

УДК 336.02

Солодовник Г.В.

## ПРОБЛЕМИ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

*В статті проаналізовано сучасний стан фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні, висвітлено головні проблеми та запропоновано шляхи їх вирішення.*

**Ключові слова:** система охорони здоров'я, фінансове забезпечення, джерела фінансування, фінансові витрати на систему охорони здоров'я, закордонний досвід фінансового забезпечення.

**Постановка проблеми.** Система охорони здоров'я – це надзвичайно складна і багатогранна галузь, діяльність якої передбачає створення й розвиток розгалуженої мережі лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних, інших оздоровчих закладів та залучення висококваліфікованих кадрів. Це високотехнологічна і наукомістка галузь, яка за характером та специфікою є надзвичайно динамічною й потребує значних капіталовкладень. Від рівня забезпечення галузі матеріально-технічними, трудовими, фінансовими ресурсами значною мірою залежать якість медичного обслуговування і стан здоров'я населення. Одним із основних чинників, що впливає на успіх заходів із охорони здоров'я та соціально-економічну результативність даної галузі, є її фінансове забезпечення. В умовах недостатності бюджетного фінансування державна медицина в Україні не в змозі якісно виконувати свої функції, і тому надзвичайно актуальними сьогодні є проблеми пошуку додаткових джерел фінансового забезпечення установ охорони здоров'я.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, виділення невирішених раніше частин загальної проблеми.** Значний внесок в розробку методологічних та організаційних засад економічного аналізу і аналізу фінансово-господарської діяльності медичних установ зробили такі вчені як Артюхов І.П., Бартків О.М., Богусловський Є.І., Вороненко Ю.Ф., Євтушевський Є.А, Баканов М.І., Шеремет А.Д., Іващенко В.І. Однак слід зазначити, що в Україні відчувається значний дефіцит спеціальних досліджень, які стосуються без посередньо економіки охорони здоров'я, зокрема організації її фінансового забезпечення, бракує конкретних методичних розробок щодо аналізу кошторисних видатків медичних установ.

**Мета статті.** Метою статті є дослідження сучасного стану фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, виявлення основних проблем та шляхів вирішення в системі охорони здоров'я в Україні.

**Виклад основного матеріалу.** Для фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я використовують майже всі джерела фінансування, за винятком коштів фонду обов'язкового медичного страхування. Тому основними формами фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні є: бюджетне фінансування, добровільне медичне страхування, самофінансування і

кредитування. Крім того, в період переходу до ринкової економіки державним та комунальним установам охорони здоров'я було дозволено некомерційну господарську діяльність (медичну і немедичну) і, таким чином, залучати додаткові фінансові ресурси. У результаті цього значно поширилася така форма фінансового забезпечення, як некомерційне самофінансування. Зміст некомерційного самофінансування полягає в тому, що його здійснюють на принципах самоокупності, й воно передбачає просте відтворення витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги. [1]

Схематично систему джерел та форм фінансового забезпечення вітчизняних державних і комунальних закладів охорони здоров'я показано на рис. 1. [2]

