

К.М. Вергелес, Л.В. Горохова¹, А.О. Гаврилюк, Р.І. Жарлінська, О.Ю. Бабіничук, А.А. Міщук²
Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова, Вінниця
¹Житомирський державний університет імені Івана Франка, Житомир,
²Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАКТИЧНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

e-mail: allahavryliuk25@gmail.com

У статті здійснено аналіз процесів децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування на основі статистичних даних, а також особливостей практичної реалізації реформи системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації. Вивчено нормативне забезпечення процесу децентралізації з точки зору забезпечення ефективної організації системи охорони здоров'я, зокрема у сільській місцевості. Запропоновано низку заходів для упорядкування системи надання медичної допомоги у сільській місцевості.

Ключові слова: децентралізація, медична допомога, медичне обслуговування, видатки на охорону здоров'я.

Робота є фрагментом НДР «Судово-медична діагностика механічної травми з використанням технологічних систем обробки цифрових зображень», № державної реєстрації 0114V004132.

У сучасних умовах пріоритетними напрями державної політики України є децентралізація влади та стимулювання регіонального розвитку, які зумовлені реформуванням місцевого самоврядування, що розпочалося з 2014 року. Вагомим стимулом зазначеної реформи є розуміння того, що на місцях в локальних проблемах і питаннях краще орієнтуються, а відповідно й ефективніше можуть розподілити кошти на їх розв'язання. Відтак децентралізація передбачає передачу не тільки повноважень, а й фінансового забезпечення їх реалізації та відповідальності за виконання від центральної влади органам місцевого самоврядування (ОМС). Головним завданням реформування місцевого самоврядування є наближення влади до мешканців, а мешканців – до влади з метою підвищення якості та доступності адміністративних, комунальних, соціальних, освітніх, медичних та культурних послуг, які отримують жителі в громадах.

Питання впровадження реформи децентралізації та її перспективи в Україні досить широко висвітлені в літературі. Вони присвячені глобальним та регіональним проблемам економічного та соціального розвитку в умовах децентралізації; впливу політичних та економічних чинників на реформування місцевого самоврядування на регіональному рівні; проблемам фінансової спроможності об'єднаних територіальних громад (ОТГ); філософії діяльності місцевого самоврядування в умовах реформування та іншим.

Проте загальні чи окремі аспекти проблеми децентралізації потребують наповнення об'єктивними даними аналізу реформування ОМС.

Метою роботи був аналіз практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації, а також дослідження досягнень та недоліків у зазначеній сфері в процесі реформування місцевого самоврядування.

Матеріал і методи дослідження. В процесі дослідження використано системний підхід та порівняльний і комплексний методи для аналізу особливостей практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні.

Результати дослідження та їх обговорення. Одним із перших кроків окресленої реформи було схвалення 1 квітня 2014 року Кабінетом Міністрів Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні. Розпорядження Кабміну щодо схвалення зазначеної концепції було визнане Радою Європи одним із перших кроків щодо проведення реформування місцевого самоврядування [3]. Нормотворча діяльність щодо модернізації системи державного управління в Україні досить інтенсивно здійснювалася впродовж 2014–2016 років. На загальнонаціональному рівні відповідальними за реформу призначено Національну раду реформ та віце-прем'єр-міністра, які приймають стратегічні рішення щодо реформування місцевого самоврядування в освіті, медицині, соціальному захисті тощо.

Починаючи з 2014 року, на основі Меморандуму про узгодження мети діяльності у впровадженні реформи місцевого самоврядування між Всеукраїнською асоціацією ОМС «Асоціація міст України» і Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України задля реалізації змін у кожній області створено Офіси з питань впровадження реформ у сфері місцевого самоврядування, децентралізації повноважень органів виконавчої влади.

