

ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ЧЕРЕЗ ДЕРЖАВНИЙ ТА МІСЦЕВІ БЮДЖЕТИ

Регіональна політика держави у соціально-гуманітарній сфері, до якої належить охорона здоров'я, повинна полягати у забезпеченні рівного доступу громадян, що проживають на територіях з різними економіко-географічними характеристиками, до життєво необхідних послуг цивілізації, отже, і до можливостей забезпечення здоров'я і отримання послуг у сфері здоров'я. Аналіз видатків на охорону здоров'я в Україні засвідчує нерівномірність отримання медичної допомоги представниками різних соціальних груп і різних територій, неврегульованість бюджетних відносин.

Вступ

Як відомо, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні за останні 10-15 років значно зменшилися. Так, за деякими розрахунками, з 1989 по 1999 рр. вони скоротились майже у 8 разів. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів дедалі більша частка амбулаторної та стаціонарної допомоги стає платною, що негативно впливає на її доступність для населення. У найбільш скрутному становищі опинилися найуразливіші категорії населення: діти, люди похилого віку та хронічно хворі. Проте недостатність фінансових ресурсів не запобігає їх нецільовому використанню. Жорсткий розподіл коштів, що надходять до системи охорони здоров'я за бюджетними статтями кошторису, паралізує пошук внутрішньогалузевих резервів. У результаті, національна система охорони здоров'я має дві дуже складні проблеми - брак ресурсів та їх нераціональне використання. Фінансується система за залишковим принципом, а функціонує як витратна [1].

За умов постійної кризи фінансування та відсутності дієвих структурних реформ у колись високоцентралізованій, вертикально керованій радянській системі в 90-х роках ХХ ст. почалися стихійні процеси децентралізації, а іноді й фрагментації галузі з утворенням підсистем надання медичної допомоги, не тільки відомчих, а й територіальних, що фінансуються з бюджетів різних рівнів, які погано узгоджуються між собою, дублюють одна одну і втрачають спадкоємність та етапність у наданні медичної допомоги в межах району, області та держави в цілому. Це, в свою чергу, призводить до подальшого зменшення ефективності використання бюджетних обмежених коштів [2].

Питання фінансування системи охорони здоров'я розглядали такі науковці, як В. Лехан, І. Солоненко, Ю. Вітренко, І. Грига та ін. Вони зосереджували увагу на питаннях розподілу коштів державного фінансування на різні види медичних втручань, ефективності фінансування певних програм, впровадження загальнообов'язкового соціального страхування тощо. Водночас питання структури видатків на охорону здоров'я, зокрема, формування місцевих бюджетів, залишилось недостатньо висвітленим.

У статті проаналізовано проблеми формування державного та місцевих бюджетів для охорони здоров'я населення, структури витрат суспільних фондів на систему охорони здоров'я.

Бюджет системи охорони здоров'я

В Україні система охорони здоров'я офіційно фінансується переважно із двох джерел: державного та місцевих бюджетів, згідно з правилами, встановленими Бюджетним кодексом України (2001) [3].

Бюджет розраховується за подушним нормативом (формулою) залежно від чисельності населення, що мешкає на відповідній території. З моменту набуття чинності Бюджетним кодексом визначається подушний норматив бюджетного забезпечення на одного мешканця, що сприяє певній стабільності фінансування [4]. При розробці бюджету на охорону здоров'я також враховують обсяг видатків за минулий рік, потужність медичних закладів та фінансові можливості, що встановлюються фінансуючими органами на наступний бюджетний період. У Великобританії, де діє подібна до української система охорони здоров'я, яка фінансується із загальних

податків, у розрахунку подушного нормативу фінансування, крім кількості населення, враховують ще і його статеву-вікову структуру та коефіцієнт смертності [5].

