

УДК 338.46:614.2:336.13.051

Юлія Базелюк

## НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

В статті розглядаються особливості децентралізації фінансування закладів охорони здоров'я. Головну увагу зосереджено на причинах проведення реформи. Проаналізовано світовий досвід в управлінні фінансами сфери охорони здоров'я. Визначено місце та роль медичних послуг в системі функціонування закладів охорони здоров'я. Здійснено короткий ретроспективний аналіз реформ галузі медицини в Україні. Наведено моделі та способи децентралізації фінансування закладів охорони здоров'я в Україні в межах регіону. Визначено основні напрями реформування фінансування закладів охорони здоров'я.

**Ключові слова:** децентралізація, заклади охорони здоров'я, фінансування, медичні послуги, реформи.

**Юлія Базелюк. ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ.** В статье рассматриваются особенности децентрализации финансирования учреждений здравоохранения. Главное внимание отведено причинам необходимости проведения реформ. Проанализировано мировой опыт в управлении финансами сферы здравоохранения. Определено место и роль медицинских услуг в системе функционирования учреждений здравоохранения. Проведено короткий ретроспективный анализ реформ медицины в Украине. Приведены модели и способы децентрализации финансирования учреждений здравоохранения в Украине в границах региона. Определены основные направления реформирования финансирования учреждений здравоохранения.

**Ключевые слова:** децентрализация, учреждения здравоохранения, финансирование, медицинские услуги, реформы

**Julia Bazeliuk. WAYS TO REFORM HEALTH CARE FACILITIES IN UKRAINE.** Features of health care decentralization are considered in this article. Main attention paid to reasons reform realization. World experience in health care finances managing analyzed. Main role and nature of health services in functioning of health care facilities services determined. Short retrospective analysis health care reforms in Ukraine was made. Models and methods of health care decentralization in Ukraine within region analyzed. Main ways of health care facilities financing reforms were determined.

**Key words:** decentralization, health care facilities, financing, health care services, reforms.

**Вступ.** Здобувши незалежність, Україна, у спадок від Радянського Союзу отримала соціалістичну систему охорони здоров'я – так звану модель Семашко. Сутність її полягала у провідній ролі держави в системі забезпечення населення країни відповідним рівнем послуг охорони здоров'я. Разом з тим, опинившись у якості нової незалежної держави, стало зрозуміло, що застаріла радянська модель повністю не відповідає потребам як нової перехідної економіки, системі соціального забезпечення населення, так і окремо взятому громадянину. Стара модель була орієнтована на планову економіку і вже не відповідала існуючим реаліям. Логічним стало покладення початку переорієнтації сфери охорони здоров'я на фундаментальні засади управління галуззю, які існують у більшості країн світу, а саме адаптації відповідно до вимог Світової організації охорони здоров'я. Одним із постулатів такої переорієнтації є підвищення рівня та покращення забезпечення населення необхідним набором медичних послуг. Але перехід у вказану площину вимагає значних капіталовкладень та тотального реформування системи управління сферою охорони здоров'я, розподілу фінансових потоків, які були б орієнтовані саме на потреби закладів охорони здоров'я. Це вимагає проведення децентралізації у фінансуванні системи в цілому, яка дозволить якісно реформувати галузь, а, власне, заклади охорони здоров'я зможуть самі керувати власним забезпеченням відповідно до територіальних потреб обслуговування населення. Мета децентралізації фінансування закладів охорони здоров'я полягає в тому, щоб надати у розпорядження фінансові кошти і встановити відповідні фінансові стимули для постачальників, що гарантуватиме, що всі люди мають доступ до дієвої системи громадського здоров'я та особистої гігієни здоров'я.