Основними завданнями діяльності яких є практична реалізація положень законодавства про добровільне об'єднання та створення спроможних територіальних громад. Відтак головною метою реформи стала зміна адміністративно-територіального устрою, а саме укрупнення районів, створення громад, об'єднання сіл або селищ. Реформа децентралізації влади в Україні передбачала створення близько 1,5 тис. міських та селищних громад, замість 490 районів та 180 міст обласного значення мало бути 120–150 районів [2]. Проте сьогодні Україна постала перед важливим вибором, оскільки успадкована з часів Радянського Союзу організаційна модель функціонування сфери охорони здоров'я потребує докорінної реорганізації задля створення ефективної системи, орієнтованої на пацієнта і спроможної забезпечити медичне обслуговування на рівні європейських держав. Головною проблемою вітчизняної системи охорони здоров'я є невідповідність сучасним потребам суспільства і необхідним вимогам рівня якості життя населення та забезпечення міжнародних стандартів надання медичних послуг. Відтак, Україна обравши євроінтеграційний вектор розвитку, повинна сформувати систему охорони здоров'я на основі кращого міжнародного досвіду та прогресивних світових практик.

Формування критеріїв адміністративно-територіальних одиниць різного рівня устрою держави здійснюється з урахуванням певних вимог, однією з таких є така, що територія адміністративно-територіальної одиниці базового рівня визначається з урахуванням доступності основних публічних послуг, що надаються на території громади (зокрема час прибуття для надання швидкої медичної допомоги в ургентних випадках та пожежної допомоги не має перевищувати 30 хвилин). Аналіз статистичних даних підтверджує продовження процесів децентралізації в Україні. Рівень ВВП на душу населення в Україні є нижчим, ніж у більшості європейських країн, не зважаючи на те, що держава витрачає значну частину ВВП на послуги охорони здоров'я. Так, у 2016 році загальний обсяг витрат на охорону здоров'я в Україні становив 7,8 % валового внутрішнього продукту, тоді як частка загальних витрат від номінального ВВП у світі загалом становить 8,6 %, а у Європейському регіоні – 8,9 %, що майже на рівні або вище країн-членів ЄС після 2004 р. (у середньому близько 7,0%). Порівняно з 2011 р. зазначений показник збільшився, на 0,42 %, що засвідчує незначну, але позитивну динаміку. За цим показником Україна займає передові позиції серед пострадянських країн, поступаючись лише Молдові і Грузії.

У порівнянні із середньою для країн-членів ЄС та СНД Україна має більшу кількість лікарів і медичних сестер. Так, забезпеченість лікарями на 10 тис. населення в Україні у 2015 році становила 38,0; середнім медичним персоналом – 80,78, у той час, як забезпеченість медичними кадрами в країнах-членах ЄС становила: лікарями 35,2; середнім медичним персоналом – 67,0 на 10 тис. населення; у країнах-членах СНД – 37,3 та 78,5 відповідно. Проте, не зважаючи на зазначені показники, нині Україна значно відстає від європейських сусідів за такими показниками, як тривалість життя та смертність, що засвідчують щорічні доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я [9]. Крім того, більшість експертів та дослідників вважають, що інфраструктура сучасної системи охорони здоров'я є «громіздкою» та «розтягнутою», більшість медичних закладів в Україні – це «малопотужні» та «малозавантажені» лікарні зі зношеними основними фондами та застарілим технічним оснащенням.

Наявна система охорони здоров'я в Україні базується на моделі Семашка, побудованій на принципі безоплатної медичної допомоги населенню і передбачає жорсткі процедури управління та фінансування. Відповідно до цього принципу, медична система перебуває у власності держави та орієнтується на лікарні з дуже фрагментарним управлінням та послугами, зосередженими на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці. Така система не орієнтована на задоволення реальних потреб населення та виявилася нездатною реагувати на зміни та виклики сьогодення. Вона була розроблена та сформована в епоху відсутності сучасних методів комунікації і слабкої розвиненості медичних технологій. Крім цього, вона також ігнорує міжнародні тенденції модернізації та підвищення ефективності, наприклад, пропонуючи простір для ініціатив приватного сектору [9]. У сучасних умовах медична сфера функціонує за залишковим принципом розподілу фінансування, частина якого витрачається на утримання будівель, зарплату медичного персоналу, комунальні послуги замість, а повинна використовуватися безпосередньо на медичну допомогу та покращення якості медичних послуг. Відтак, ефективність роботи медичних закладів, кількість та якість наданих медичних послуг не мають важливого значення, а послуги дублюються між закладами різних підпорядкувань.