Розподіл бюджетних (державних і місцевих) коштів відбувається згідно з переліком дозволених статей, які ґрунтуються на нормах, встановлених Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України за такими критеріями: кількість ліжок у стаціонарах, кількість відвідувань в амбулаторно-поліклінічних закладах та кількість персоналу на відповідну кількість населення, що обслуговується. Кошти витрачаються відповідно до повноважень, що надані головним розпорядникам бюджетних коштів, яких налічується понад 30 [6], через Державне казначейство України. Як уже зазначалося, бюджетні кошти розподіляються чітко за статтями, а саме: на заробітну платню та виплати персоналу, утримання будівель, медикаменти й медичне обладнання та харчування. Кількість персоналу медичних закладів безпосередньо залежить від кількості та структури лікарняних ліжок для стаціонарів та від кількості відвідувань - для амбулаторної ланки [7], тобто базується на прогностичних показниках потужності закладів без врахування обсягу і якості виконаної ними роботи. Розподіл коштів на харчування і медикаментозне забезпечення вираховується як добуток відповідних нормативних видатків й очікуваної кількості ліжко-днів. Через хронічний брак коштів у секторі охорони здоров'я, вони спрямовуються переважно на т. зв. захищені статті (фонд зарплати, основні видатки та харчування), при цьому на власне лікувальний процес залишається не більше 10-15% загальних витрат (табл. 1).

Порівняння офіційних даних щодо видатків на охорону здоров'я та ключових демографічних показників України та кількох інших країн

Східної Європи свідчить, що ці показники в нашій країні принципово не відрізняються від аналогічних в інших країнах (табл. 2), тим часом як витрати на охорону здоров'я є суттєво меншими [9].

Пояснювати таку розбіжність можна по-різному: або надзвичайною ефективністю української системи охорони здоров'я і медичного обслуговування, яка за відносно невеликі затрати працює з добрим результатом, або ж недостовірними даними щодо витрат на охорону здоров'я, які насправді є значно більшими, ніж декларуються. Однак якщо облік коштів державного бюджету (суспільних) провадиться з достатньо високою точністю, то можна припустити, що приватні (особисті) витрати населення виглядають заниженими. Таким чином, система охорони здоров'я, забезпечуючи своє функціонування, починає фінансуватися за рахунок приватних коштів в умовах обмеженості суспільних ресурсів.

Ці розбіжності підтверджуються дослідженнями рівня тінізації української економіки при наданні медичної допомоги і свідчать, що медичні послуги і ліки доводиться оплачувати самим хворим або їхнім родинам. Так, було виявлено, що у 2000 р. лікування у стаціонарі було цілковито безоплатним лише для 2% пацієнтів. Також не віднайдено жодної закономірної залежності величини неофіційних виплат за лікування у стаціонарі від того, в якій саме лікарні лікувались респонденти - відомчій чи муніципальній. В результаті дослідження, проведеного в Одесі у 1998-2000 рр., визначено рівень приватних витрат населення на медичну допомогу, який на той час більше, ніж вдвічі перевищував офіційний бюджет міста на охорону здоров'я [11].

Отже, очевидною стає невідповідність практики фінансування системи охорони здоров'я в Україні з основними, узагальненими на основі

Таблиця 1. Економічна структура видатків у закладах системи МОЗ (з центрального і місцевих бюджетів) у 2004-2005 рр. [8]

Призначення видатків	2003		2004		2005 (прогноз)	
	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%
Зарплата з нарахуваннями	4540,1	59,0	5392,8	59,4	7926,5	69,02
Медикаменти	1061,9	13,8	1142,5	12,6	1319,7	11,49
Продукти харчування	314,6	4,1	316,2	3,5	461,6	4,02
Комунальні послуги та енергоносії	689,0	9,0	705,3	7,8	797,8	6,95
Придбання обладнання	н/д	н/д	711,0	7,8	493,7	4,3
Інші видатки	1088,6	14,1	809,1	8,9	540,8	4,71
Всього	7694,2	100	9447,4	100	*12203,4	-

Таблиця 2. Видатки на охорону здоров'я та основні демографічні показники східноєвропейських країн [10]