**Аналіз літературних даних.** Протягом останнього часу, у світлі реформування системи охорони здоров'я, значна частина дослідників присвячують дослідження реформуванню фінансування закладів охорони здоров'я, місця та ролі держави в даному процесі. Значна частина вчених, все ж віддають перевагу виключній ролі держави у фінансуванні. Разом з тим, ринкові відносини вимагають конкретних реформ та відповідних досліджень. Такі вітчизняні науковці як В. Бідний, А. Голяченко, Б. Криштопу, В. Рудень акцентують увагу на використанні зарубіжного досвіду, віддаючи переваги так званому "самофінансуванню" населення та незначній участі держави в управлінні та фінансуванні сфери. Дослідженням особливостей реформуванню системи фінансування закладів охорони здоров'я в період становлення ринкових відносин в Україні займаються наступні вчені: В. Андрущенко, О. Василик, А. Величко, В. Лехан, В. Войцехівський. Особливістю, яка поєднує дослідження всіх вищевказаних вчених є наголошення останніми на необхідності реформування фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до існуючих світових стандартів. На їхню думку, перш за все потрібно провести оптимізацію фінансів галузі, змінити пріоритети у фінансуванні галузі охорони здоров'я та завершити створенням вдалого економічного механізму, який сприятиме збільшенню кількості конкуруючих закладів охорони здоров'я, тим самим, поліпшивши якість та спектр надаваних послуг [7].

**Завданням** даного дослідження є:

- проаналізувати сучасну систему фінансування;
- розглянути існуючі моделі фінансування закладів охорони здоров'я, які прийняті у світовій практиці;
- виробити заходи щодо забезпечення повної та/або часткової децентралізації фінансування

системи охорони здоров'я в регіоні.

**Результати дослідження.** За соціалістичної моделі заклади охорони здоров'я були повністю державними та надавали послуги відповідно до принципу безоплатного універсального права на такі послуги. Ця система фінансувалася за рахунок податків з фонду заробітної плати (зазвичай розподілених між працедавцями та працівниками), а державний бюджет надавав чималі додаткові кошти. Така система в перший час відповідала існуючим на той час реаліям – максимально можливого та якнайшвидшого покриття населення широтою первинної медико-санітарної допомоги.

Але подібна система мала значні недоліки:

- держава в повній мірі не володіла повнотою потреб населення, а надавала повний спектр послуг з охорони здоров'я, розпорошуючи фінансування на всі послуги, замість того аби концентрувати фінанси у тих площинах, які є більш необхідними;

- постійне порушення рівноваги між попитом і пропозицією – право на такі послуги було номінально універсальним і безоплатним, більшість людей відвідували лікарів і вимагали лікування стільки, скільки вважали за потрібне. Попит на комплексні й дорожчі послуги неухильно зростав, тоді як фінансові ресурси для їх забезпечення завжди були обмеженими;

- відсутність зв'язку між внесками на соціальне страхування та матеріальними вигодами – громадяни, відчуваючи, що вони мають заплатити за кращу якість послуг і швидше обслуговування, починали ставити під сумнів доцільність сплати податків і зборів, які вираховували з їхньої зарплати. У системі універсального соціального страхування не було персонального обліку, тобто було незрозуміло, хто сплатив за такі послуги, а хто ні, що підірвало фінансову рівновагу системи охорони здоров'я [1].

Фінансування закладів охорони здоров'я відбувається відповідно до соціально-економічної політики. Всі існуючі моделі відрізняються хоча б по одному із перелічених критеріїв: об'єм державних гарантій, джерело фінансування медичної допомоги, схема фінансування. Незважаючи на різноманіття конкретних форм можна виокремити кілька параметрів, що відображають головні економічні характеристики:

- відношення власності;
- способи фінансування (джерела фінансування);
- механізми стимулювання медичних працівників та населення у системі продуцентів та споживачів послуг [5].

У світовій практиці моделям фінансування закладів охорони здоров'я характерні наступні ознаки:

1. Фінансування з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення.

2. Фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється виключно за рахунок підприємства.

3. Вільний вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що

визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта.

4. Розвинута система добровільного медичного страхування.

На сьогодні існують наступні моделі управління галузі та фінансування закладів охорони здоров'я:

- **Універсальна модель** – притаманна Великобританії та Ірландії – бюджет охорони здоров'я формується на основі податкових надходжень. Джерела фінансування: 78% субсидує державний бюджет, 10% – внески підприємців, 3,8% – внески громадян та 8,2% – додаткові добровільні асигнації. В основу організації та фінансування системи охорони здоров'я закладено пріоритет первинної медико-санітарної допомоги. Достойнствами є активна участь державного бюджету у фінансуванні поряд із регулюванням регіональних бюджетів шляхом перерозподілу коштів від регіонів із вищим рівнем життя до менш розвинутих.

