УДК 36.5 : [364:614] JEL Classification: H51

ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ВНУТРІШНЬОЇ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ В УНІВЕРСИТЕТІ ЯК ФАКТОР СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ

І.В. Жеребило, *к.філософ.н., доцент;*
Львівський навчально-науковий інститут, ДВНЗ «Університет банківської справи»
Проспект В'ячеслава Чорновола,61, м. Львів, 79019, Україна
директор
e-mail: zherebilo@gmail.com

У статті визначено та проаналізовано негативні аспекти функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я. Серед ключових виокремлено: відставання України від європейських держав за показниками тривалості життя, смертності та стану здоров'я; низький рівень фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я; високий рівень залучення приватних коштів пацієнтів з незадовільною якістю отриманих послуг; надмірну централізованість управління системи охорони здоров'я, що призвела до відсутності прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг та зростання корупційної складової в частині закупівель, освіти, атестації та працевлаштування медпрацівників. Наголошено на доцільності реформування галузі охорони здоров'я в частині мобілізації доходів в контексті охоплення населення базовими медичними гарантіями та ефективності організації процесу такого фінансування.

Ключові слова: *охорона здоров'я, фінансування, реформування, медичні послуги, видатки.*
DOI: 10.21272/1817-9215.2020.2-4

ВСТУП

Впродовж останніх років Україна реалізує стратегічні реформи, метою яких є нова якість механізмів забезпечення сучасних соціальних потреб населення. Ключовими серед яких є і реформа в сфері охорони здоров'я. Це, безумовно, виправдано, позаяк пласт проблем, які накопичились (як то незадовільний стан здоров'я населення, нераціональна організація системи надання медичних послуг, низький рівень сучасних медичних технологій, дефіцит бюджетних ресурсів для фінансування системи охорони здоров'я, недосконалий ринок медичних послуг тощо) не сприяють поліпшенню індикаторів здоров'я населення. Тривалий період реформування системи охорони здоров'я без вагомої фінансово-економічної і політичної підтримки є результатом неефективної державної політики в цій галузі. Позитивні зміни неможливо втілити в життя без розроблення дієвої стратегії реформування галузі, особливо в умовах обмежених фінансових ресурсів. Зазначене актуалізує необхідність додаткового вивчення та обговорення.

Проблеми охорони здоров'я впродовж останніх років привертають увагу багатьох дослідників та експертів. Серед таких: дослідження шляхів реформування соціальної системи управління охороною здоров'я (Сазонець, 2018), обговорення питань страхової медицини (Ковтонюк, 2015), вивчення світового досвіду реформування охорони здоров'я та можливі шляхи його адаптації до вітчизняних умов (Степанова & Іголкін, 2012) і ін.

ПОСТАВЛЕННЯ ЗАВДАННЯ

Метою статті є виявлення та аналіз фінансово-економічних проблем функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Відомо, що кожна держава має власну модель організації системи охорони здоров'я. Експерти зводять наявні моделі до чотирьох типів за критерієм джерела фінансування, а саме: модель приватного фінансування охорони здоров'я (американську), модель Бісмарка, сформовану на засадах медичного страхування (німецьку), модель Беверіджа, яка грунтується на бюджетному фінансуванні медицини (англійську) та модель Семашка (характерну для країн колишнього СРСР). Кожна з

моделей має свої переваги та недоліки. Водночас, як зауважує Костюк В., «ідеальної системи охорони здоров'я не існує в жодній країні, навіть у тій, де вона вважається найкращою» (Костюк, 2017). Цю тезу підтверджують результати соціологічних опитувань та досліджень. До слова, 82% громадян США, 78% населення Нідерландів та 58% жителів Німеччини вважають, що система охорони здоров'я у їх країнах потребує ґрунтовного реформування (The Commonwelth, 2020).

На сьогодні системи охорони здоров'я у розвинених країнах не відповідають у повній мірі жодній із наведених моделей. Внаслідок реформування відбувається запозичення окремих елементів та механізмів із різних моделей. Зокрема в останні десятиліття у США спостерігається тенденція до певної «європеїзації» системи охорони здоров'я, натомість в країнах ЄС – до «американізації».

Що стосується України, то зважаючи на тривалий період розвитку сфери охорони здоров'я в Україні та численні спроби її реформування, ефективних широкомасштабних змін у функціонуванні цієї системи не проводилося до 2014 року, що результувалося збереженням так званої радянської моделі організації системи охорони здоров'я, яка і на рівні громадян, і на рівні влади визнається малоефективною.