	Деякі демографічні показники та показники стану здоров'я населення				Витрати на ОЗ із різних джерел та ВВП на душу населення (поточні піни)			
	Середня очік. трив. життя (років)	Материнська смертність (на 100000 живонарод.)	Малюкова смертність (на 1000 живонарод.)	Захворюваність на туберкульоз (на 100000)	Суспільні витрати (% від ВВП)	Іринамі витрати (% від ВВП)	Загальні витрати (% від ВВП)	Витрати на душу населення (S)
Болгарія	70,9	15	14	60	3,9	0,9	4,8	303
Україна	69,7	18	9,5	143	2,9	1,4	4,3	176
Російська Федерація	66,7	37	12,38	181	3,7	1,7	5,4	454
Беларусь	70,1	14	7,74	125	4,8	0,7	5,5	464
Польща	73,9	4	7,52	36	4,4	1,7	6,1	629
Угорщина	71,9	5	7,29	37	5,1	1,7	6,8	914
Словаччина	73,7	16	7,63	28	5,1	0,6	5,7	681
Румунія	70,5	34	19	189	5,2	1,4	6,6	460

світового досвіду І. Шейманом [12], вимогами до фінансування національних систем охорони здоров'я, а саме: 1) система фінансування не повинна бути витратною; 2) витрати на фінансування мають бути передбачуваними; 3) система фінансування повинна забезпечувати збалансованість обсягів фінансування й обсягів медичної допомоги, що надається.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вказує на тенденцію, яка спостерігається в країнах з низькими або середніми показниками ВВП на душу населення (зокрема, й в Україні), коли витрати суспільних коштів на охорону здоров'я є насправді більшими, ніж це визнається політиками. При цьому в багатьох випадках суспільні витрати на цю сферу менші, ніж могли би бути за умови раціонального використання ресурсів. А коли населення країни поділене за певними ознаками, наприклад географічними (міське та сільське населення) чи соціальними (звичайне населення і певні привілейовані або професійні групи), суспільні кошти частіше спрямовують на задоволення саме обмежених (доступніших) або привілейованих груп, ніж на все населення [13].

Таким чином, бюджет системи охорони здоров'я в Україні формується за жорсткими вимогами та нормативами, при цьому частка коштів, що спрямовується власне на лікування, є мізерною. Водночас реальні видатки на утримання існуючої системи охорони здоров'я є вочевидь вищими, передовсім за рахунок залучення коштів пацієнтів, а створена система охорони здоров'я не сприяє рівномірному доступу різних соціальних груп до медичних послуг.

Національні рахунки в охороні здоров'я

Важливим інструментом фінансової статистики, який у розвинутих країнах дає змогу політикам та особам, що ухвалюють рішення, оцінювати загальні витрати на охорону здоров'я та їх фактичне використання, є національні рахунки в охороні здоров'я (НРОЗ).

НРОЗ - це визнаний у світовій практиці метод обрахування, опису й аналізу фінансування національних систем охорони здоров'я. Нині він застосовується у понад 50 країнах з середнім або низьким доходом. За цим методом насамперед політики і керівники галузі мають змогу розробляти, впроваджувати та відстежувати стратегії реформування та функціонування системи охорони здоров'я. Особливо корисний він на першому етапі стратегії охорони здоров'я - встановленні мети і завдань. Також НРОЗ дають змогу порівнювати фінансування національної системи охорони здоров'я та інших країн. Інформація НРОЗ у поєднанні з нефінансовими відомостями (рівень захворюваності та смертності, доступність медичної допомоги тощо) допомагає політикам ухвалювати обґрунтовані рішення та уникати потенційно загрозливих. Завдяки методиці НРОЗ (на основі наявних фінансових та статистичних інформаційних потоків) можна встановити: джерела коштів на систему охорони здоров'я (державні, приватні та донорські), розподіл коштів (фінансувальних агентів), організації, що надають медичні послуги (провайдерів) та розподіл цих коштів за конкретним функціям охорони здоров'я, що надаються провайдерами за рахунок цих коштів [14].

Доволі цікавими, з огляду на структуру загальних витрат на охорону здоров'я в Україні, видаються попередні дані проекту із впровадження національних рахунків в охороні здоров'я в Україні, який виконується за підтримки USAID агентством PHRplus протягом 2005-2006 рр. (табл. 3).