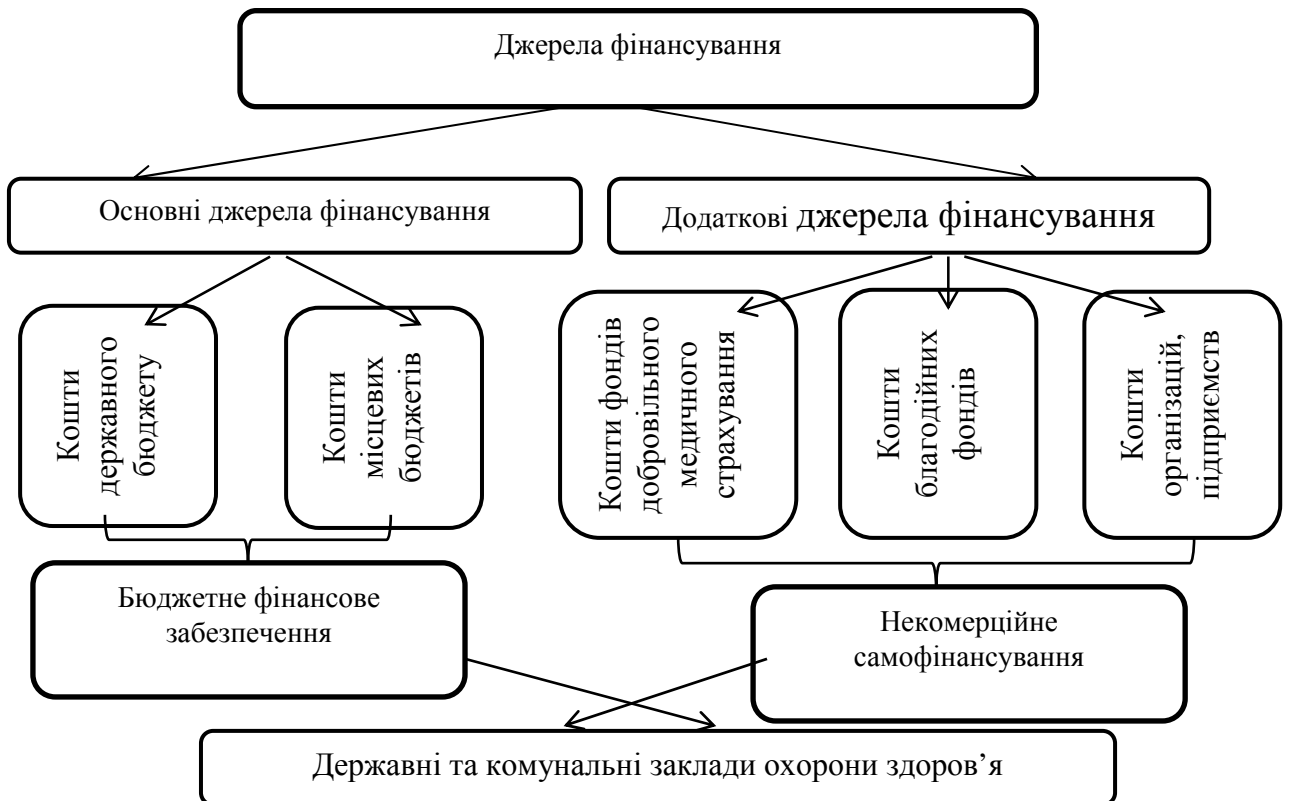


Рис. 1. Джерела та форми фінансового забезпечення державних і комунальних закладів охорони здоров'я в Україні

Джерело: Вдосконалення міжбюджетних відносин і стратегії державних видатків у сферах охорони здоров'я та освіти в Україні : вибрані питання. – К. : ДП "Видавничий дім "Козаки", 2008. – 168 с.

На рівні бюджетних установ відбувається процес поєднання бюджетного фінансування із системою некомерційного самофінансування для виконання ними намічених завдань і функцій. Некомерційна діяльність бюджетних установ і організацій не має на меті отримання прибутку, і її здійснюють у загальнодержавних інтересах для залучення додаткових фінансових ресурсів. Бюджетні заклади, які протягом тривалого часу майже повністю залежали від одного джерела доходів – бюджету, сьогодні отримали змогу заробляти кошти та фінансувати власні потреби. Звичайно, фінансова свобода бюджетних закладів є відносною, у законодавстві закріплено зв'язок джерел надходження коштів до спеціального фонду з напрямками їх використання, і заклад не може

вільно, на власний розсуд розпоряджатися заробленими коштами. Однак вітчизняний досвід показує, що надане бюджетним установам право на залучення додаткових фінансових ресурсів у окремих сферах економіки може стати стимулом для їхнього розвитку і навіть виникнення суперництва за право реалізовувати власні товари чи послуги на ринку. Прикладом є галузь вищої освіти, де бюджетні заклади, які фінансують за кошторисним порядком, і які водночас мають змогу здійснювати некомерційну діяльність, отримали значну перевагу перед недержавним сектором освіти. [3]

В охороні здоров'я такий процес є дуже інертним через законодавчі перепони і невизначеність державної політики у даній сфері. Кошти, які залучають бюджетні заклади охорони здоров'я до спеціального фонду кошторису, поки що не відіграють значної ролі в їх фінансовому забезпеченні, однак на практиці спостерігається тенденція до поступового пожвавлення некомерційної діяльності у цій сфері.

