

МІНІСТЕРСТВО АГРАРНОЇ ПОЛІТИКИ ТА ПРОДОВОЛЬСТВА УКРАЇНИ
МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ВІСНИК

АГРАРНОЇ НАУКИ ПРИЧОРНОМОР'Я

Науковий журнал

*Виходить 4 рази на рік
Видається з березня 1997 р.*

Випуск 1 (71) 2013

Миколаїв
2013

<http://visnyk.mnau.edu.ua/>

Засновник і видавець: Миколаївський національний аграрний університет.

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №19669-9469ПР від 11.01.2013.

Згідно з Постановою ВАК України від 14.04.2010 р. № 1-05/3 видання включено до переліку фахових видань.

Головний редактор: В.С. Шебанін, д.т.н., проф., чл.-кор. НААНУ

Заступники головного редактора:

І.І. Червен, д.е.н, проф.
В.І. Гавриш, д.е.н., проф.
В.П. Клочан, к.е.н., доц.
М.І. Гиль, д.с.-г.н., проф.
В.В. Гамаюнова, д.с.-г.н., проф.

Відповідальний секретар: Н.В. Потриваєва, к.е.н., доц.

Члени редакційної колегії:

Економічні науки: О.В. Шебаніна, д.е.н., проф.; Н.М. Сіренко, д.е.н., проф.; О.І. Котикова, д.е.н., проф.; Джулія Олбрайт, PhD, проф. (США); І.В. Гончаренко, д.е.н., доц.; О.М. Вишневська, д.е.н., доц.; А.В. Ключник, д.е.н., доц.; О.Є. Новіков, д.е.н., доц.; О.В. Скрипнюк, д.ю.н., проф.; О.Д. Гудзинський - д.е.н., проф.; О.Ю. Єрмаков, д.е.н., проф.; В.І. Топіха, д.е.н., проф.; В.М. Яценко, д.е.н., проф.; М.П. Сахацький, д.е.н., проф.; В.С. Дога, д.е.н., проф. (Молдова).

Технічні науки: Б.І. Бутаков, д.т.н., проф.; К.В. Дубовенко, д.т.н., проф.; К.М. Думенко, д.т.н., доц.; В.Д. Будаков, д.т.н., проф.; С.І. Пастушенко, д.т.н., проф.; А.А. Ставинський, д.т.н., проф.; В.П. Лялякіна, д.т.н., проф. (Росія).

Сільськогосподарські науки: В.С. Топіха, д.с.-г.н., проф.; Т.В. Підпала, д.с.-г.н., проф.; А.С. Патрева, д.с.-г.н., проф.; В.П. Рибалко, д.с.-г.н., проф., академік НААН України; І.Ю. Горбатенко, д.б.н., проф.; І.М. Рожков, д.б.н., проф.; В.А. Захаров, д.с.-г.н., проф. (Росія); С.Г. Чорний, д.с.-г.н., проф.; М.О. Самойленко, д.с.-г.н., проф.; А.К. Антипова, д.с.-г.н. доц.; В.І. Січкарь, д.б.н., проф.; А.О. Лимар, д.с.-г.н., проф.; А.П. Орлюк, д.б.н., проф.; В.Я. Щербаков, д.с.-г.н., проф.; Майкл Бьоме, проф. (Німеччина).

Рекомендовано до друку вченою радою Миколаївського національного аграрного університету. Протокол № 6 від 26.02.2013 р.

Посилання на видання обов'язкові.

Точка зору редколегії не завжди збігається з позицією авторів.

Адреса редакції, видавця та виготовлювача:

54020, Миколаїв, вул. Паризької комуни, 9,

Миколаївський національний аграрний університет,

тел. 0 (512) 58-05-95, www.mnau.edu.ua

© Миколаївський національний аграрний університет, 2013

СВІТОВИЙ ДОСВІД ПОДОЛАННЯ ПРОБЛЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ФОРМУВАННІ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ СІЛЬСЬКИХ ТЕРИТОРІЙ УКРАЇНИ

І.В. Гончаренко, доктор економічних наук, доцент
Миколаївський національний аграрний університет

У статті розглянуто проблеми охорони здоров'я у формуванні людського капіталу сільських територій України, розкрито досвід розвинених країн у забезпеченні високих стандартів систем охорони здоров'я.

