхідність використання близько 80% більш, як на половину фізично та морально застарілого обладнання і загрожує безпеці пацієнтів і медичного персоналу.

Виходом із окресленої ситуації може бути фінансовий лізинг – як один із інструментів кредитування операцій із купівлі обладнання та інших високовартісних товарів медичного призначення. Його основна перевага в тому, що він суттєво не впливає на видатки та в умовах динамічного розвитку ринку медичної техніки дає змогу закладам охорони здоров'я

уникнути морального зношення основних засобів та протягом короткого терміну вирішити питання власного ресурсозабезпечення [4, с.193].

Альтернативною можливістю зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я вважаємо скасування законодавчої заборони бюджетним установам здійснювати запозичення і надання державою пільгових кредитів медичним установам на придбання й переоснащення лікувально-діагностичної апаратури та обладнання.

За несприятливої демографічної ситуації, що зберігається в Україні, підвищення рівнів захворюваності та поширеності хвороб серед людей, особливої значимості набуває створення умов для формування, збереження і зміцнення їхнього здоров'я.

Важлива роль у забезпеченні реалізації пріоритетної державної політики у даному напрямі належить закладам охорони здоров'я, мережа яких станом на початок 2009 р. охоплювала 9422 заклади системи Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) та 693 відомчих закладів охорони здоров'я.

У 2008 р. чисельність амбулаторно-поліклінічних закладів системи МОЗ України збільшилася на 228 закладів (3,4%) порівняно із 2004 р., закладів, які мають денні стаціонари – на 679 (15,5%), закладів, які мають стаціонари вдома – на 492 (12%) відповідно та зменшення кількості лікарняних закладів на 131 закладів (4,9%). Така ситуація є наслідком реформування вітчизняної медичної галузі шляхом запровадження заходів щодо удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини тощо.

Однак, незважаючи на позитивні тенденції, сучасний стан мережі закладів охорони здоров'я є одним із чинників неефективного використання ресурсів галузі. В Україні, за розрахунками експертів, має функціонувати приблизно 7 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів, а працює – близько 15,1 тис. Європейські орієнтири відсутні (дороги, автомобіль для роботи медсестер, телефонний зв'язок). Кількість сільських лікарських амбулаторій має становити 5–6 тис., а налічується лише 3628. Одна сільська лікарська

амбулаторія обслуговує 1,5–3 тис. прикріпленого сільського населення [9, с.74].

Упродовж 2004–2008 рр. відбулися зміни і у кадровому забезпеченні закладів охорони здоров'я: загальна чисельність лікарів зросла на 0,7% до 198358 у 2008 р., чисельність лікарів на 10 тис. населення – на 3,3% до 43,16 у 2008 р. Кількість середніх медичних працівників усього та з розрахунку на 10 тис. населення у 2008 р. зменшилася порівняно із 2004 р. на 7,5% та 5,2% відповідно.

У 2010 р. укомплектованість лікарями становить 81,0%, а дефіцит лікарських кадрів складає майже 46,2 тис. штатних посад [6, с.19]. Причиною зазначеної ситуації є: міграційні процеси, природна плінність населення, незадовільний рівень соціально-побутових умов у сільській місцевості, низький рівень заробітної плати медичних працівників та невідповідність її обсягу затраченій праці тощо.

Вплив останнього фактора, на наш погляд, є чи не найголовнішим, а тому потребує детальнішого розгляду.

У 2009 р. середньомісячна номінальна заробітна плата в галузі охорони здоров'я становила 1307 грн. (що у 9,5 раза більше, ніж у 2000 р.), ще нижчою вона була у працівників закладів готельного і ресторанного бізнесу – 1267 грн., галузях сільського господарства – 1206 грн. та рибальства – 1028 грн. Окрім того, спостерігається негативна тенденція зниження рівня середньої заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я щодо відповідного показника в промисловості.

Окрім того, система заробітної плати працівників закладів охорони здоров'я характеризується відсутністю оптимальних міжпосадових співвідношень. Наприклад, посадовий оклад лікаря-хірурга вищої кваліфікаційної категорії на 1. 04. 2010 р. встановлений на рівні 1372,14 грн., лікаря іншої спеціальності та провізора аптеки тієї ж категорії – 1287,09 грн., медичної сестри тієї ж категорії – 1031,94 грн., молодшої медичної сестри – 720,09 грн. Звичайно, така диференціація є несправедливою і, враховуючи

рівень відповідальності й складність роботи, викликає невдоволення у висококваліфікованих фахівців.