Результати досліджень засвідчують що в Україні відсоток державних витрат у структурі загальних витрат на охорону здоров'я наближений до середнього значення цього показника у країнах

колишнього Радянського Союзу. Якщо ж порівняти статистику витрат на охорону здоров'я у світі, то можемо спостерігати протилежний результат: у більшості країн світу основна частка витрат на охорону здоров'я припадає на державні видатки (у середньому в Європейському регіоні – 72,9%). Найвищі рівні державних витрат на охорону здоров'я серед країн-членів ВООЗ зафіксовано у Монако (88,5%), Норвегії (85%), Великій Британії (84%); серед країн-членів ЄС після травня 2004 р. – у Чехії (84%), Румунії (80,3%), Хорватії (80,1%), Естонії (78,7%) [4]. Проте, не зважаючи на зазначені показники, в 2019 році витрати на галузь охорони здоров'я в Україні становлять лише 3,8% від ВВП, у той час як для належного її функціонування необхідно не менше 6-8%.

Відтак одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я й у сфері регіонального розвитку визнано підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Підтвердженням зазначеного є прийняття 14 листопада 2017 року Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» згідно з яким заходи з підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості здійснюються відповідними органами державної влади, органами місцевого самоврядування, що забезпечують формування та реалізують державну регіональну політику охорони здоров'я, відповідно до їх повноважень. Зокрема надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів державного бюджету забезпечує Національна служба охорони здоров'я України.

В умовах децентралізації шляхом надання субвенцій з Державного бюджету України місцевим бюджетам для розвитку охорони здоров'я у населених пунктах забезпечується підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Розподіл таких субвенцій на місцеві бюджети відбувається згідно з Постановою КМУ від 6 грудня 2017 року № 983 [1]. Зазначеною постановою бюджетам областей, районів, міст, а також ОТГ разом із субвенціями передано функцію підтримки надання послуг на місцях, навіть тих, які не входять до програми державних гарантій. Відтак, планування мережі закладів первинної медичної допомоги на рівні ОТГ, яка є організаційно інтегрованою сукупністю надавачів первинної медичної допомоги, спроможних надавати якісну, комплексну, безперервну і орієнтовану на пацієнта первинну медичну допомогу є однією із таких функцій [7]. У сучасних умовах критерії спроможності мережі надання первинної медичної допомоги визначаються за такими показниками як:

– гранична потужність мережі надання первинної медичної допомоги (в середньому це 4 візити до місця надання первинної медичної допомоги на рік на 1 мешканця відповідної території планування, а цільове навантаження на робочу зміну – 24 відвідування);

– доступність первинної медичної допомоги для мешканців населених пунктів (фактична наявність, фізична доступність для людей з інвалідністю, фінансова доступність, зручність графіків роботи, комунікаційна прийнятність;

– транспортна доступність (наявність транспорту загального користування та відповідних маршрутів для транспортування пацієнтів до місць надання первинної медичної допомоги).