Проведене нами дослідження показало, що серед основних негативних аспектів розвитку системи охорони здоров'я в Україні є такі.

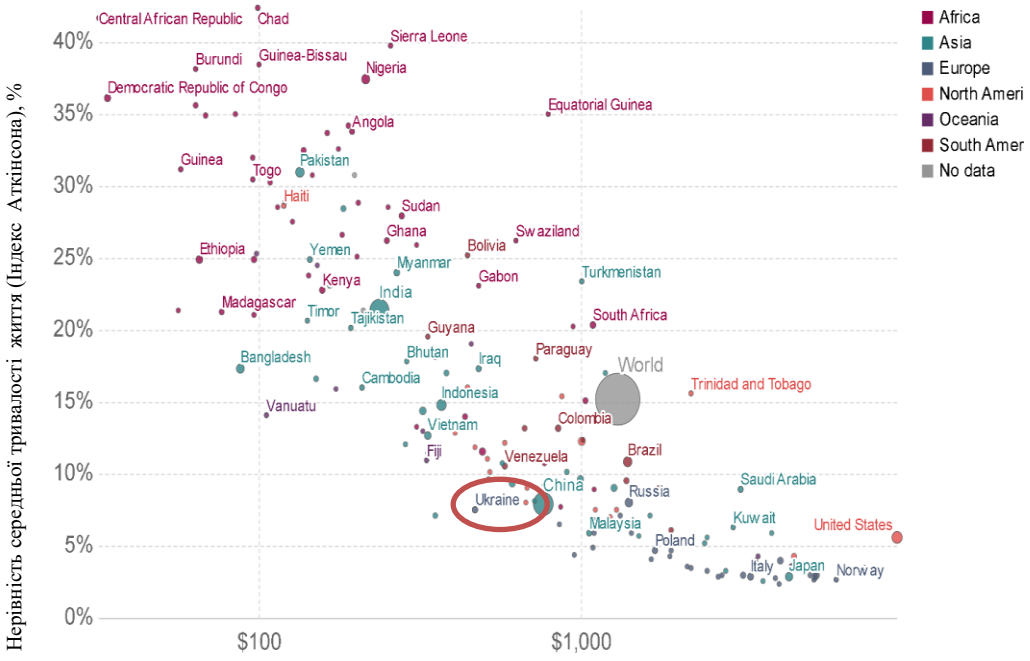
Значне відставання України від європейських держав за показниками тривалості життя, смертності та стану здоров'я.

Так, за показником тривалості життя наша країна відстає від середнього по ЄС приблизно на 10 років. У 2015 р. середня тривалість життя в Україні склала 71,5 років, натомість у країнах ЄС – більше 81,3 років (Life Expectancy, 2020).

Показовими також є результати розрахунку індексу Аткінсона в контексті визначення нерівності середньої тривалості життя населення та його співставлення із витратами на сферу охорони здоров'я на одну особу (рис. 1). Доцільність аналізу цього показника полягає в тому, що він дозволяє врахувати не лише результат впливу рівня розвитку сфери на життя людини, а й акцентувати на ефективності розподілу надаваних медичних послуг між громадянами та впливі такого розподілу на нерівність тривалості життя населення.