- **Континентальна модель** – функціонує у Франції, Німеччині, Австрії, країнах Бенілюксу – фінансування у вигляді відрахувань з фонду заробітної плати зі спеціальних державних фондів, що є приблизно сукупних витрат до охорони здоров'я. Особливостями є низький рівень участі держави у фінансуванні галузі, а населення саме піклується про власне фінансування медичних послуг. Така модель може функціонувати у країнах із високим рівнем національного доходу.

- **Південна модель** – діє в Іспанії, Португалії, Греції та частково Італії – фінансування галузі значною мірою за допомогою внесків із зайнятості. Медичне обслуговування здійснюється державними й навіть приватними медичними установами.

- **Скандинавська модель** – Швеція, Фінляндія і Данія – фінансування охорони здоров'я на цих країнах ввозяться основному з допомогою прибуткового податку (стягнутого як у національному, і на місцевому рівні), причому розмір виплачуваних посібників безпосередньо залежить від заробітку. Медичні послуги виявляються як державними, і приватними лікувально-профілактичними установами. Субсидії держави складають – 71%, внески підприємців – 18,4%, страхові внески громадян – 2%, додаткові страхові внески – 8,6%. Потрібно відмітити, що дана модель признана найкращою у світі. Значну частку витрат на медичної допомоги несе вся держава, проте близько 20% послуг оплачує саме населення.

- **Переважно приватна модель** – США – фінансування охорони здоров'я на цих країнах здійснюється з допомогою приватних й у значній меншій мірою, державних джерел, причому надання допомоги здійснюється приватними виробниками медичних послуг. Бюджет охорони здоров'я складається з наступних внесків: державна програма «Medicaid» – 10%, державна програма «Medicare» – 17%, інші урядові програми – 15%, кошти приватного медичного страхування – 33%, кошти приватних джерел – 4%, приватні внески громадян – 21% [4].

Аналізуючи вищевикладене, слід наголосити, що жодна з моделей не може бути застосованою в

Україні. Вагомою причиною цього є обмеженість коштів державного бюджету. Уряд України хоче отримати більші і кращі результати за ті самі кошти. Досягнення більшої ефективності, в поєднанні з розширенням доступу і підвищенням якості, дозволить ретельно керувати наявними ресурсами. Разом з тим необхідні більш гнучкі реформи та розуміння необхідності проведення цих реформ, а не прості декларативні заяви та абияк на поспіх складені програми розвитку медицини, які в реаліях за останнє десятиліття нічого не змінили.

Головною проблемою сучасного стану фінансування закладів охорони здоров'я та галузі в цілому є визначення, що саме є надавані послуги. У час становлення ринкових відносин такі послуги повинні розглядатися лише як товар. Але в силу сучасного стану сфери, якій притаманна адміністративно-централізована система управління з перерозподілом усіх існуючих можливих ресурсів виключно через центральний апарат управління, послуги розглядаються як такі що є обов'язковими, а їхній перелік є надто розгалуженим та громіздким, що притаманно системі у радянські часи. Разом з тим, медицина та обслуговування в закладах охорони здоров'я уже не є безкоштовним. Хоча це завуальовано державними лозунгами та законодавством про безоплатну медицину. В цьому й полягає парадокс, коли в силу своєї неспроможності та пережитків минулого центральні органи влади намагаються реформувати галузь охорони здоров'я, не даючи повноти влади самим закладам у регіонах і не змінюючи підхід до управління та фінансування закладів охорони здоров'я.

Відповідно до існуючої моделі управління фінансуванням закладів охорони здоров'я, яка склалася в Україні, Міністерство охорони здоров'я управляє сферою з точки зору жорсткої адміністративної та бюджетної ієрархії. Ця структура зберігається, хоча більшість медичних установ належать різним рівням влади, і більшість витрат здійснюються ними. Міністерство охорони здоров'я напряму фінансує тільки вертикально керовані послуги.