Впровадження механізмів некомерційного самофінансування діяльності бюджетних закладів стало вимушеним кроком держави через дефіцит фінансових ресурсів і неспроможність повноцінно утримувати цей сектор.

Для країн, де функціонує страхова система охорони здоров'я, характерною є значна питома вага коштів підприємств і населення у загальній структурі джерел фінансування, тоді як функціонування державної моделі медичного обслуговування значною мірою залежить від обсягів бюджетного фінансування (табл.1).

Таблиця 1

Структура джерел фінансування охорони здоров'я в окремих економічно розвинутих країнах світу, %

Країни	Бюджетні кошти, %	Кошти підприємств, %	Особисті кошти, %	Витрати на 1 людину, амер. дол.
Бюджетна модель охорони здоров'я				
Великобританія	85	12,5	2,5	1213
Фінляндія	72	21	7	1363
Страхова модель охорони здоров'я				
Німеччина	19	43	38	...
Франція	5	65	30	1835
Швейцарія	21	-	79	2283

Джерело: розроблено автором

Як це видно з таблиці 1, у Великобританії, де діє державна система охорони здоров'я, бюджетні ресурси займають 85%, а у Франції на охорону здоров'я їх витрачають лише 5%, де домінуючу роль відіграють кошти підприємств, які вони вносять на медичне страхування, – 65%. Фінансове забезпечення кожної моделі відбувається шляхом використання багатьох джерел фінансування, й лише пріоритетне значення окремого джерела визначає

її зміст і характерні риси.

Економічна криза та її наслідки призвели до зменшення загальних державних доходів і, відповідно, до скорочення реальних обсягів державного фінансування охорони здоров'я. Але паралельно з економічною стабілізацією відбулося і збільшення бюджетних витрат на охорону здоров'я.

Фінансування галузі охорони здоров'я в нашій країні є пріоритетним напрямком бюджетної сфери, але ці кошти не задовольняють мінімальних потреб галузі. Державне фінансування закладів охорони здоров'я характеризується останніми роками хронічною нестачею фінансових ресурсів, що вкрай ускладнює відновлення та розвиток галузі.

Видатки на охорону здоров'я як з боку держави, так і місцевих бюджетів характеризуються нестабільністю, що загострює проблеми галузі. Провідне ж місце у фінансуванні галузі належить органам місцевого самоврядування.

За рекомендацією ВООЗ показник видатків з державного бюджету на фінансування медичної галузі:

- 6,41% ВВП розцінюється, як мінімальний рівень бюджетного фінансування (рівень виживання галузі);
- 3,2% ВВП розцінюється як критичний, за якого відбувається зниження рівня і зменшення обсягу медичної допомоги на 1/3;
- 1,6% ВВП і нижче – як поза межний, що розцінюється як рівень повного руйнування структури медичної галузі.

Результати аналізу даних табл. 2 свідчать про реальне щорічне підвищення на макрорівні держави показника загального обсягу видатків з бюджету держави для системи охорони здоров'я. [4]

Таблиця 2

Стан фінансових витрат на систему охорони здоров'я з бюджету України в 2003 – 2013 рр.

Роки	Видатки на охорону здоров'я з бюджету (млрд. грн.)	Питома вага видатків на охорону здоров'я з бюджету відносно:	
		ВВП (%)	загальної суми видатків (%)
2003	7,5	3,3	12,5
2004	9,7	3,6	12,8
2005	12,2	3,5	11,9
2006	15,5	3,5	10,9
2007	19,7	3,6	11,2
2008	26,7	3,7	11,7
2009	33,6	3,5	10,8
2010	36,6	4,0	11,8
2011	39,4	4,3	12,5
2012	42,3	4,6	13,3
2013	45,7	4,9	17,1

Джерело: Державна служба статистики України : статистична інформація / Офіційний веб-сайт Державної служби статистики України. [Електронний ресурс] - Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua).