На практиці окреслені положення реалізуються під час розроблення планів спроможних мереж, з метою врахування інтересів ОТГ, обласні державні адміністрації здійснюють обговорення питань з ОМС та їх асоціаціями, громадськими об'єднаннями, суб'єктами господарювання. Зокрема формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги на території громад, утворених у межах кількох суміжних районів, формується в межах району, до якого входить найбільша частина території ОТГ, в той же час з інших районів її територія виключається [7]. Реформа в медичній сфері є однією з найбільш складних і суперечливих у переліку питань, які сьогодні постали перед українським суспільством. Про це свідчать як соціологічні дослідження, так і значна кількість проблем у сфері функціонування медичних закладів. Упродовж двох останніх років реформування сфери охорони здоров'я в Україні, як і інші секторальні реформи, почали розглядати в контексті децентралізації. Медична реформа здійснюється поруч з адміністративно-фінансовою децентралізацією позаяк стара модель організації системи охорони здоров'я України є вкрай неефективною і потребує реорганізації, у тому числі й ухвалення відповідних рішень громадами на місцях.

Сучасна організація системи охорони здоров'я в Україні створює значні проблеми та ризики. Достатньо висока собівартість медичних послуг вимагає територіальної концентрації центрів їх надання, що дозволить надавати їх у більшому обсязі та збільшить можливості модернізації медичного обладнання. Медичні фахівці за цих умов зможуть збільшувати не тільки обсяг наданих послуг, а й підвищувати якість цих послуг через розширення можливостей медичної практики. Відтак з початку 2017 р. в Україні стартував перший етап медичної реформи, який

полягає у зміні принципів фінансування первинної ланки медичної допомоги. Як відомо, медична система України складається з трьох рівнів або ланок надання медичної допомоги населенню: первинної (амбулаторної), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо або вузькоспеціалізованої). Критеріями поділу на ці рівні є вид медичної послуги, специфіка складності її надання, рівень кваліфікації лікаря та тип спеціалізації медичної допомоги. Зокрема, первинна, або амбулаторна ланка відповідає за надання невідкладної допомоги населенню, а також допомоги, що надається пацієнтам лікарями загальної практики за місцем проживання або тимчасового перебування. До закладів первинного рівня медичної допомоги належать амбулаторії, поліклініки та кабінети сімейних лікарів. Вторинна ланка передбачає процедуру стаціонарного лікування із залученням вузькопрофільних спеціалістів. На цьому рівні працюють районні та міські лікарні міст, СМТ та районних центрів. Третинна ланка відповідає за надання висококваліфікованої медичної допомоги, а саме: проведення діагностики складних захворювань і нетипових відхилень, патологій та ускладнень. На цьому рівні працюють дослідницькі інститути, вузькоспеціалізовані лікарні та госпіталі. Станом на 4 лютого 2017 року у межах України створено 105 госпітальних округів, з них 59 у 16 регіонах викладені у проекті Розпорядження Кабінету Міністрів України [5]. Україн важливою у процесах реформування системи охорони здоров'я в Україні є проблема оптимізації медичної інфраструктури, оскільки відповідно до реформи бюджетної децентралізації, утримання медичних закладів відтепер переходить у безпосереднє підпорядкування органів місцевої влади. Це означає, що повноваження з розподілу коштів на потреби медичної інфраструктури переходять з центрального на територіальний рівень: органи місцевого самоврядування матимуть змогу самостійно визначати пріоритети розвитку медичних закладів, підпорядкованих їхній компетенції і таким чином припинити змагатись за увагу центральної влади. Це дозволить створити конкурентні умови для оптимізації, утримання і розвитку закладів медичної інфраструктури та підвищення якості медичних послуг.

Попри зазначені переваги і недоліки, слід відмітити й позитивний аспект зазначеної проблеми, а саме той факт, що у проекті бюджету-2020 [8] загальні видатки на охорону здоров'я передбачені на 9,8 млрд грн. більше ніж у поточному році, що становитиме 108 млрд грн, а загальна сума медичної субвенції передбачена у розмірі 14,6 млрд грн з яких на реалізацію програми медичних гарантій для первинної, екстреної, вторинної та третинної медичної допомоги, реімбурсації лікарських засобів передбачено 72,1 млрд грн, на централізоване придбання медикаментів та медичних виробів – 6,6 млрд грн, на лікування громадян за кордоном – 700 млн грн. Відповідно до чинного законодавства рух коштів між державою та медичним працівником, процедуру документообігу буде покладено на незалежну страхову агенцію, а купувати медичні послуги в межах гарантованого пакету держава зможе у постачальників усіх форм власності.