Перехід від суто централізованого фінансування до різко децентралізованого в 1990-х роках не супроводжувався жодною реформою у фундаментальній організації та структурі надання медичної допомоги або в принципах бюджетних асигнувань. Об'єднання коштів здійснюється на національному рівні та на місцевому (обласному, районному та муніципальному) рівні – місцеві органи влади утримують частку податків, що стягуються на їхній території, для фінансування охорони здоров'я та інших соціальних послуг. Асигнування та виплати на охорону здоров'я здійснюються відповідно до строгих постатейних бюджетних процедур і норм. Це означає, що платежі пов'язані з місткістю (наприклад, з кількістю лікарнях ліжок) та штатним розкладом окремих об'єктів, а не з обсягом і якістю наданих послуг [8].

Завданням реформування фінансування закладів охорони здоров'я є перерозподіл фінансових потоків від держави до територіальних

органів галузі через запровадження територіальних програм функціонування та розвитку. Це дозволить розширити права та повноваження місцевих територіальних органів влади, які мають більш ширше поняття у розумінні потреб власних регіонів, а також активніше залучати позабюджетні джерела фінансування. Таким чином можна буде знизити тиск на загальнодержавний бюджет, переклавши значну частину повноважень на місцеві фінанси. Державному бюджету та центральним органам управління відводиться роль вирівнюючого фактору в фінансуванні аби уникнути диспропорції у фінансуванні різних регіонів в силу відмінностей у доходах місцевих бюджетів, а також бути координатором цільових програм у сфері охорони здоров'я.

В останні роки в Україні основними напрямками реформування системи охорони здоров'я були децентралізація управління й фінансування, багатоканальність фінансування, демонополізація державного сектора, впровадження ринкових механізмів і медичного страхування. Проте за весь час проведення медичної реформи не було досягнуто суттєвих зрушень.

На думку академіка НАН України, д.е.н., професора А.А. Чухно, д.е.н. В.І. Крамаренко, в існуючій системі організації первинної медико-соціальної допомоги, яка повинна бути основною зберігається істотна диспропорція в обсягах фінансування амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги: 80% пацієнтів починають і закінчують лікування в поліклініці, основна маса інвестицій і ресурсів прямує в стаціонари.

Замість того аби спрямовувати кошти на заходи пов'язані із превентивними методами попередження та лікування захворювань, близько 80% усіх фінансових та матеріально-технічних ресурсів спрямовуються на значно дороговартісну стаціонарну медицину. Також спостерігаються процеси фрагментації фінансових потоків через неадекватне фінансування закладів охорони здоров'я та недосконалу систему оплати праці медичним працівникам. Все це призводить до акумуляції фінансів у лише в одній частині надання медичних послуг населенню закладами галузі, в той час як інші – відчувають недостачу ресурсів [7].

Враховуючи світовий досвід функціонування галузі охорони здоров'я, напрямами реформування фінансових потоків повинні стати наступні заходи:

– оптимізація доступу приватного капіталу до сфери надання медичних послуг. Це дасть змогу надавати більш якісні та конкурентні послуги. Відомо, що матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я є зношеним, а держава не в змозі у повній мірі забезпечити переоснащення. Приватний капітал є більш гнучким та здатний знайти привабливі ринкові ніші й для населення із низькими доходами, особливо у високотехнологічних послугах амбулаторного й стаціонарного лікування пацієнтів. Більше того, цілком реально започаткувати програму часткового відшкодування державними фондами соціального страхування вартості певних послуг, які пропонують приватні клініки, що полегшить навантаження на бюджети та державні заклади охорони

здоров'я, які у більшості випадків є перевантаженими;

– реформа функціонування фондів соціального страхування. Перш за все, подібна реформа повинна бути направлена на зміцнення довіри до державних фондів та забезпечення державних гарантій для надійних та стабільних приватних фондів. Відомо, що дані фонди соціального страхування несуть навантаження на фонд заробітної плати працівника та аналогічних виплат зі сторони працедавця. Перерозподіл виплат на цільові заходи із забезпеченням надання конкретизованого спектру послуг закладами охорони здоров'я викликано сучасними потребами. Це дасть змогу зменшити надлишковий попит, а закладам галузі регулювати фінансові потоки. Внески на охорону здоров'я, які сплачують працедавці, потрібно зменшити, й загальна сума таких внесків має відповідати вартості надання основних медичних послуг для всього зайнятого населення;

– децентралізація фінансових потоків через створення системи самофінансування місцевими бюджетами закладів галузі. Усі відрахування від населення, приватних та державних фондів соціального страхування повинні залишатися у регіоні споживача послуг, що дасть змогу місцевим органам управління спрямовувати кошти саме у ті сфери надання медичних послуг, які є найбільш необхідними, розставляючи пріоритети. А переоснащення матеріально-технічної бази закладів буде спрощено через те що місцеві кошти забезпечуватимуть місцеву медицину без сторонньої «допомоги» центрального бюджету;

– спрощення фондування місцевих закладів охорони здоров'я світовими фондами та приватними структурами [1].