Таблиця 3. Попередні дані щодо структури загальних витрат на охорону здоров'я в Україні [15]

Витрати на ОЗ	2003 р.	2 004 р.
Загальні витрати на ОЗ, % від ВВП	6,7	6,4
Витрати на душу населення, USD, (поточні ціни)	74	93
Частка державних (суспільних), % від загальних витрат на ОЗ в Україні, з них:	61	61
- центральний державний бюджет	19	21
- обласні та місцеві бюджети	42	40
Частка особистих приватних витрат, % від загальних витрат на ОЗ в Україні	39	39
Частка зовнішньої допомоги, % від загальних витрат на ОЗ в Україні	< 1	< 1

Як видно з табл. 3, упродовж 2003-2004 рр. у загальних витратах на охорону здоров'я частка державних витрат становила 61%, приватних (особистих) витрат громадян - 39%, частка зовнішньої допомоги була відносно низькою - менше 1%.

Особливу увагу привертає розподіл суспільних коштів з державного бюджету для надання медичної допомоги населенню у 2004 р. Так, із 61% бюджетних коштів - 21% (1/3) становлять кошти центрального бюджету, що спрямовуються на: фінансування медичної допомоги у закладах, безпосередньо підпорядкованих МОЗ України, та державних цільових програм (11,5% із 21%). Решта 9,6% із 21% становлять кошти, що витрачаються на фінансування надання медичної допомоги у різних відомчих закладах і закладах АМН України. Тобто майже половина коштів центрального бюджету спрямовується на фінансування паралельної системи відомчих медичних закладів, які не інтегровані в загальну схему надання медичної допомоги населенню. Інші 40% (2/3) становлять кошти місцевих бюджетів, з яких переважно і фінансуються комунальні заклади охорони здоров'я (табл. 4).

Таким чином, попередні дані обрахунків загальних витрат на охорону здоров'я в Україні, зроблені за методикою НРОЗ, красномовно підтверджують, що в Україні не функціонує єдина

Таблиця 4. Розподіл суспільних коштів з державного бюджету для надання медичної допомоги населенню у 2004 р. [16]

Отримувачі фінансування	Сума (гри)	%
Міністерство охорони здоров'я	2 524 003 367	11,5
Міністерство транспорту	269 427 392	1,2
Міністерство внутрішніх справ	130 148 752	0,6
Міністерство оборони	266 296 497	1,2
Мінпраці і соцполітики	240 884 567	1,1
Академія медичних наук (АМН)	481 426 527	2,2
Інші міністерства і відомства, зних: - Державне управління справами (ДУС)	716 449 719 90 717 100	3,3
Витрати із центрального бюджету у 2004 році (всього)	4 628 636 821	21

універсальна система безкоштовної медичної допомоги, натомість створені корпоративні системи, що часто діють на одній і тій же території, дублюючи функції одна одної. Відтак, актуальним є впровадження реальної міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я з надання медичної допомоги населенню за територіальним принципом.

Місцеві бюджети та місцеві видатки на охорону здоров'я

За даними офіційної статистики, значна частина суспільних коштів (у 2004 р. майже 80%), що спрямовуються на фінансування системи охорони здоров'я, реалізується через місцеві бюджети [17]. Фактично в Україні відбулась децентралізація надання медичних, соціальних, освітніх та інших послуг. І хоча з року в рік розширюється коло власних і делегованих повноважень органів місцевого самоврядування, цей процес не підкріплюється відповідним забезпеченням доходної бази місцевих бюджетів, особливо формуванням дохідних джерел на постійній основі. Це пов'язане не тільки із загальними фінансово-економічними обмеженнями у державі на перехідному етапі, а й, насамперед, неадекватним розподілом ресурсів між центральним і місцевими бюджетами та міжбюджетною трансфертною політикою, якою не передбачена можливість взаєморозрахунків за лікування хворих між бюджетами різних рівнів і адміністративно-територіальних одиниць. Важливим є те, що найбільше це позначається саме на соціальних програмах, в тому числі забезпеченні соціальних гарантій щодо надання безоплатної медичної допомоги населенню територіальних громад.

Важливість фінансової бази органів місцевого самоврядування зумовлена ще й тим, що об'єкти комунальної та спільної власності належать переважно до невиробничої сфери і є неприбутковими організаціями та, як правило, перебувають на повному чи частковому утриманні за рахунок коштів місцевих бюджетів. Основна фінансова мета прийняття Бюджетного кодексу України у 2001 р. – це визначення чіткого розподілу видатків, що здійснюються, з одного боку, між державою та місцевими бюджетами, а з другого – між трьома видами місцевих бюджетів (обласним, районним та місцевим самоврядування) з метою посилення їх відповідальності за ефективність видатків і поліпшення дієвої видаткової політики [18].