Крім цього, з 2017 року в Україні медикам офіційно дозволено працювати за міжнародними настановами лікування і діагностики (наказ МОЗ № 1422), що до цього часу було незаконним. Відтак, згідно нового законодавства [9], український спеціаліст має змогу працювати за тими ж інструкціями, що і провідний лікар німецької, ізраїльської чи американської клініки, зокрема він може використовувати найактуальніші методи діагностики та лікування і не зобов'язаний користуватись стандартами, які в деяких питаннях можуть бути застарілими.

На законодавчому рівні врегульовуються також організація та порядок надання первинної медичної допомоги [6], що ґрунтуються на доступності, яка передбачає мінімальну втрату часу для її отримання. Рівний доступ територіальних громад до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості створюють прийняті відповідно до законодавства зміни. Україна за кількістю лікарняних ліжок на душу населення є четвертою в світі (орієнтовно це 879 на 100 тис. населення; в середньому в країнах ЄС це 527,4 на 100 тис. населення) не зважаючи на дуже низьку якість медичних послуг. Проблемою є також «малозавантажені» та «малопотужні» лікарні зі зношеною й застарілою матеріально-технічною базою та медичним персоналом, який поволі втрачає кваліфікацію та практичні навички.

Висновок

Ефективність розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості найбільше залежить від участі ОМС у формуванні та реалізації державної політики в окресленому напрямку. Проте певні надії і сподівання вселяє запланований на 2019-2021 рр. новий етап реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні, який спиратиметься на швидкі серйозні зміни нормативно-правового поля щодо взаємопов'язаних трансформацій

адміністративно-територіального устрою, місцевого самоврядування та державного управління. Пріоритетними завданнями зазначеного процесу є упорядкування системи надання медичної допомоги у сільській місцевості в контексті секторальних реформ.

Важливими заходами в найближчому майбутньому повинні стати: вирішення проблем нестачі житла для медичного персоналу (шляхом довгострокової оренди житла або придбання квартир чи будинків); розробка та схвалення уніфікованих форм звітності щодо перебігу реформування медицини у сільській місцевості, будівництва та автономізації медичних закладів; забезпечення фінансування незалежно від кількості медичного персоналу та підписаних декларацій з висвітленням їх у відкритому доступі на сайтах МОЗ, Мінрегіонбуду та облдержадміністрацій; розробка уніфікованої документації щодо проектів сільських амбулаторій із врахуванням потреб оптимізації витрат на будівництво та експлуатацію цих об'єктів; запровадження фінансування охорони здоров'я не за декларуванням, а за кількістю населення для сільської місцевості; проведення належного аналізу проблем захворюваності у розрізі регіонів для розрахунку кошторису бюджету на одного пацієнта з валідацією за віковими показниками та типовими захворюваннями; упровадження жорсткого контролю за якістю роботи медичних працівників у сільській місцевості, медичного забезпечення, санітарного стану маніпуляційних та малих операційних приміщень. Зазначені питання реформування медичної сфери та їх розв'язання і стануть предметом наших подальших досліджень.