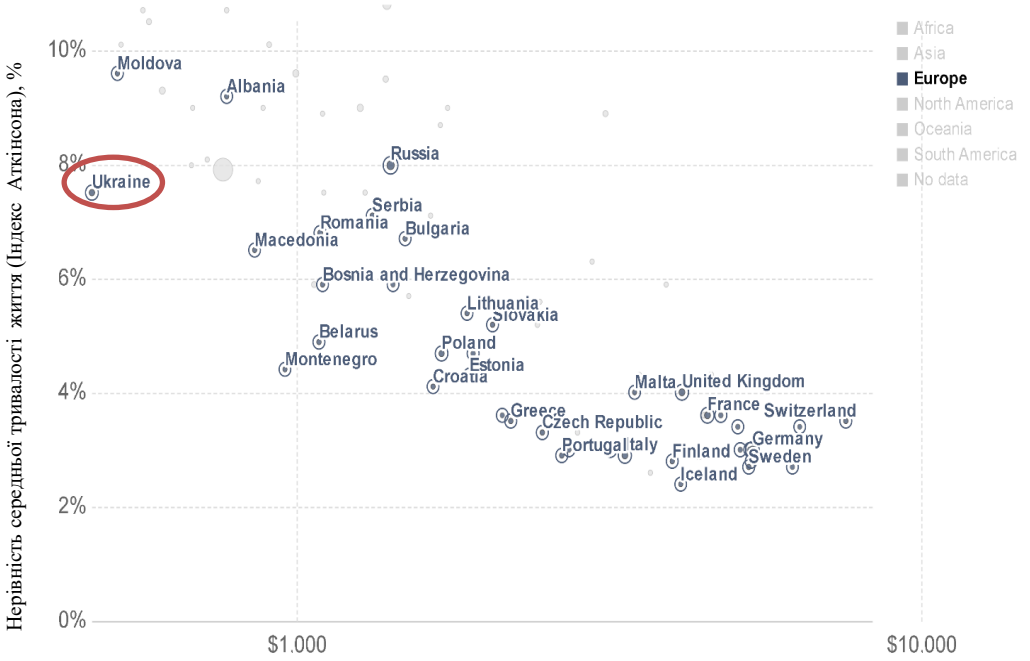
Як видно, середній показник витрат на забезпечення охорони здоров'я у світі у 2015 р. склав 1300,11 дол. США на особу, натомість в Україні – 469,43 дол. США, тобто менше ½ середнього рівня. Відтак можна констатувати, що наша держава належить до країн з доволі низьким обсягом фінансування цієї сфери і перебуває на рівні з Молдовою, Єгиптом, Іраком, Монголією, Марокко, Гватемалою та Болівією. Водночас у групі цих країн (які характеризуються приблизно однаковим обсягом витрат на особу у медичній сфері) наша держава має найнижчий показник нерівності середньої тривалості життя населення (7,5%), що свідчить про відносну рівномірність розподілу надаваних медичних послуг між громадянами.

Утім при порівнянні аналізованих показників по країнах Європи можна констатувати значне відставання нашої держави від інших країн за обсягом фінансування сфери охорони здоров'я (показник відставання від країни-лідера за цим критерієм (Швейцарії) складав 16,1 разів, від найближчої за значенням (Молдова) – 1,10 разу), а також за нерівністю середньої тривалості життя (вищий показник мають лише Молдова, Албанія та Росія).



Видатки на охорону здоров'я на одну особу, дол. США

а) Світ



Видатки на охорону здоров'я на одну особу, дол. США

б) Європа

Рисунок 1. Порівняння нерівності середньої тривалості життя населення країн та витрат на охорону здоров'я на одну особу, 2015 р.
Джерело: склано з використанням [7,8].

Щодо стану здоров'я, то 90,7% смертей в Україні пов'язані з впливом так званих незаразних захворювань, до яких відносяться серцево-судинні, ракові захворювання, діабет, хронічні захворювання дихальних шляхів (Global, 2017), тобто мова йде про хвороби, розвитку яких в багатьох випадках можна уникнути завдяки ефективній медичній системі. Натомість в Україні у 2017 р. зафіксовано:

- найвищу смертність від серцево-судинних захворювань на 100 тис. осіб (538,85 померлих) у Європі; серед країн світу вищими показниками характеризуються лише Узбекистан, Афганістан, Азербайджан, Папуа Нова Гвінея та деякі острівні держави;
- середню за показниками смертність при порівнянні з країнами Європи від ракових захворювань (129,92);
- одні з найвищих показники смертності від деменції у Європі (синдром стійкого порушення когнітивних функцій у результаті органічного ураження мозку) – більше 40 смертей на 100 тис. смертей;
- в Україні від туберкульозу помирає 6,15 осіб на 100 тис. осіб, у той час як у країнах Європи цей показник коливається в межах 0,24-0,58 осіб;
- в Україні у порівнянні з країнами ЄС вищий рівень смертності від ВІЛ/СНІДу – 9,5 на 100 тис. смертей (у ЄС – 0,2-3,77);
- найвищу смертність після Сербії у Європі від куріння (153,56 осіб) (Global, 2017).

Недостатність та неефективність системи фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я.

Українська держава спрямовує на фінансування сфери охорони здоров'я більше 7,0% ВВП, що є співмірним з часткою ВВП, спрямованих на підтримку та розвиток медицини у країнах Центральної Європи і Балтики (рис. 2). Водночас це значно менше, ніж середній показник по світу (9,9% ВВП у 2014 р.) та країнах ЄС загалом (10,0% ВВП).