Проте, відповідно до вищезазначеного ми можемо стверджувати, що вже більше десяти років система охорони здоров'я фінансується за критично низьким рівнем, що спричиняє довготривалий етап руйнування галузі, зниження рівня і зменшення обсягу медичної допомоги. Загальний обсяг видатків на фінансування медичної галузі у 2013р. становив 4,9% ВВП, що не відображає реальних потреб галузі та не може задовольнити відповідні потреби населення у гарантованому державою обсязі та на відповідному рівні.

Основною проблемою, що постає у сфері медичного обслуговування є невідповідність існуючим потребам обсягів коштів, що спрямовуються на фінансування цієї галузі з офіційних джерел. Це явище сприяє розвитку корупції та тіньової економіки, оскільки змушує пацієнтів брати участь у фінансуванні закладів охорони здоров'я у непередбачений законами України спосіб.

Діюча система медичного забезпечення в Україні перебуває в глибокій організаційно-структурній та фінансовій кризі, що характеризується нерівномірним розподілом ресурсів у системі, низьким рівнем розвитку надання первинної медичної допомоги, низькою часткою видатків на охорону здоров'я.

Колосальні відрахування з фонду оплати праці спричиняють приховування реальної заробітної плати, подальшу тінізацію вітчизняної економіки. Внаслідок незначних обсягів доходів населення та фінансових ресурсів господарюючих суб'єктів гальмується поступальний розвиток українського ринку взагалі і страхового ринку, зокрема.

Недостатність початкового капіталу, повільні темпи його нарощування, фактичний розмір сформованих резервів переважної більшості вітчизняних страхових компаній зумовлює вкрай низькі можливості вітчизняних страхових компаній з покриття великих збитків. Нарощуванням капіталу сьогодні активно займаються лише близько половини операторів ринку. Неквапливість страховиків частково зумовлена досить тривалим терміном, відведеним на проведення капіталізації, частково - відсутністю контролюючого органу, повноважного вживати санкції до порушників. Без механізму контролю над наповненням і підтриманням необхідного статутного капіталу вимоги Закону "Про страхування" стосовно обсягів статутних фондів страховиків, нівелюються дуже швидко. Цифри у звітах засвідчать достатньо велику капіталізацію ринку, але реальність буде іншою. [5]

Проблемою на ринку страхових послуг є і відсутність надійних інвестиційних інструментів для довгострокового розміщення страхових резервів. Сьогодні в Україні практично не існує привабливих для страховиків інвестиційних інструментів довгострокового характеру. Так, облігації внутрішньої державної позики мають невеликий термін обігу та втратили свою привабливість внаслідок суттєвого зниження останніми роками рівня дохідності. Водночас, акції та облігації інвестиційне привабливих суб'єктів господарювання вкрай важко придбати.

Не розвинуте в Україні й довгострокове кредитування страховиками реального сектора економіки. Тому страхові компанії продовжують віддавати перевагу розміщенню своїх коштів на поточних і депозитних банківських рахунках. А це, у свою чергу, гальмує як зростання інвестиційної діяльності самих компаній, збільшення доходів від неї, так і позбавляє національну економіку в цілому значних обсягів "довгих" грошей, конче необхідних для подальшого соціально-економічного реформування в Україні. [6]

Тим часом, світовий досвід використання страхового сектора економіки як потужного джерела інвестицій є успішним, при чому не лише у високорозвинутих країнах, але й у країнах, що за світовими стандартами вважаються не дуже заможними.

Негативним чинником є наявність кептивних компаній, що відстоюють винятково корпоративні інтереси, будуються за галузевою належністю та працюють під опікою місцевих органів влади, їх створення, зокрема, має на меті не випускати грошові потоки у вигляді страхових премій за межі компанії-засновника, а створити своєрідний інкубатор для становлення свого страхового бізнесу, встановити пільгові тарифи на страхування внутрішньо-корпоративних ризиків. Типовою є ситуація, коли страховики зберігають і підтримують тісні зв'язки із своїми акціонерами, які часто є їх основними клієнтами. Отримує поширення й перехресне володіння акціями страхових компаній, банків, виробничих підприємств, що ускладнює точну оцінку активів.

Названі прояви протекціонізму спричиняють монополізацію окремих сегментів страхового ринку відомчими страховими компаніями, створюють нерівні можливості для функціонування страховиків, призводять до нерівномірного розвитку страхового ринку.