Ключові слова: людський капітал, охорона здоров'я, сільські території.

Постановка проблеми. Міжнародні економічні і фінансові інститути виявляють постійний інтерес до проблеми людського капіталу. Економічна і соціальна рада ООН (ЕКОСОС) ще в 1970-ті роки ХХ століття розробила стратегію подальшого розвитку людства, в якій була зазначена проблема значимості і ролі людського чинника в глобальному економічному розвитку. Населення сільських регіонів України відчуває значні проблеми у процесі формування людського капіталу, насамперед недостатніми є можливості охорони здоров'я. Сучасна система охорони здоров'я в Україні не забезпечує рівного безкоштовного отримання населенням до якісних медичних послуг і характеризується низькою їх якістю, що негативно впливає особливо на незахищені верстви населення, які страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Високим також є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. За таких умов медична галузь потребує вдосконалення та створення принципово нових структурно-функціональних моделей, що відповідали б сучасним вимогам, а також виконанню завдань для задоволення зростаючих потреб у медичній допомозі з одного боку та стабілізації чи стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я – з іншого.

© Гончаренко І.В., 2013

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Безумовно, такі проблеми не могли залишатися непоміченими. Їх досліджували відомі вітчизняні вчені. Питання регіонального розвитку системи охорони здоров'я як складової соціальної сфери відображено у наукових працях багатьох учених-економістів і практиків. Зокрема, значний внесок у розроблення зазначеної тематики здійснили Б.М. Андрушків, В.М. Геєць, Б.М. Данилишин, М.І. Долішній, С.І. Дорогунцов, В.І. Крамаренко, А.Ф. Мельник, С.М. Писаренко, У.Я. Садова, Д.М. Стеченко, І.Д. Фаріон, М.Г. Чумаченко, А.Т. Шевчук та інші, у працях яких подано широкий спектр підходів до розв'язання проблем територіальної організації об'єктів соціального призначення. У той же час економічні проблеми розвитку галузі на регіональному рівні з позицій впливу на формування людського капіталу сільських територій не знайшли достатнього висвітлення в літературі, а також не вирішені на практиці. Це й зумовило необхідність даного наукового дослідження.

Постановка завдання. Існуюча мережа закладів охорони здоров'я в багатьох випадках не відповідає реальним потребам сільського населення, а наявні ресурси використовуються неефективно. Така ситуація негативно впливає на формування людського капіталу сільських територій, тому завданням нашого дослідження є вивчення досвіду розвинених країн у забезпеченні високих стандартів систем охорони здоров'я, розроблення пропозицій щодо його використання в Україні.

Викладення основного матеріалу дослідження. Рівень забезпеченості сільських жителів послугами охорони здоров'я, помітно погіршившись у період соціально-економічної нестабільності, залишається набагато нижчим, ніж у міських поселеннях. Незадовільною є доступність і матеріально-технічна база закладів, що надають селянам первинну медико-санітарну допомогу (навіть центральних районних лікарень), не вистачає лікарів загальної практики, фахівців різних спеціальностей і середнього медичного персоналу, серйозні недоліки спостерігаються у роботі служб охорони здоров'я матері та дитини, швидкої медичної допомоги.

Відповідно до європейської політики «Здоров'я-2020» право на здоров'я є одним з основних прав людини. Належний

рівень здоров'я населення – підґрунтя для стабільного політичного, економічного, соціального та особистісного розвитку. Країни мають визначити основні соціальні фактори, що впливають на здоров'я населення, до яких належать: рівень освіти, житлові умови, спосіб життя, співвідношення праця/життя тощо. Також країни мають постійно працювати над вирішенням такої проблеми, як несправедливий доступ до медичної допомоги для різних прошарків населення. Для досягнення цих цілей необхідно, щоб спільно працювали вся держава і уряд, а не лише Міністерство охорони здоров'я.