Список літератури

1. Deyaki pytannia nadannia subventsii z derzhavnoho biudzhetu mistsevym biudzhetaм na zdiysnennia zakhodiv, spriamovanykh na rozvytok systemy okhorony zdorovia u silskiy mistsevosti: Postanova KМУ vid 6 hrudnia 2017 r. № 983. [Internet]. Dostupno na: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2017>. [in Ukrainian]
2. Koliushko I. Strakh vtratyty vladu i strakh yiyi vziaty. 2015. [Internet]. Dostupno na: <https://zbruc.eu/node/32313>. [in Ukrainian]
3. Kontseptsiiia reformuvannia mistsevoho samovriaduvannia ta terytorialnoyi orhanizatsiyi vlady v Ukraini: Skhvalena rozporiadzhenniam Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 1 kvitnia 2014 r. № 333-r. [Internet]. Dostupno na: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>. [in Ukrainian]
4. Lobas M. Riven finansuvannia okhorony zdorovya yak chynnyk zabezpechennia yakisnoyi medychnoyi dopomohy silskomu naseleenniui; Ukrayina. Zdorovya natsii; 2016; 4, 1(41): 150-155. [in Ukrainian]
5. Pro zatverdzhennia poriadku stvorennia hospitalnykh okruhiv: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 30 lystopada 2016 r. № 932 [Internet]. Dostupno na: http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20160615_0_dod.pdf [in Ukrainian]
6. Pro zatverdzhennia Poriadku nadannia pervynnoyi medychnoyi dopomohy: nakaz MOZ vid 19.03.2018 № 504. [Internet]. Dostupno na: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n19> [in Ukrainian]
7. Pro zatverdzhennia Poriadku formuvannia spromozhnykh merezh nadannia pervynnoyi medychnoyi dopomohy: nakaz Ministerstva okhorony zdorovya Ukrainy, Ministerstva rehionalnoho rozvytku, budivnytstva ta zhytlovo-komunalnoho hospodarstva Ukrainy vid 06.02.2018 № 178/24. [Internet]. Dostupno na: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18> [in Ukrainian]
8. Proekt derzhbiudzhetu-2020: skilky zaklaly na zdorovya, kulturu ta osvitu [Internet]. Dostupno na: <https://www.ukrinform.ua/rubric-economy/2780543-proekt-derzbudzetu2020-skilki-zaklaly-na-zdorova-kulturu-ta-osvitu.html> [in Ukrainian]
9. Ukrayina na shliakhu reform: medychna reforma: pres-daidzhest. IV kv. 2018 r. [Internet]. Dostupno na: <http://zounb.zp.ua/sites/default/files/pdf/2018/vch/UV4kv2018.pdf>. [in Ukrainian]
10. Shafranskyi VV, redaktor. Shchorichna dopovid pro stan zdorovya naseleennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiyu ta rezultaty diyalnosti systemy okhorony zdorovya Ukrainy 2015. MOZ Ukrainy; DU «UISD MOZ Ukrainy»; Kyiv; 2016. 452 s. [in Ukrainian]

Реферат

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В УКРАИНЕ В УСЛОВИЯХ ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИИ

Вергелес К.М., Горохова Л.В., Гаврилюк А.А., Жарлинская Р.Г., Бабийчук О.Ю., Мищук А.А.

В статье проведен анализ процессов децентрализации власти и реформирования местного самоуправления на основе статистических данных, а также особенностей практической реализации реформы системы медицинского обслуживания в Украине в условиях децентрализации. Изучено нормативное обеспечение процесса децентрализации с точки зрения обеспечения эффективной организации системы здравоохранения, в частности в сельской местности. Предложен ряд мер по упорядочению системы оказания медицинской помощи в сельской местности.

Ключевые слова: децентрализация, медицинская помощь, медицинское обслуживание, расходы на здравоохранение.

Стаття надійшла 24.03.2019 р.

RESEARCH OF THE PRACTICAL IMPLEMENTATION OF THE HEALTH CARE SERVICE SYSTEM IN UKRAINE IN DECENTRALIZATION CONDITIONS

Verheles K.M., Horokhova L.V., Gavriliuk A.O., Zharlinska R.G., Babiichuk O.Yu., Mischuk A.A.

The authors analyze the processes of power decentralization and local self-government reform on the basis of statistical data, as well as features of practical implementation of the health care reform in Ukraine in the context of decentralization. The regulatory support for the decentralization process has been studied in terms of ensuring the effective organization of the health care system, in particular in rural areas. A number of measures have been proposed to streamline the rural health care delivery system.

Key words: decentralization, health care, health care service, health care expenditures.

Рецензент Голованова І.А.