Сьогодні ринок посередників настільки слабкий і незначний, що можна говорити про його відсутність. Взаємовідносини між посередниками і компаніями прямо протилежні прийнятим на світових ринках. Багато з існуючих страхових компаній, фактично, не залишають ризик на своєму утриманні, перестраховують його у більш крупних компаній, а самі існують переважно за рахунок різниці прямого та перестраховального тарифів.

Більш низька конкурентоспроможність страхових компаній, порівняно з комерційними банками у боротьбі за залучення вільних коштів юридичних і фізичних осіб. Поки що з огляду на більшу зрозумілість і короткострокову вигоду, можливість швидкого отримання внесених сум, а також більшої фінансової потужності комерційних банків банківські вклади є більш привабливим об'єктом розміщення вільних коштів юридичних і фізичних осіб. Через це страхові компанії втрачають досить значні суми коштів.

Низький рівень кваліфікації кадрів - це є ще одним наслідком недостатнього розвитку менеджменту в страхових компаніях та їх низького попиту на кваліфікованих фахівців на фоні зростання ринку фінансових послуг. Щоб вирішити кадрові проблеми, страховики навчають персонал самостійно, залучають кадри з інших сфер бізнесу. Спостерігається низький рівень маркетингу на ринку страхових послуг. На ринку склалася парадоксальна

ситуація — часом у страхову компанію простіше підібрати висококласного топ-менеджера, ніж грамотного спеціаліста середньої ланки. Кадрові проблеми негативно позначаються на обсягах і якості страхових послуг, підривають імідж страхових компаній, призводять до зловживань і правопорушень.[7]

До інших функціональних проблем діяльності страхових компаній можна також віднести вузький, порівняно з розвинутими країнами, асортимент страхових послуг, що надаються клієнтам; неоптимальність страхових портфелів; низьку технологічність здійснення страхових операцій; відсутність належних традицій тривалого позитивного досвіду роботи з клієнтами, особливо з нових видів страхування.

Значна інформаційна закритість страхового ринку, низький рівень впровадження у страхову практику сучасних інформаційних технологій. Український страховий ринок є сьогодні однією з найбільш закритих зон фінансового ринку, що унеможлиблює формування чіткого уявлення про його стан і тенденції розвитку, зменшує можливості об'єктивної оцінки у цій сфері з метою виправлення наявних недоліків та усунення існуючих і запобігання потенційно можливим загрозам його стабільному функціонуванню.

Немає сумнівів, що обсяги державного фінансування системи охорони здоров'я мають зростати; проте ці кошти необхідно використовувати максимально ефективно і спрямовувати на досягнення кінцевих цілей поліпшення стану здоров'я населення. На нашу думку, лише додавання бюджетних ресурсів не створить реальних можливостей для оптимізації системи охорони здоров'я в Україні, поки не будуть вирішені сучасні проблеми, пов'язані з системою управління галузі, модернізації її організаційної структури та механізму фінансування, за якого кошти наразі спрямовуються не на фінансування медичних послуг (забезпечуючи їх якість, своєчасність та ефективність), а на утримання установ галузі, яке залежить від ресурсних показників.

Реформи у сфері медичного страхування, що наразі обговорюються та зосереджуються на питаннях пошуку додаткових джерел фінансування сектору охорони здоров'я, навряд чи дадуть змогу вирішити фундаментальні проблеми низької ефективності та нерівності, властиві системі охорони здоров'я в Україні. Навпаки, вони можуть створити додатковий податковий тиск і призвести до марнотратства бюджетних коштів.

Нераціональний розподіл державних видатків між різними рівнями системи охорони здоров'я належить до основних чинників, що визначають низьку ефективність державних видатків на охорону здоров'я. Так, в Україні наразі практично не існує чіткого функціонального розподілу у наданні послуг первинного і вторинного рівнів медичної допомоги, а жорстке розмежування витрат на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів зберігає умови для існування паралельних медичних структур. Відповідно, більша частина видатків у сфері охорони здоров'я (близько 70% бюджету всієї галузі) спрямовується до лікарень та спеціалізованих медичних закладів, і лише незначна їх частка – до закладів первинної медичної допомоги та профілактики

захворювань.