У світі існує добре відома залежність між рівнем доходу населення і тривалістю життя. Зі зростанням доходу населення продовжується середня тривалість життя. Україна, на жаль, зараз посідає одне з останніх місць в Європейському регіоні ВООЗ за обома цими показниками. У більшості країн Європи основні витрати на охорону здоров'я фінансуються за рахунок податків та медичного страхування, а значна частина витрат на охорону здоров'я в Україні здійснюється безпосередньо з кишені пацієнта, у той час як. Через це в Україні має місце нерівний доступ до медичної допомоги та різні рівні здоров'я у різних прошарках суспільства. Скорочення і усунення цієї нерівності є проблемою не тільки галузі охорони здоров'я, вона має знаходитися в центрі уваги при формуванні політики і стратегії, спрямованих на боротьбу з бідністю, розбудову безпечного та стабільного суспільства, зростання людського капіталу та зменшення соціальної нерівності.

У 2008 р. країни Європи затвердили Таллінську хартію «Система охорони здоров'я для здоров'я та добробуту», в якій визначено такі цілі для систем охорони здоров'я:

- забезпечувати покращання стану здоров'я населення;
- реагувати на потреби населення;
- забезпечувати фінансовий захист пацієнтів від високого рівня витрат на охорону здоров'я.

Для цього система охорони здоров'я має виконувати ряд базових функцій:

- загальне відповідальне управління системою;

- раціональне використання усіх ресурсів: кадрового, медичних препаратів, інфраструктури, лікувальних закладів, обладнання тощо;

- надання переваги первинному рівню медичної допомоги;
- використання ефективних моделей фінансування системи.

Зараз Європейське регіональне бюро ВООЗ починає розроблення нової стратегії «Здоров'я-2020», яка також наголошує на тому, що здоров'я є одним з основних прав людини та розглядається як критичний ресурс для стабільного розвитку Європи. Передбачається, що реалізація цієї стратегії сприятиме покращанню рівня здоров'я та добробуту в регіоні та привести до того, що покращання стану здоров'я населення має стати предметом відповідальності держави та уряду в цілому.

Однією з найважливіших соціальних функцій держави є турбота про здоров'я людей. Збереження й розвиток потенціалу здоров'я громадян як складової людського капіталу є основним імперативом сучасного цивілізаційного прогресу. Це є одним із визначальних критеріїв розвитку людського суспільства. Саме тому на сьогоднішній день дуже гостро стоїть питання вдосконалення фінансування охорони здоров'я, бо це є важливою передумовою подолання негативних явищ в економіці та суспільстві в цілому. Рівень охорони здоров'я населення напряму залежить від ефективності фінансування цієї галузі. З цього приводу завжди виникали жваві дискусії в країнах із різним рівнем розвитку економіки. Але питання вибору найкращого виду фінансування охорони здоров'я є досі відкритим.

До теперішнього часу визначаються чотири основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне, через обов'язкове і добровільне медичне страхування та змішана форма. Треба зауважити, що ці види у відокремленому вигляді практично не використовуються в жодній державі, але в деяких державах вони займають домінуюче положення. Так, наприклад, в Англії, Швеції, Шотландії, Італії та Данії домінує державна система фінансування, а в Алжирі – муніципальна. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди та Ізраїль домінує система медичного страхування, в той час як у США має перевагу змішана форма фінансування

медичної допомоги. Наведені вище форми, і насамперед змішана, націлені на досягнення повної рівноваги між джерелами коштів, що витрачаються на охорону здоров'я, і ефективністю діяльності медичних закладів [1, с. 39].

З фінансової точки зору, державна модель потребує менших витрат коштів. Змішана система побудована за такою схемою. Першу медичну допомогу пацієнтам надають сімейні лікарі. Коли сімейний лікар наполягає на госпіталізації, тоді вступає в дію друга ланка – лікарні, консультаційні пункти та діагностичні центри, які фінансуються зі страхових фондів.