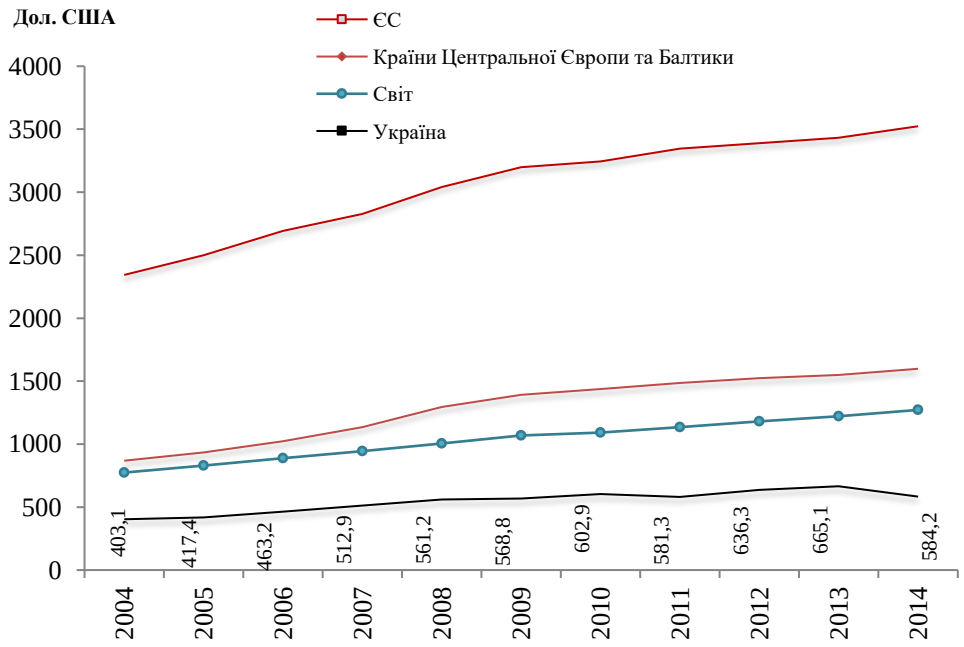


Рисунок 2. Порівняння динаміки фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, ЄС та світі (видатки на одну особу, дол. США), 2004-2014 рр. Джерело: на основі [8].

Утім, якщо звернути увагу на видатки на охорону здоров'я на одну особу (рис. 3), помітним є значно нижчий обсяг витрат в Україні (584,2 дол. США). У 2014 році видатки на охорону здоров'я в Україні на одну особу склали лише 16,6% середніх витрат у ЄС, 36,6% середніх витрат у країнах Центральної Європи та Балтики, 45,9% витрат у світі.

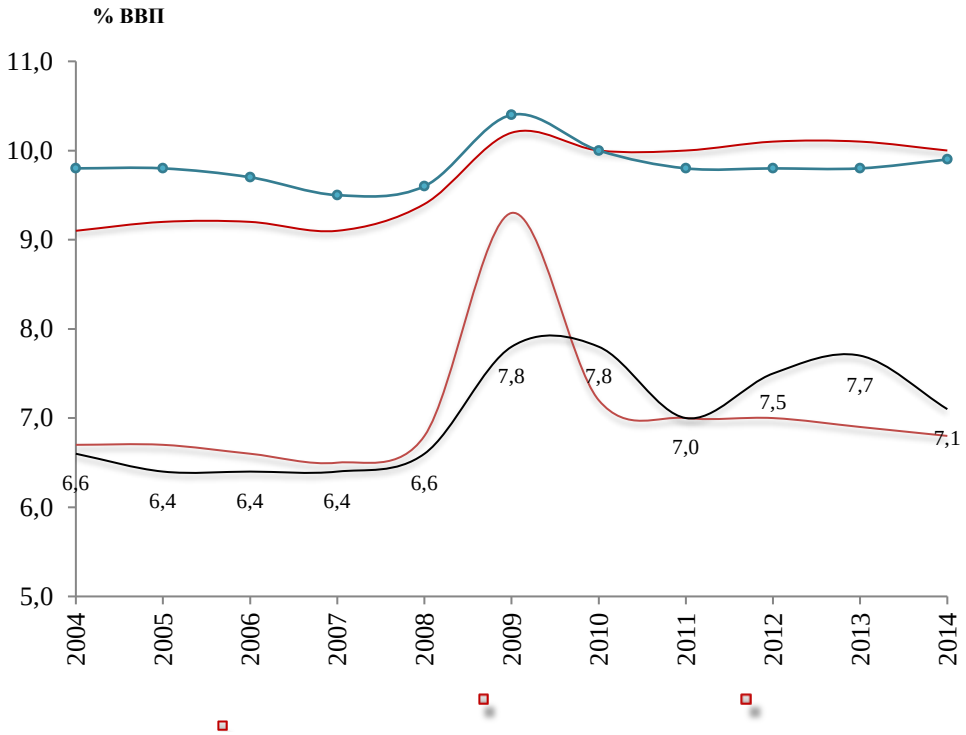


Рисунок 3. Порівняння динаміки фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні, ЄС та світі (частка у ВВП, %), 2004-2014 рр.
Джерело: на основі [8].