Однією із проблем сучасної кадрової політики в галузі охорони здоров'я є кадровий дисбаланс між кількістю лікарів та середнім і молодшим медичним персоналом, співвідношення між якими в Україні становить 1:2–3 (показник коливається у областях) і не відповідає сучасним вимогам (у європейських країнах таке співвідношення дорівнює 1:5–6). У зв'язку з недостатньою кількістю середнього та молодшого медичного персоналу сестринські обов'язки часто змушені виконувати лікарі, оплата праці яких потребує значно більших витрат.

Гальмівним чинником на шляху до реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини залишається невідповідність чисельності сімейних лікарів, яких налічується близько 35 тис., потребі населення у них (на сьогодні вона задоволена на 28,3%).

Кількість закладів первинної медико-санітарної допомоги на 10 тис. населення в Україні утричі менша, ніж у країнах ЄС (Україна – 1,2 заклади на 10 тис. населення, ЄС – 4,9), чисельність лікарів цієї ланки у 1,5 рази нижча за аналогічний показник у країнах ЄС (Україна – 6,3 лікарів на 10 тис. населення, ЄС – 9,4 на 10 тис. населення) [9, с.74–75].

Фінансова доступність медичної допомоги, особливо в умовах сучасної економічної кризи, на наш погляд, є набагато складнішою проблемою. Вона залежить від фінансової спроможності:

- держави – фінансувати галузь охорони здоров'я (зокрема, забезпечувати бюджетними коштами витрати на надання гарантованого державою базового обсягу загальнодоступної медичної допомоги),

- населення – оплачувати медичні послуги, які не входять у гарантований державою базовий обсяг загальнодоступної медичної допомоги (декларується, що це ті медичні послуги, ненадання яких не загрожує здоров'ю пацієнта).

Результати опитування фізичних осіб щодо самооцінки ними стану власного здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги (табл. 1), проведеного у 2009 р. Державним комітетом статистики України, підтверджують наведену гіпотезу.

Таблиця 1

Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя

Показники	2008			2009			Відхилення (+, -) 2009 р. до 2008 р.
	Усі домогосподарства	Домогосподарства, які проживають у:		Усі домогосподарства	Домогосподарства, які проживають у:		
		міських поселеннях	сільській місцевості		міських поселеннях	сільській місцевості	
Кількість домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, тис.	16654,2	11530,9	5123,3	16594,4	11545,5	5048,9	-59,8
Частка домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, у загальній кількості домогосподарств, %	96,8	97,2	96	97,1	97,6	95,9	0,3
Кількість домогосподарств, члени яких потребували, але не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, тис.	2285,2	1623,6	661,6	3408,7	2441,2	967,5	1123,5
Частка домогосподарств, члени яких не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя у загальній кількості домогосподарств, члени яких потребували, але не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, %	13,7	14,1	12,9	20,5	21,1	19,2	6,8
Кількість домогосподарств (тис.), члени яких не змогли:							
– придбати ліки	1753,3	1219	534,3	2828,8	2029,7	799,1	1094,9
в т.ч. через високу вартість, %	96,5	96,9	95,4	98,1	98,3	97,6	1,6
– придбати медичне обладнання	294,7	150,9	143,8	408,7	293,8	114,9	114
в т.ч. через високу вартість, %	94,1	95,8	92,3	96,6	98,9	90,7	2,5
– відвідати лікаря	986,6	595,6	391,2	1449,2	978,6	470,6	462,6
в т.ч. через високу вартість послуг, %	79,9	83,3	74,8	83,6	84,9	81	3,7

* Складено на основі даних: Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році. Результати дослідження, проведені Державним комітетом статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

Як видно із таблиці, на фоні зменшення у 2009 р. кількості домогосподарств, члени яких потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, на 59,8 тис. (це пояснюється зменшенням чисельності населення України, а не покращенням його здоров'я), частка домогосподарств, які не задовольнили потреби в отриманні медичної допомоги, склала 20,5% від загальної кількості домогосподарств, що на 6,8% більше, ніж у 2008 р.

Основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги переважна більшість домогосподарств вважає високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я.

Серед домогосподарств, у складі яких були особи, які потребували медичної допомоги, але не змогли її отримати, 81% респондентів повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків. Така ситуація склалася у кожному шостому пересічному домогосподарстві (у 2008 р. – у кожному десятому).

Залишаються проблеми з доступністю послуг лікарів. У трьох із семи домогосподарств, у яких хто-небудь з членів при потребі не отримав медичну допомогу (у кожному дванадцятому), хворі не мали можливості відвідати лікаря. У 84% таких випадків опитувані пояснили це високою вартістю послуг.