Перехід до фінансування конкретних послуг, наданих закладом охорони здоров'я є головним завданням децентралізації фінансування закладів охорони здоров'я: тобто перехід від кошторисного фінансування, основою якого є об'ємні показники (кількість населення, розміри закладів, тощо) до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги.

Передбачається, що на **первинному рівні** всі кошти регіонального значення концентруються на районному рівні, тобто розпорядником коштів стають центри первинної медико-санітарної допомоги, заклади якого надають широкий спектр послуг.

На **вторинному рівні** стаціонарів в рамках госпітальних округів в першу чергу здійснюється концентрація коштів (крім витрат на первинну медико-санітарну допомогу) на рівні області, тобто розпорядником витрат на надання спеціалізованої допомоги стає область. Саме область у подальшому здійснює фінансування всіх закладів вторинного

рівня на основі підписаних із ними договорів [6].

Серед науковців побутує думка щодо застосування наступних способів фінансування закладів охорони здоров'я:

– спосіб повного фондотримання – це поособове фінансування за весь обсяг наданої допомоги. При такому способі фінансування норматив фінансування поліклініки включає як оплату позалікарняної так і стаціонарної і стаціонарозаміщуючої допомоги. Таке стимулювання закладів допоможе стримувати постійне зростання витрат на стаціонарне лікування;

– спосіб глобального бюджету – це оплата на основі узгоджених обсягів стаціонарної допомоги. Глобальний бюджет медичної установи – це узгоджений обсяг медичної допомоги і гарантії його фінансування. Вартість ліжко-дня в розрізі основних відділень виступає як одиниця фінансування. За таких умов фінансування стаціонари виконують лише певний обсяг робіт та не зацікавлені у збільшенні об'ємів надання послуг [7].

На нашу думку використання подібних способів фінансування допоможе більш ефективно використовувати кошти та детальніше планувати власні бюджети закладів охорони здоров'я.

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Враховуючи вищевикладене можна зробити висновки, що існуюча модель фінансування закладів охорони здоров'я є неефективною та не відповідає існуючим реаліям. Реформи, які мають місце протягом останнього часу хоча й спрямовані на децентралізацію управління та фінансування галузі, не дають ніякого ефекту по причині відсутності реальної моделі реформування, а також відсутності розуміння потреби впровадити ринкові відносини у сферу охорони здоров'я. Існуючі моделі фінансування закладів, які склалися у світовій практиці не можуть бути використанні у повній мірі по причині вітчизняних реалій. Очевидно, єдиним можливим варіантом є вироблення власної, шляхом акумуляції світового досвіду. Необхідність децентралізації фінансових потоків є очевидною і повинна полягати в акумуляції фінансів у регіональних бюджетах сфери, а також їх перерозподілу в межах регіональної системи охорони здоров'я шляхом зниження частки стаціонарного лікування населення. Останнє може бути досягнуте за допомогою приділення уваги первинно медико-санітарного обслуговування населення та цільового інформування населення про здоровий спосіб життя та існуючих загроз.

Дана тема вимагає подальшого дослідження через потребу вироблення та впровадження реально існуючого механізму децентралізації фінансування закладів охорони здоров'я в контексті подальшого реформування системи охорони здоров'я.

#### Список використаних джерел:

1. Bokrosh L. Reformuvannia systemy okhorony zdorovia v krainakh Tsentralnoi ta Skhidnoi Evropy [Tekst] / L. Bokrosh // *Peredacha dosvidu ekonomichnykh reform: Analitycha zapyska.* – 2004. – № 3. – 7 s. [Бокрош Л. Реформування системи охорони здоров'я в країнах Центральної та Східної Європи [Текст] / Л. Бокрош // *Передача досвіду економічних реформ: Аналітична записка.* – 2004. – № 3. – 7 с.]