Водночас зосередження основних зусиль на первинному рівні медичної допомоги з метою розвитку програм ранньої діагностики захворювань не лише сприяло б поліпшенню стану здоров'я населення та скороченню смертності від всіх причин, підвищенню рівня задоволення пацієнтів, а й зумовило б скорочення звернень за спеціалізованими медичними послугами і відповідної потреби в ресурсах для їх фінансування.

Тому пріоритетне значення має реорганізація системи охорони здоров'я, спрямована на підвищення якості й доступності первинної медико-санітарної допомоги для населення, оскільки, по-перше, саме на цьому рівні можливо отримати найбільший позитивний ефект, а по-друге, це дозволить скоротити сумарний обсяг витрат на медико-санітарну допомогу. На нашу думку, необхідно виходити із взаємодоповнення двох видів первинної медико-санітарної допомоги: амбулаторно-поліклінічних закладів і лікарів загальної практики (сімейної медицини). Пропорції між ними мають бути об'єктивними і враховувати особливості демографічної ситуації та розміщення населення в Україні. Зокрема, розвиток сімейної медицини особливо потрібний в сільській місцевості країни (амбулаторію сімейного лікаря доцільно відкривати в населених пунктах, де проживає менше 1 тис. мешканців) та підвищення якості педіатричного лікування. [8]

Пропонується така організаційна структура системи медичної допомоги:

1. "Сімейні лікарі" або лікарі загальної практики надаватимуть пацієнтам весь спектр послуг первинного рівня, включаючи профілактичні заходи; вони матимуть свободу у формуванні контингентів населення, яке користуватиметься їхніми послугами. Зі свого боку, населення сплачуватиме певну фіксовану суму внесків на рахунок лікаря, що визначатиметься за нормативами обслуговування певної кількості та складу населення. Для малозабезпеченого населення, яке не в змозі самотійно сплачувати внески, може формуватися державне замовлення на оплату медичних послуг, які можуть надавати або "сімейний лікар", або медичні установи первинного рівня. Крім того, незахищені верстви населення (інваліди, люди похилого віку, хронічно хворі) повинні мати можливість користуватись первинними медичними послугами загального переліку на безоплатних засадах. Обладнання лабораторій необхідним устаткуванням варто здійснювати на основі кредитів, що будуть надаватися практикуючим лікарям загальної практики, які працюють у даному регіоні протягом певного часу і мають стабільний контингент пацієнтів.

2. Пріоритетом реформування вторинного рівня медичної допомоги має стати максимально повне обслуговування пацієнтів з метою скорочення чисельності населення, яке потребуватиме високоспеціалізованої допомоги.

Фінансування системи вторинної медичної допомоги можливо здійснювати за двома каналами:

- державне фінансування капітальних витрат медичних установ;
- цільовий податок для фінансування поточних витрат медичних установ



(можливим варіантом такого податку є місцевий податок, диференційований за регіональним принципом, що сплачується з сукупних доходів населення; збирання та розподіл податків на місцевому рівні забезпечить можливість контролю та сприятиме підвищенню відповідальності влади).

3. Механізм фінансування високоспеціалізованої медичної допомоги третього рівня має ґрунтуватися на базовому державному фінансуванні з метою утримання закладів, водночас оплату відповідних послуг доцільно здійснювати за кількома каналами надходжень: державне замовлення; кошти пацієнтів; надання кредитів тощо. [9]

Існування нерівності в доступі до послуг охорони здоров'я зумовлене як територіальними чинниками, так і рівнем доходу населення внаслідок поширення прямих (у тому числі неформальних) платежів населення в сфері охорони здоров'я. Оцінки обсягу власних виплат населення за медичні послуги дуже відрізняються залежно від джерела даних та методології дослідження, однак, за помірними оцінками їх обсяг становить від 2,3 до 3,0% ВВП. Загальна сума цих видатків складається з офіційної плати користувачів послуг, купівлі ліків поза медичними закладами, неофіційних платежів лікарям і витрат на перевезення, харчування та проживання. При цьому обсяги й поширення прямого фінансування за рахунок власних виплат населення істотно зростають з підвищенням рівня спеціалізації послуг охорони здоров'я.