Дев'ять з десяти домогосподарств, які при потребі у придбанні медичного приладдя, відвідуванні стоматолога, протезуванні, проведенні медичних обстежень та отриманні лікувальних процедур змушені були відмовитися від цих видів медичної допомоги, зазначили причиною відмови їх високу вартість.

Майже кожне друге (у 2008 р. – майже кожне п'яте) домогосподарство (відповідно 9% та 2% усіх домогосподарств), члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомило про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах через його занадто високу вартість [8].

Отже, наведена статистична інформація дає підстави констатувати, що в Україні з року в рік знижується рівень доступності медичних послуг для населення переважно за рахунок їх високої вартості. Тобто, одночасно із порушенням права людини на доступність медичної допомоги неповністю реалізується конституційно закріплене право на безоплатність її отримання. На наш погляд, основною причиною цього є неузгодженість між обсягами гарантованої державою безоплатної медичної допомоги населенню та бюджетних коштів, виділених на організацію її надання.

В Україні продовжує функціонувати, як прийнято вважати, бюджетна модель фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я із основним джерелом фінансових ресурсів – коштами державного та місцевих бюджетів. Так, упродовж 2004–2009 рр. обсяг видатків зведеного бюджету України на фінансування галузі охорони здоров'я зріс у 3 рази (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка видатків бюджетів України на охорону здоров'я у 2004–2009 рр.

Роки	Обсяг видатків				
	Зведений бюджет, тис. грн.	Державний бюджет		Місцеві бюджети	
		всього, тис. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %	всього, тис. грн.	частка у видатках зведеного бюджету, %
2004	12159398,7	3447836,5	28,4	8711562,2	71,6
2005	15476470,3	3508078,8	22,7	11968391,5	77,3
2006	19737731,2	4099666,5	20,8	15638064,7	79,2
2007	26717561,3	6321020,1	23,7	20396541,2	76,3
2008	33559899,6	7365508,3	21,9	26194391,3	78,1
2009	36564906,3	7534954,7	20,6	29029951,6	79,4

* Розраховано та побудовано на основі даних фінансової звітності про виконання Державного, місцевих, зведеного бюджетів України за 2004–2009 рр. Офіційний сайт Комітету Верховної Ради України з питань бюджету. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум.: <http://budget.rada.gov.ua>.

Основним джерелом фінансових ресурсів зазначеної галузі залишалися кошти місцевих бюджетів, абсолютна величина яких щороку збільшувалася. Спостерігалася тенденція до зменшення частки коштів державного бюджету з 28,4% у 2004 р. до 20,6% у 2009 р. і зростання питомої ваги коштів місцевих бюджетів з 71,6% у 2004 р. до 79,4% у 2009 р. у структурі джерел фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Упродовж 2004–2009 рр. як негативну тенденцію можна відмітити зменшення питомої ваги видатків на охорону здоров'я у загальному обсязі видатків зведеного бюджету України із 11,99% у 2004 р. до 11,89% у 2009 р. Така ситуація свідчить про зниження пріоритетності бюджетного фінансування галузі охорони здоров'я в Україні і, на наш погляд, не є виправданою, оскільки в умовах зростаючої захворюваності та смертності українського населення зростає його потреба у високоякісній та доступній медичній допомозі.

Незважаючи на зростання обсягів видатків бюджетів на охорону здоров'я і у відсотках до ВВП (з 2,8% у 2004 р. до 4% у 2009 р.), дані показники залишаються в Україні майже у 2–3 рази нижчими порівняно з країнами-членами Європейського Союзу і не належать до числа соціальних пріоритетів держави, оскільки за рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я для забезпечення ефективної і кваліфікованої медичної допомоги державні витрати на охорону здоров'я повинні становити 7–10% від ВВП (у країнах Європейського регіону зазначений показник становить близько 7,7%, країнах-членах Європейського Союзу – 8,7%).

Це підтверджує, також, неможливість держави виконувати фінансові зобов'язання щодо забезпечення бюджетними коштами політики охорони здоров'я на рівні, „... не менше 10% національного доходу [2]”. Незважаючи на це, Україна продовжує декларувати безкоштовну медицину.

Дослідження джерел фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я дає змогу констатувати, що важливе значення для організації і розвитку охорони здоров'я має її приватне фінансування. Співвідношення державних і приватних видатків на потреби даної галузі у Чехії становить 88,2% та 11,8%, Німеччині – 77,4% та 22,6%, Франції – 74% та 26%, Японії – 73,8% та 26,2%, Канаді – 69,8% та 30,2%, Польщі – 68,7% та 31,3%, США – 44 та 56% [1, с.131; 9, с.43].