Ще однією проблемою фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні є висока частка залучення приватних коштів пацієнтів (рис. 4). Станом на 2015 р. до утримання медичної системи в Україні «залучалося» 9 із 10 домогосподарств. Високий рівень залученості коштів пацієнтів, серед іншого, пов'язаний з неефективністю структури державних витрат на медичну систему в країні. Так, основну частину витрат закладів охорони здоров'я складають витрати на заробітну плату персоналу (71-74%) (Національна, 2015), що відповідно результується нестачею коштів для фактичного надання медичних послуг, закупівлі медикаментів та матеріалів, оновлення технологічних фондів, а, відтак, або її ненаданням, або оплатою пацієнтом. На це вказує той факт, що щорічні витрати на лікарські препарати у закладах охорони здоров'я складають 5-6% від загальної суми витрат.

Водночас частка домогосподарств, у яких хоча б один із членів родини не зміг отримати відповідну медичну допомогу або придбати ліки та приладдя, склала 23,1% (Коломієць, 2018). Таким чином, можна зробити висновок, що попри високий рівень залученості у медичну галузь коштів домогосподарств, отримувачі таких послуг не мають можливості впливати на їхню якість та забезпечити ефективну розбудову системи охорони здоров'я.

На цю проблему вказують також експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), визначаючи залежність населення від прямих платежів з їх боку в момент

безпосереднього отримання медичної допомоги як одну з ключових перепон у досягненні загального охоплення населення якісною медичною допомогою (Доклад, 2010). Водночас фахівці ВООЗ акцентують увагу на тому, що навіть держави з високим обсягом доходів не спроможні забезпечити повне охоплення населення безкоштовними медичними послугами. Тому в контексті бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я без залучення ресурсів з інших джерел доцільно шукати ефективне співвідношення за показниками «частка населення, охоплена фінансуванням», «медичні послуги, які надаються безкоштовно», «частка цих державних витрат в ресурсах, спрямованих на утримання сфери» (Доклад, 2010).

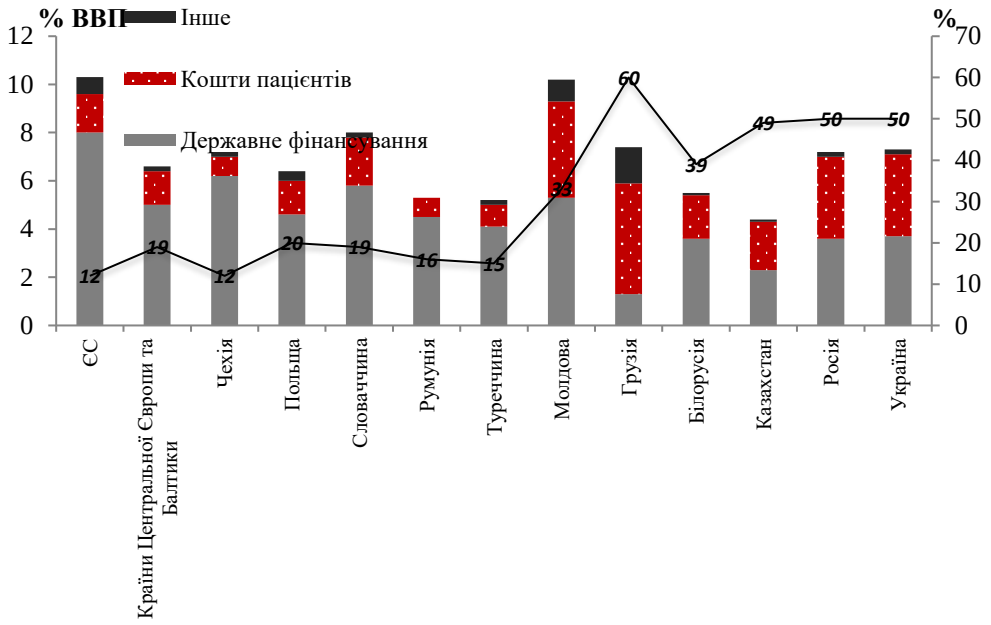


Рисунок 4. Порівняння структури фінансування сфери охорони здоров'я у країнах Європи, 2015 р.
Джерело: на основі [8].