Інша проблема полягає у співвідношенні коштів зведеного бюджету між центральним та місцевими бюджетами, з яких переважно і фінансується охорона здоров'я. Так, загальна частка місцевих бюджетів у зведеному переглянутому (в березні 2005 р.) бюджеті на 2005 р. становить 37% [19]. Однак якщо в основу нормативів бюджетної забезпеченості покласти галузеві та національні соціальні стандарти, визначені Законом України «Про державні соціальні стандарти та державні гарантії» [20], то розрахункова частка місцевих бюджетів у зведеному бюджеті зростає до 55-60%. Саме така пропорція, напевно, допоможе гарантувати розвиток інфраструктури та соціального забезпечення місцевих громад [21].

На відміну від регіональної влади, керівники якої призначаються (голови обл- та райдержадміністрацій), владу місцевого самоврядування (сільські та селищні голови, мери міст) очолюють керівники, що обираються [22]. Обрані керівники більше уваги звертають як на свої обов'язки щодо розвитку соціальної сфери, зокрема медичного обслуговування місцевої громади, так і на закріплені законами права із забезпечення виконання державних соціальних стандартів в обслуговуванні населення. Тому саме обрані мери міст першими відчували потребу у реформуванні системи медичного обслуговування власних громад і роблять перші успішні, хоч і важкі, кроки на цьому шляху [23].

На практиці розширення прав і обов'язків місцевої влади в сучасних умовах, як правило, не відповідає її економічним можливостям. В результаті, на місцях не розв'язуються життєві проблеми людей, занепадають міське господарство, соціально-культурна сфера і, особливо, освіта та охорона здоров'я. За таких умов питання фінансової стабільності місцевих органів влади є винятково гострим. Основними ознаками такої

фінансової стабільності є володіння та самостійне розпорядження фінансовими ресурсами, розмір яких відповідав би функціям і завданням місцевої влади. Фінансові ресурси місцевого самоврядування може бути збільшено як за рахунок фіксованих надходжень у місцеві бюджети (податки, збори, трансферти з державного бюджету), так і раціональним використанням ресурсів для надання максимальної кількості соціальних, в тому числі й медичних, послуг населенню місцевої громади [24]. Для збільшення надходжень у місцеві бюджети насамперед необхідно запровадити суто місцевий податок – податок на нерухоме майно, який є у більшості країн, в тому числі й країнах СНД, з огляду на його високу ефективність і справедливість [25].

Однак попри всю значущість підходів, спрямованих на збільшення надходжень у місцеві бюджети, за сучасних умов основною стратегією є фокусування на раціональному використанні поточних ресурсів, насамперед на рівні конкретного міста, району, області. Особливо це стосується технологій, які допомагають визначити справжню вартість медичної допомоги, що надається населенню, у співвідношенні до кінцевого обсягу та якості такої допомоги [26]. Після з'ясування цього співвідношення важливо звернути увагу на кількість і систему закладів охорони здоров'я на певній адміністративно-територіальній одиниці, які поглинають лівову частку всіх ресурсів, спрямованих у галузь, та виявляють ознаки неефективного функціонування.

* * *

Сфера охорони здоров'я в Україні має низькі обсяги фінансування з державного бюджету. Водночас у країні фактично відбулась децентралізація надання медичних послуг, створено низку відомчих мереж медичних закладів, значна частка в структурі суспільних витрат на охорону здоров'я є приватною. Такі зміни вимагають перегляду існуючої системи фінансування, впровадження нових нормативів і стандартів обрахування, опису й аналізу фінансування національних систем охорони здоров'я, зокрема, застосування національних рахунків охорони здоров'я.

Для вдосконалення бюджетних відносин центральної та місцевої влади у питанні фінансування сфери охорони здоров'я потрібна концепція єдиного медичного простору як логічного перетворення галузі шляхом впровадження регіональних програм, спрямованих на фінансування реальної потреби населення у медичній допомозі відповідного рівня, доступної в межах конкретної території без зайвого дублювання потужностей.

1. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В. М. Лехан.- К.: Сфера, 2001.- С. 7-8.
2. Tymkovych B. Reform of Healthcare Service Provision and Finance in Ukraine // Decentralization in Healthcare. Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s / Ed. by G. Shakarishvili.- Budapest: Open Society Institute, 2005.- P. 48-537.
3. Бюджетний кодекс України.
4. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами» від 5 вересня 2001 р.
5. Робинсон Р., Диксон А., Моссиалос Э. Системы здравоохранения в переходном периоде. Соединенное Королевство.- Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999.-С. 7-8.
6. Закон України «Про державний бюджет на 2006 рік».
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» від 23 лютого 2000 р.
8. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України у 2003-2004 роках.- К., 2005.- С 70-76.
9. Вітренко Ю. М. Реформування охорони здоров'я: погляд економіста // Соціальна політика і соціальна робота.- 2004.- № 1.- С 41-56.
10. Human Development Report 2004 / UNDP- http://hdr.undp.org/reports/global/2004/pdf/hdr04_complete.pdf.
11. Літвак А., Погорілий В., Тишук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні.- Одеса: Одеська крайова організація Всеукраїнського лікарського товариства, 2001.-91 с .
12. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения.- М.: Издатцентр, 1998.- 336 с.
13. Macroeconomic and Health: Investing in Health for Economic Development / Report of WHO Commission on Macroeconomic and Health.- Geneva: World Health Organization, 2001.- P.57-58.
14. Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process. May 2003.- [http://www.phrplus.org/Pubs/priml .pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/priml.pdf).
15. Чечулін Ю. НРОЗ. Перший раунд Загальних Національних Рахунків 03 із суб-аналізами по ВІЛ/СНІДу та репродуктивному здоров'ю: Презентація 24 листопада 2005 р. / PHRplus, USAID. [Неопубл. матеріали].
16. Чечулін Ю. Національні рахунки в охороні здоров'я в Україні за 2003-2004 роки: Презентація на круглому столі «Впровадження управлінських інновацій в охороні здоров'я» в рамках конференції в НаУКМА 24.01.2006 р. [Неопубл. матеріали].
17. Матеріали підсумкової колегії МОЗ України за 2004 рік.-К., 2005.- 16 с
18. Кириленко О. П. Місцеві фінанси: Навчальний посібник.- Тернопіль: Астон, 2004.- 192 с
19. Закон про Державний бюджет на 2005 рік.
20. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» .
21. Фоменко К. Проблеми реформування фінансового забезпечення місцевих бюджетів // Парламент.- 2005. - № 7.- С 20-23.
22. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні».
23. Матеріали всеукраїнської конференції міських голів з питань охорони громадського здоров'я «Перевернена піраміда: час ставити на місце. Реалізація стратегії Президента підвищення якості життя народу України шляхом перерозподілу ресурсів охорони здоров'я».- 1-2 грудня 2005 р. м. Прилуки, Чернігівська обл. [Неопубл. матеріали].
24. Місто та економіка (або місцевий економічний розвиток): Посібник для працівників органів місцевого самоврядування.- К.: Академпрес, 2003.- 152 с
25. Калінюк Н. Вдосконалення формування доходів місцевих бюджетів // Вироблення державної політики. Аналітичні записки / Укл. О. І. Кілієвич., В. Є. Романов - К.: К.І.С., 2003.-С. 71-84.
26. Hecht R., Batson A., Brenzel L. Making healthcare accountable: why performance-based funding of health services in developing countries is getting more // Finance and Development, IMF.- 2005.- <<http://www.eldis.org/cf/rdr/rdr.cfm?doc=DOC19861>>

Oleg Petrenko

FINANCING OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE FROM STATE AND LOCAL BUDGETS

Regional policy in social sphere that cover issues of public health should establish conditions for equity and equal access to vital services, including health care services. For representatives of different social groups and territorial communities. Analysis of the expenditures on the health care system in Ukraine shows inequality in getting medical services, challenges in budget relations between national, regional and local levels.