Питома вага коштів фізичних і юридичних осіб у структурі джерел фінансування національної системи охорони здоров'я становить 45%. Зазначений показник в Україні вищий, ніж у європейських країнах, Японії,

Канаді та починає наближатися до аналогічного показника в США – країни із приватною (платною) моделлю фінансового забезпечення охорони здоров'я.

До основних чинників, які негативно впливають на фінансову доступність медичної допомоги для людей, можна також віднести:

- правову нерегульованість порядку надання платних послуг медичними закладами, що створює можливості для використання завищеної форми платності медичної допомоги;
- відсутність єдиної науково обгрунтованої методики розрахунку вартості медичних послуг;
- негативна діяльність страховиків, які під виглядом медичного страхування намагаються легалізувати надання закладами охорони здоров'я неофіційних „платних медичних послуг” пацієнтам;
- некоректне використання закладами охорони здоров'я такої форми їх фінансового забезпечення як благодійництво, яка згідно з законодавством передбачає добровільне, безкорисливе надання фізичними та юридичними особами благодійної допомоги у грошовому чи натуральному виразі медичним інституціям. Натомість дуже часто благодійництво використовують для відшкодування вартості медичних послуг, які законодавець не відносить до платних, порушуючи таким чином основний принцип благодійної діяльності – добровільність.

Наведені статистичні дані дають підставу припустити, що в Україні де-юре бюджетна модель організації та фінансування охорони здоров'я, яка дісталася нашій державі у спадок від існуючої в СРСР моделі Семашко, де-факто трансформується в систему, яка поєднує суспільні та приватні джерела фінансування. Такі зміни супроводжуються зниженням рівня фінансової доступності медичної допомоги для населення.

Не краща ситуація і у сфері медикаментозного забезпечення лікувального процесу пацієнтів. На наш погляд, основними причинами зниження фінансової доступності медичних препаратів для українців є:

- 1) Невелика частка видатків на медикаменти та перев'язувальні засоби у загальному обсязі видатків бюджетів – 15–30%.

2) Низька питома вага зареєстрованих в Україні ліків вітчизняного виробництва – 28% з 13873 препаратів, темп зростання цін на які нижчий, ніж на медикаменти зарубіжних виробників. Це призводить до збільшення витрат населення на придбання лікарських засобів та зменшує їх доступність пацієнтам.

3) У сучасних умовах відсутні офіційні механізми залучення особистих коштів громадян для оплати стаціонарного лікування, в результаті чого пацієнти купують ліки у роздрібній мережі за цінами на 25–30% вищими, ніж оптові, що встановлюють при закупівлі партій медичних препаратів для закладів охорони здоров'я.

4) У зв'язку із збільшенням кількості випадків самолікування населення, суб'єктивних рішень лікарів щодо раціонального вибору медикаментів, у процесі чого не враховується співвідношення ціни ліків й терапевтичного ефекту від їх прийому, необгрунтовано зростають витрати людей на придбання лікарських засобів.

Висновки. Резюмуючи вищенаведене, зазначимо: проблема як фізичної, так і фінансової доступності медичної допомоги для населення залишається в Україні не вирішеною, що є порушенням соціальних прав людини. Покращити зазначену ситуацію, на нашу думку, видається можливим лише за умови розробки науково обгрунтованої стратегії реформування національної системи охорони здоров'я та послідовного і результативного впровадження комплексу заходів щодо удосконалення організації та фінансування зазначеної галузі.

Література

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібн. / О. В. Баєва. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
2. Закон України „Основи законодавства України про охорону здоров'я” від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ (із змінами та доповненнями) // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 34. – С. 59–83.

3. Кабінет Міністрів України: нарада з питань забезпечення доступності медичних послуг та ліків [Електронний ресурс] // Аптека. – 2010. – № 745 (24). – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/44073>.
4. Карамішев Д. Можливості застосування лізингових операцій у вирішенні питань ресурсозабезпечення галузі охорони здоров'я / Д. Карамішев // Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. – 2006. – № 2. – С. 188–193.
5. Конституція України : прийн. на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 р. № 254/96 ВР (із змінами та доповненнями). – К. : Право, 1996. – 38 с.
6. Підсумки діяльності у сфері охорони здоров'я України за перше півріччя 2010 року. – К.: МОЗ України, 2010. – 59 с.
7. Положення про доступність медичної допомоги, прийняте 40-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (вересень, 1988 р.) у Відні (Австрія) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=990_030.
8. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році. Результати дослідження, проведені Державним комітетом статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до докум. : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
9. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік / [за ред. В. Князевича]. – К., 2009. – 384 с.