Жорстка централізованість управління та фінансування системи охорони здоров'я, що результувалося, по-перше, відсутністю прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг, по-друге, високим рівнем корупції у сфері, зокрема, в частині закупівель, освіти, атестації та працевлаштування медпрацівників.

Державне фінансування закладів охорони здоров'я в Україні здійснювалося за рахунок передачі трансфертів на обласний, районний та локальний рівні управління та подальшого перерозподілу цих коштів між закладами на основі галузевих норм (даних щодо штатного розпису, кількості лікарняних ліжок тощо). Це результувалося неефективністю функціонування самої системи та неефективністю її фінансування, оскільки вищеописаним способом було забезпечено лише підтримку існування закладів медицини, а не їх розвиток.

Неефективність функціонування системи охорони здоров'я підтверджують результати співвідношення показників в Україні з середньоєвропейським значенням (рис. 5).

Так, у нашій країні значно вищою є кількість лікарняних ліжок на 100 тис. осіб (в 1,9 разу), дещо вищою кількість медичного персоналу (у 1,3 разу) та кількість лікарів

на 100 тис. осіб (в 1,2 разу). Водночас, попри те, що на особу припадає більша кількість лікарів, ліжок та медперсоналу, в нашій державі середня тривалість перебування у стаціонарі перевищує аналогічний показник по країнах ЄС у 2,0 рази, а кількість госпіталізацій – в 1,3 разу. При цьому, 75% ліжкомісць у лікарнях України характеризуються низьким потенціалом до надання послуг, оскільки вони розташовані у малих закладах (міських, районних, сільських лікарнях, спеціалізованих лікарнях чи диспансерах), більшість з яких через відсутність достатнього фінансування не здатна забезпечити надання якісних медичних послуг (МОЗ, 2020).

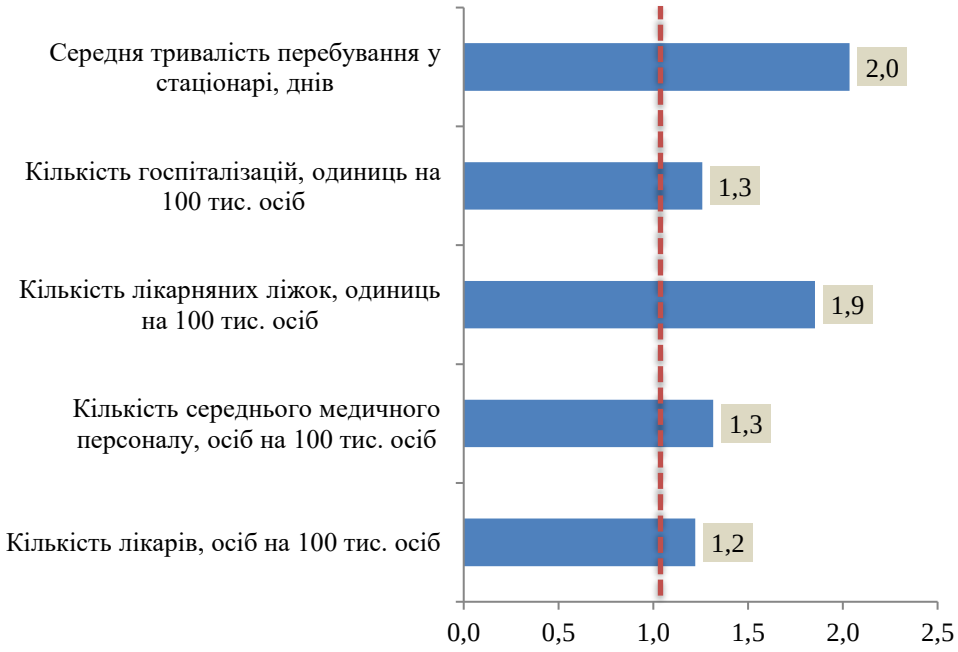


Рисунок 5. Результати порівняння окремих показників розвитку системи охорони здоров'я в Україні з середньоєвропейським значенням, 2015 р., разів
Джерело: на основі [16].