Усі форми фінансування мають свої переваги та недоліки, однак суспільство виявляє більший інтерес до змішаної системи. Вона забезпечує, з одного боку, потрібний рівень медичного обслуговування населення, а з другого – створює певну зацікавленість населення в посиленні турботи про здоров'я, а також забезпечує відповідальність медичних працівників за якість роботи. Перехід від однієї системи до іншої – дуже складний і тривалий процес [2].

Розглянемо основні види фінансування охорони здоров'я на прикладі окремих держав.

Шведська система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для всіх, незалежно від того, працюють вони чи ні. Головне – наявність громадянства цієї країни чи дозволу на перебування на її території на час праці. Шведський фонд охорони здоров'я на **80** відсотків поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту **20** відсотків становлять оплата пацієнтів та продаж послуг. Кожен місцевий роботодавець сплачує **32,8%** податок. Із них на медичну опіку йде лише **11,81%**, решта, **20** із лишком відсотків, потрапляють до пенсійного фонду, на страхування від нещасних випадків на виробництві та до інших обов'язкових фондів. Працівники вільних професій та люди, які є самі собі роботодавцями, теж сплачують податок роботодавця, але при цьому користуються системою пільг, згідно з якою він знижується з **32,8** до **26%**.

У Франції домінує система обов'язкового медичного страхування. Пацієнти можуть самі вибирати лікарів, а вартість

лікування майже повністю покривається за рахунок соціального страхування. Іншу частину оплачують завдяки соціальним гарантіям, передбаченим у колективних трудових угодах. Соціальне страхування здоров'я фінансується із внесків та спеціальних податків. До соцстраху відраховують **13,55%** від загальної суми заробітної плати працівника, але це не означає, що гроші повністю вираховують з його зарплатні. Робітник платить лише **0,75%**, а решту покриває роботодавець. Натомість із зарплатні працівника вираховують **6,2%** на суспільний внесок та **0,5%** – на повернення суспільного боргу. Окрім того, до фонду страхування здоров'я надходить фіксована сума від кожної проданої пляшки міцного алкоголю та, віднедавна, з пачки цигарок.

Вважається, що Бельгія має одну з найкращих систем охорони здоров'я у Європі. Медичне обслуговування тут є загальнодоступним та відносно дешевим для всіх громадян, але дуже дорогим для роботодавців та платників податків. Бельгійську систему охорони здоров'я фінансують з централизованого Національного управління соціального страхування. Воно накопичує кошти, головним чином, за рахунок внесків роботодавців, робітників та пенсіонерів, а також бюджетних дотацій, частини прибутків від податку на додану вартість, **10%-го** відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм. Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню. З приватних підприємств вираховують **37,94%** від суми зарплати працівника, але сам робітник платить лише **13,07%**, а решту – **24,87%** – «тягне» роботодавець. Відрахування із зарплатні держслужбовців є значно меншими – **7,35%** від своєї зарплати платить сам чиновник, а **3,8%** за нього доплачує держава.

Сполучені Штати не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Все тримається на системі приватного страхування, яка, втім, також забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх та найбільш вразливих людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду **Medicare** («Медична опіка»), а бідні – з фонду **Medicaid** («Медична допо-

мога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони не від кого не залежать і працюють лише на себе. Мільйони американців мають лише часткове страхування, яке аж ніяк не покриває коштів на перебування у лікарні, ліки та медичні процедури й операції. У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із великим ступенем централізації управління. Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають **90%** бюджету охорони здоров'я. Тільки **7,5%** бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносять платники податків та виділяє уряд на охорону здоров'я зі статті затрат на соціальні потреби. У цілому пацієнти платять **10%** вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я, за винятком непрацюючих, жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування за добровільними програмами. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку із хворобою.

Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним та добровільним медичним страхування охоплено більше **13%** населення. Уряд Великобританії пропонує стимулювати намагання Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичних послуг за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами.

У державі Ізраїль немає державної системи медичного обслуговування, **94%** населення охоплене всебічним страхуванням здоров'я. Переважно медичне страхування здійснюється в рамках медичного страхового фонду величезного профспілкового об'єднання Гістадруд (**83%** випадків), а також на базі інших фондів медичного страхування (**17%** випадків). Медичні заклади знаходяться у відомстві різних агентств, головними

з яких є Профспілки та уряд. У відомстві робочої профспілки Ізраїлю, Купат Халім, знаходяться найкращі в країні лікарі. У приватній власності знаходиться невелика кількість лікарень. Найбільша профспілка Ізраїлю є головним поставником медичних послуг через посередництво всезагального робочого фонду допомоги хворим [2, с. 40].

В Алжирі існують спеціальні муніципальні медичні заклади, що надають невідкладну медичну допомогу безкоштовно як громадянам Алжиру, так і іноземцям. Джерелами їх фінансування є муніципальні чи територіальні бюджети. Муніципальні лікарні розраховані на надання медичних послуг бідним верствам населення. Дані заклади мають низку проблем, серед яких: низька якість обслуговування; переповнення госпіталів; слабке забезпечення муніципальних медичних закладів медичним обладнанням та ліками; санітарні умови в таких шпиталях не відповідають прийнятним нормам. У той же час в Алжирі існують приватні та відомчі медичні заклади, які надають медичну допомогу на платній основі [3].

Висновки. Вивчивши основні види фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу, ми можемо зробити висновок, що найбільш прийнятною для України є змішана форма фінансування. Доцільним є поєднання змішаної системи медичного страхування та фінансування з бюджету держави. При змішаній системі медичного страхування страхові внески сплачують держава, роботодавці та громадяни, але водночас необхідно забезпечити доступність медичної допомоги для непрацюючих громадян і соціально незахищених верств населення шляхом законодавчого визначення гарантованого рівня безоплатного медичного обслуговування. Внески на обов'язкове медичне страхування для цих верств населення здійснюються за рахунок коштів відповідних бюджетів. Частка державних коштів має бути не нижчою 50% від загального обсягу внесків. Така система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страхування, буде відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян.

Список використаних джерел:

1. Батченко Л. В. Фактори формування і використання людського капіталу України [Електронний ресурс] / Л. В. Батченко, Н. А. Мякотіна // Держава та регіони. — Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_ep/2011_3/files/EC311_01.pdf.
2. Сафонова В. Є. Освітній ресурс як форма створення і накопичення людського капіталу [Електронний ресурс] / В. Є. Сафонова. — Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_ep/2010_3/files/DU310_31.pdf.
3. Грішнова О. А. Людський розвиток / О. А. Грішнова. — К. : КНЕУ, 2006. — 308 с.

И.В. Гончаренко. Мировой опыт преодоления проблем здравоохранения в формировании человеческого капитала сельских территорий Украины.

В статье рассмотрены проблемы здравоохранения в формировании человеческого капитала сельских территорий Украины, рассмотрен опыт развитых стран в обеспечении высоких стандартов систем здравоохранения.

I. Honcharenko. The world experience of health problems management in the formation of human capital of rural areas of Ukraine.

The problems of health care in the formation of human capital in rural areas of Ukraine are discussed in the article. The experience of developed countries in ensuring of high standards of health care systems is revealed.