2. Galaida W., Guk A. Problemy chynnoi systemy finansuvannia haluzi okhorony zdorovia [Elektronnyi resurs]. – Rezum dostupu: [http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf) [Галайда В., Гук А. Проблеми чинної системи фінансування галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf)].
3. Guk A., Galaida W. Ogljad chynnoi systemy finansuvannia haluzi okhorony zdorovia v Ukraini [Elektronnyi resurs]. – Rezum dostupu: [http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf) [Гук А., Галайда В. Огляд чинної системи фінансування галузі охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf)].
4. Deshko L. Zarubuznyi dosvid derzavnoho rehuliuвання hospodariuvannia u sferi okhorony zdorovia ta peredumovy yoho zarozuchennia v Ukraini [Tekst] / L. Deshko // Doktryna medychnoho prava. – 2008. – № 12. – S. 27-37. [Дешко Л. Зарубіжний досвід державного регулювання господарювання у сфері охорони здоров'я та передумови його запозичення в Україні [Текст] / Л. Дешко // Доктрина медичного права. – 2008. – № 12. – С. 27-37.
5. Kari M., Matilla U., Rudyj W. Ohliad evropeyskykh ta amerykanskykh pidkhodiv do finansuvannia system okhorony zdorovya [Elektronnyi resurs]. – Rezum dostupu: [http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf) [Карі М., Матілла У., Рудий В. Огляд європейських та американських підходів до фінансування систем охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual\\_library/14\\_reviewbook\\_uk.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf)].
6. Osnovni napriamy reformuvannia systemy nadannia medychnoi dopomohy [Elektronnyi resurs]. – Rezum dostupu: <http://yu.mk.ua/userfiles/Реформування%20системи%20охорони%20здоров'я.doc> [Основні напрями реформування системи надання медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://yu.mk.ua/userfiles/Реформування%20системи%20охорони%20здоров'я.doc>].
7. Portna O. Vprovadzennia efektyvnykh mekhanizmv finansuvannia zakladiv okhorony zdorovia [Tekst] / O. Portna // Zbirnyk naukovykh prats «Visnyk NTU «KhPI»: Tekhnichnyi progres ta efektyvnist vyrobnytstva. – 2009. – № 35. – S. 24-35. [Портна О. Впровадження ефективних механізмів фінансування закладів охорони здоров'я [Текст] / О. Портна // Збірник наукових праць «Вісник НТУ «ХПІ»: Технічний прогрес та ефективність виробництва. – 2009. – № 35. – С. 24-35].
8. Tarantino L., Chankova S., Rozenfeld Dz., Raut S. Alaniz systemy okhorony zdorovia v Ukraini – 2011 [Tekst] / L. Tarantino, S. Chankova, Dz. Rozenfeld, S. Raut. – Betesda, USAID, 2012. – 115 s. [Тарантіно Л., Чанкова С., Розенфельд Дж., Раут С. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні – 2011 [Текст] / Л. Тарантіно, С. Чанкова, Дж. Розенфельд, С. Раут. – Бетесда, USAID, 2012. – 155 с.]

#### Summary

##### **Julia Bazeliuk. WAYS TO REFORM HEALTH CARE FACILITIES IN UKRAINE.**

The main areas of decentralization of financing health care are achieving in article. An attempt to develop recommendations for the decentralization of health care financing in Ukraine. Background research is that reforming the health care system in Ukraine is a long-term phenomenon and the issue of the transfer of funding for health care institutions at the regional level is one of the most important. The article aims to analyze global patterns of health care financing and establish key recommendations for reforming the financing in Ukraine .

The research of the study of financing decentralization is not numerous. The article studied the existing system of financing health care in Ukraine . Disclosed funding model of health care that developed in international practice. Theoretical aspects of the financing of health care disclosed. Main directions of reforming the financial flows based on international experience were made. Measures in sphere of changing existing model of health care facilities financing in Ukraine were achieved too. Main views of national scientists in researching health care reforming were examined. As the result of this article, was made conclusion – the best way of health care facilities reforming in Ukraine is creation own way of reforming, based on international experience.

**Key words:** decentralization, health care facilities, financing, health care services, reforms.