З 2015 року для передачі коштів на місцевий рівень запроваджено механізм субвенції (передбачає надання медичної субвенції та субвенції на здійснення конкретних медичних програм), який спрямовується на фінансування профілактики захворювань, первинну медичну допомогу, надання амбулаторних та стаціонарних медичних послуг. Розподіл медичної субвенції здійснюється на основі капітаційної формули з урахуванням кількості населення та різниці у забезпеченні послугами охорони здоров'я. Зважаючи на можливість аналізу результативності методу фінансування системи охорони здоров'я в частині надання на нижчі рівні медичної субвенції, можна зауважити переваги та численні недоліки її організації, зокрема:

- дублювання послуг та неефективне використання фінансових ресурсів на субнаціональному рівні, що пов'язано з децентралізацією повноважень у сфері охорони здоров'я та їх накладанням один на одного на різних рівнях;
- низьку ефективність використання коштів медичної субвенції – за аналізований період часто спостерігалася ситуація, коли субвенція залишалася невикористаною в одних громадах (у зв'язку з можливістю неповернення залишків трансферу на кінець року), проте спостерігалася її нестача в інших (зокрема ОТГ, на території яких функціонували заклади вторинної медичної допомоги);

- відсутність процесів оптимізації закладів охорони здоров'я у зв'язку з незацікавленістю місцевих органів влади у їх проведенні, що б дозволило покращити і їх матеріально-технічне та кадрове забезпечення;
- постійна зміна механізму надання трансфертів у сфері охорони здоров'я, що, серед іншого, супроводжувалося тенденцією перекладання видатків на утримання закладів охорони здоров'я на органи місцевого самоврядування (так, з 2018 р. прямих дотацій з державного бюджет на утримання медичних закладів не передбачено, що матиме наслідком повне перекладання цього завдання на місцеві органи) – такі тенденції можуть результуватися втіленням ризику ускладнення доступу населення до якісних медичних послуг у зв'язку зі скороченням мережі медичних закладів та неспроможністю органів самоврядування їх фінансування.

ВИСНОВКИ

В підсумку зазначимо, що це ключовий, але далеко не вичерпний перелік проблем вітчизняної системи охорони здоров'я, які стримують подальший її розвиток. Вітчизняна система охорони здоров'я, яка була орієнтована на задоволення потреб населення, продемонструвала свою неспроможність реагувати на сучасні виклики, а права громадян на «безкоштовну медицину» не були в повному обсязі забезпечені прозорими і дієвими фінансовими інструментами реалізації. Очевидно, що реформування такої системи охорони здоров'я є об'єктивною необхідністю, особливо в частині запровадження дієвої системи її фінансування, яку варто розглядати з двох позицій: а) мобілізації доходів в контексті охоплення населення базовими медичними гарантіями і б) ефективності організації процесу такого фінансування. Наслідком позитивних зрушень повинно стати підвищення рівня медичного обслуговування населення України, адже життя і здоров'я нації є ключовими маркерами системи охорони здоров'я . Саме ці питання стануть предметом подальших наукових пошуків автора.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 12. Режим доступу: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=.
2. Ковтонюк П. Готуватися до страхової системи вже сьогодні радять розробники Стратегії з реформування охорони здоров'я. Режим доступу : http://lada.fm/2015/01/20/gotuvatisya-do-strahovoyi
3. Степанова О.В., Іголкін І.В. Реформування системи охорони здоров'я у США. Фінанси України. 2012. № 3. С. 69–82.
4. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. 2017. С. 39-43.
5. The Commonwelth. Official site. Режим доступу: https://thecommonwealth.org/about-us .
6. Life Expectancy. Our World in Data. Project of the Global Change Data Lab. GCDL. Режим досупу: https://ourworldindata.org/life-expectancy .
7. United Nations Development Programme. Human Development Reports. Within-country surveys. Режим доступу: http://hdr.undp.org/en/composite/IHDI.
8. World Bank. World Health Organization Global Health Expenditure database. Режим доступу: https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators .
9. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018. Режим доступу: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.
10. World Bank – World Development Indicators. World Health Organization Global Health Expenditure database. Режим доступу: http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators .
11. World Bank – World Development Indicators. World Health Organization Global Health Expenditure database. Режим доступу: http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators .

12. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. UCAB. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародний фонд «Відродження. SAG. 41 с. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf .
13. Неефективні аспекти охорони здоров'я в Україні: чи справді якість відповідає ціні? Аналітична платформа «VoxUkraine». 2019. Режим доступу: https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/ .
14. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: організації та ризики реформування. Економічний вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут". 2018. № 15. С. 18-27.
15. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью / Всемирная организация здравоохранения. Режим доступу: http://www.who.int/whr/2010/ru/ .
16. Пендзин О. Медична реформа по-європейськи: на що орієнтуватися Україні. Mind, 2017. Режим доступу: https://mind.ua/ru/openmind/20178091-medicinskaya-reforma-po-evropejski-na-chto-orientirovatsya-ukraine .
17. МОЗ України: що було, є і буде. Міністерство охорони здоров'я України. 67 с. Режим доступу: moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf .

REFERENCES

1. Sazonets IL, Zima I. Ya. Identification of problems and main directions of reforming the health care system of Ukraine. Public administration: improvement and development. 2018. № 12. Access mode: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=.
2. Kovtonyuk P. The developers of the Health Care Reform Strategy are already advising to prepare for the insurance system. Access mode: http://lada.fm/2015/01/20/gotuvatisya-do-strahovoyi
3. Stepanova OV, Igolkin IV Health care reform in the United States. Finance of Ukraine. 2012. № 3. S. 69–82.
4. Kostyuk VS Reforming health care in Ukraine in terms of European orientation. Scientific Bulletin of the International Humanities University. 2017. S. 39-43.
5. The Commonwelth. Official site. Access mode: https://thecommonwealth.org/about-us.
6. Life Expectancy. Our World in Data. Project of the Global Change Data Lab. GCDL. Access mode: https://ourworldindata.org/life-expectancy.
7. United Nations Development Program. Human Development Reports. Within-country surveys. Access mode: http://hdr.undp.org/en/composite/IHDI.
8. World Bank. World Health Organization Global Health Expenditure database. Access mode: https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators.
9. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018. Access mode: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool.
10. World Bank - World Development Indicators. World Health Organization Global Health Expenditure database. Access mode: http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators. 11. World Bank - World Development Indicators. World Health Organization Global Health Expenditure database. Access mode: http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators. 12. National strategy for reforming the health care system in Ukraine for the period 2015-2020. UCAB. Ministry of Health of Ukraine. International Renaissance Foundation. SAG. 41 s. Access mode: https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf.
1. 13. Inefficient aspects of health care in Ukraine: is quality really worth it? VoxUkraine analytical platform. 2019. Access mode: https://voxukraine.org/uk/neefektivni-aspekti-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-chi-spravdi-yakist-vidpovidaye-tsini/.
2. 14. Kolomiets OO Health care system in Ukraine: organizations and risks of reform. Economic Bulletin of the National Technical University of Ukraine "Kyiv Polytechnic Institute". 2018. № 15. pp. 18–27.
3. 15. World Health Report, 2010. Financing health systems: the path to universal health coverage / World Health Organization. Access mode: http://www.who.int/whr/2010/ru/.
4. 16. Pendzyn O. Medical reform in the European way: what to focus on Ukraine. Mind, 2017. Access mode: https://mind.ua/ru/openmind/20178091-medicinskaya-reforma-po-evropejski-na-chto-orientirovatsya-ukraine.
18. Ministry of Health of Ukraine: what was, is and will be. Ministry of Health of Ukraine. 67 s. Access mode: moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf.

SUMMARY

I. Zherebylo, **Financial and economic aspects of functioning and development of the healthcare in Ukraine**

With Ukraine taking a course to implement systemic sectoral reforms to improve the quality of services provided to the population, decentralize resources and powers, and form an effective system of public governance, health care reform, among others, plays an important role. Their effective implementation requires scientific discussion and analysis of causal relationships.

The purpose of the article is to identify and analyze the financial and economic problems of the health care system in Ukraine.

The article identifies and analyzes the negative aspects of the functioning and development of the health care sector. Among the key ones are: Ukraine lags behind European countries in terms of life expectancy, mortality and health; low level of financial support for the healthcare sector; high level of attraction of private funds of patients with unsatisfactory quality of received services; excessive centralization of health care management, which has led to a lack of a transparent state-guaranteed package of health services and an increase in corruption in the procurement, education, certification and employment of health workers. Emphasis is placed on the shortcomings of the mechanism of financing disease prevention, primary health care, provision of outpatient and inpatient medical services. Among them are: duplication of services and inefficient use of financial resources at the subnational level; low efficiency of use of medical subvention funds; constant change in the mechanism of providing transfers in the field of health care, etc. Possible areas for improving health care funding are outlined. Emphasis is placed on the expediency of reforming the health care sector in terms of income mobilization in the context of coverage of the population with basic medical guarantees and the effectiveness of the organization of the process of such funding.

Keywords: *health care, financing, reform, medical services, expenditures.*