ЗМІСТ

ЕКОНОМІЧНІ НАУКИ

О.І. Котикова. Структура управління освітою в Україні.....	3
Julie A. Albrecht. Worldwide Food Safety Issues	9
М.Н. Малиш, В.І. Гаєриш, В.І. Перебийніс. Аналіз енергетичної ефективності виробництва соняшнику в умовах півдня України	18
І.В. Гончаренко. Світовий досвід подолання проблем охорони здоров'я у формуванні людського капіталу сільських територій України	26
С.М. Шкарлет, А.М. Коробка. Стан та тенденції діяльності підприємств галузі льонарства України.....	35
І.С. Смага, І.В. Савчук. Ефективність використання землі за різних типів спеціалізації особистих приватних господарств населення Городенківського району Івано-Франківської області.....	42
Т.В. Порудєєва. Функціонування фермерських господарств Миколаївської області.....	48
І.Г. Гуров, В.В. Гречкосій. Формування та функціонування інфраструктури аграрного ринку	54
О.А. Мамалюк. Реалізація концепції екомережі в регіональному аспекті	60
Т.В. Шевченко. Кон'юнктура ринку України за реалізацією продовольчої продукції.....	66
С.С. Стецюк. Фактори впливу на прибуток м'ясопереробних підприємств Черкаської області.....	72
О.А. Літвак. Екологічна оцінка земельних ресурсів підприємств аграрного сектора	82
Є.О. Павлюк. Інтеграційні процеси в економіці: сутність та переваги.....	90
І.Г. Волкова. Сутнісні характеристики інноваційної діяльності аграрних ВНЗ.....	97

СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКІ НАУКИ

В.В. Гамаюнова, А.В. Томницький. Баланс основних елементів живлення у ґрунті залежно від внесення мінеральних добрив під нут	103
---	-----

В.Д. Солодкий, Р.І. Беспалько, І.І. Казімір. Лісогосподарські заходи у збереженні ґрунтового покриву гірських схилів	109
К.М. Карпенко, В.В. Калитка. Економічна та біоенергетична ефективність застосування регулятора росту АКМ при вирощуванні помідора	122
Н.М. Осокіна, К.В. Костецька. Вплив умов зберігання на втрати маси плодів овочів	128
О.І. Заболотний. Вплив гербіциду трофі 90 на чисту продуктивність фотосинтезу та врожайність кукурудзи	134
А.О. Рожков, В.К. Пузік. Масові показники міжвузлів префлоральної зони рослин тритикале ярого залежно від ценотичної напруги у посівах.....	141
О.Г. Жуйков. Агроекологічні передумови вирощування гірчиці чорної в незрошуваних сівозмінах півдня України.....	149
В.П. Коваленко. Значення обробітку ґрунту в технології одержання високопродуктивних посівів люцерни	157
Р.В. Борищук, Р.А. Вожегова. Вплив способів основного обробітку ґрунту на забур'яненість посівів ячменю озимого в умовах зрошення.....	162
С.С. Байберова, М.Є. Сердюк. Вплив погодних умов вегетаційного періоду на збереженість яблук в умовах південного степу України.....	171
Д.Т. Семен. Гарбуз на насіння – прибуткова культура	178

ТЕХНІЧНІ НАУКИ

В.Г. Богза, В.С. Шибанін, А.П. Шибаніна. Експериментальні дослідження пружно-деформованого стану силосу ємністю 50 т	184
В.Е. Зубков. Совершенствование процесса сепарации корнеклубнеплодов от примесей	189
О.С. Кириченко. Дискретизація безперервних систем автоматичного керування за методом Ейлера.	195
К.М. Деркач. Оптимізація параметрів процесу змішування комбікорму з жиромісткою добавкою в гвинтовому змішувачі.	199
В.А. Грубань. Обґрунтування компоновочної схеми технологічного модуля для збирання кукурудзи	204

Наукове видання

Вісник аграрної науки Причорномор'я
Випуск 1(71) – 2013

Технічний редактор: *О.М. Кушнарьова.*
Комп'ютерна верстка: *Ю.В. Антонович.*

Підписано до друку 26.02.2013. Формат 60 x 84 1/16.
Папір друк. Друк офсетний. Ум.друк.арк. 13,63.
Тираж 300 прим. Зам. № _____. Ціна договірна.

Надруковано у видавничому відділі
Миколаївського національного аграрного університету
54020, м.Миколаїв, вул.Паризької комуни, 9

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4490 від 20.02.2013 р.