Нерівність у доступі до послуг у сфері охорони здоров'я визначається і наявністю відомчих та інших закладів охорони здоров'я, що обслуговують лише окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою, не пов'язаною зі станом здоров'я людини, ознакою. Ці заклади фінансуються, як правило, за рахунок підприємств, установ і організацій, що вони обслуговують.

**Висновки.** З огляду на вищесказане, першочергове значення має вирішення проблем нерівності у системі охорони здоров'я, з наданням незахищеним домогосподарствам певного фінансового захисту від надмірних витрат у разі хвороби. Серед таких заходів можуть бути:

- ваучери на ліки (оскільки на придбання ліків припадає найбільш частка видатків, пов'язаних з власними платежами населення);
- податкові пільги для недержавних медичних закладів, що надають безкоштовні медичні послуги понад базовий обсяг соціально вразливим верствам;
- надання пільгових кредитів на лікування або оздоровлення.

У цілому посиленню соціального захисту населення також сприятимуть впровадження обов'язкового медичного страхування зі збереженням та поліпшенням безкоштовної системи базової медичної допомоги та утворенням механізмів перерозподілу частини коштів, отриманих від надання платних послуг у сфері охорони здоров'я, на фінансування потреб невідкладної медичної допомоги.

Таким чином, ефективне функціонування галузі охорони здоров'я неможливе без належного її фінансового забезпечення. Проте, просте

збільшення бюджетних витрат на охорону здоров'я не підвищить ефективності її фінансування без дієвого реформування самої галузі та удосконалення методів управління нею.

### Список використаних джерел

1. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я: Аналіт. огляд / За заг. ред. В.Ф. Москаленка. [текст] – Т.: Укрмедкнига, 2000. – 245 с.
2. Вдосконалення міжбюджетних відносин і стратегії державних видатків у сферах охорони здоров'я та освіти в Україні : вибрані питання. – К. : ДП “Видавничий дім “Козаки”, 2008. – 168 с.
3. Бюджетний кодекс України станом на 09.07.2010 р. № 2456-VI. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2456-17>
4. Державна служба статистики України : статистична інформація / Офіційний веб-сайт Державної служби статистики України. [Електронний ресурс] - Режим доступу: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua).
5. Богусловський Є.І. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи [текст] / Є.І. Богусловський, Ю.С. Шибалкіна // Зовнішня торгівля: право та економіка. - 2009. - № 4 (39). - С. 83 - 86.
6. Бартків О.М. Розвиток добровільного медичного страхування в Україні: регулювання, проблеми та перспективи розвитку // Стратегічні орієнтири. – 2013. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://libfor.com/index.php?newsid=1934>
7. Євтушевський Є.А. Особливості становлення та перспективи медичного страхування в системі охорони здоров'я України [текст] / Є.А. Євтушевський // Теоретичні та прикладні питання економіки: зб. наук. пр. - 2009. - № 20. - С. 33 - 41.
8. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я [текст] / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – 680 с.
9. Калічак М., Головнич О. Індивідуальні та корпоративні програми добровільного медичного страхування в Україні // Стратегічні орієнтири. – 2013. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://libfor.com/index.php?newsid=2215>

*Подано до редакції 10 червня 2014 року*

**Солодовник Г.В.**

**Проблеми фінансового забезпечення системи здравоохоронення в Україні**

*В статтє проаналізовано сучасне стання фінансового забезпечення системи здравоохоронення в Україні, освіщені главні проблеми и предложены пути их решения.*

**Ключевые слова:** система здравоохранения, финансовое обеспечение, источники финансирования, финансовые затраты на систему здравоохранения, зарубежный опыт финансового обеспечения.

**Solodovnyk G.V.**

***The problems of financial provision of health care in Ukraine***

*This article analyzes the financial support of health care in Ukraine, highlighted major problems and proposed solutions.*

**Key words:** health care, financial support, funding, financial costs of health care, foreign experience financial support.

*Солодовник Галина – студентка 5 курсу факультету фінансів та банківської справи Національного університету ДПС України.*