

ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”  
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

ВІСНИК  
СОЦІАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ  
ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

*НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ*

*4 (62) / 2014*

---

Public establishment “Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine”  
SHEI “Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky  
Ministry of Health of Ukraine”

BULLETIN  
OF SOCIAL HYGIENE  
AND HEALTH PROTECTION  
ORGANIZATION OF UKRAINE

*SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL*

Київ – 2014  
Тернопіль – 2014

**Свідоцтво про державну реєстрацію серія KB № 374 від 23.03.99**  
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014 № 4(62)  
Науково-практичний журнал

Періодичність виходу – щоквартально  
Заснований у січні 1999 р.

**Засновники:** ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
і ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Видавець:** ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

---

Головний редактор **О.М. Дзюба**

---

Шульгай А.Г. (заст. головного редактора) Вороненко Ю.В., Голяченко А.О.,  
Голяченко О.М. (відповід. редактор), Грузева Т.С., Лехан В.М., Медведовська Н.В.,  
Ситенко О.Р. (відповід. редактор), Слабкий Г.О., Теренда Н.О., Чепелевська Л.А.,

---

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

---

Бояр І. (Польща), Волошин В.О. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Гульчій Л.П. (Київ),  
Децик О.З. (Івано-Франківськ) Дудіна О.О. (Київ), Дудник С.В. (Київ),  
Думанський Ю.В. (Донецьк), С.А. Куковьякін (Росія), Любінець О.В. (Львів),  
Майоров О.Ю. (Харків), Нагорна А.М. (Київ), Овоц А. (Польща), Рудень В.В. (Львів),  
Сайдакова Н.О. (Київ), Солоненко І.М. (Київ), Станчак Я. (Польща),  
Ціборовський О.М. (Київ), Шатило В.Й. (Житомир)

---

Журнал включено до Переліку №1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися  
результати дисертаційних робіт на здобуття вченого ступеня кандидата і доктора наук  
(додаток до постанови Президії ВАК України від 14.04.10 №1-05/3)  
Видання індексується Google Scholar

Рекомендовано до друку Вченою радою  
*Українського інституту стратегічних досліджень*  
(протокол № 10 від 13.11.2014)

**Передплатний індекс – 22867**  
**Адреса редакції**

02099, м. Київ, пров. Волго-Донський, 3  
E-mail: uisr\_moz@ukr.net  
Тел./факс: (044)576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію KB №12202-1086P від 15.01.2007 р.

**Адреса видавництва і друкарні**

46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1

Видавництво «Укрмедкнига» ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

телефон: (0352) 43-49-56; 52-80-09; 52-72-33

Розрахунковий рахунок №31250201204491 в ГУ ДКУ в Тернопільській області  
МФО 838012 Код ЄДРПОУ 02010830

Одержувач платежу : ДВНЗ „Тернопільський медичний університет імені І. Я. Горбачевського”  
для журналу “Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України”

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК №2215 від 16.06.2005

**Організація медичної допомоги**

*Качур О.Ю., Слабкий Г.О.* Вплив різних моделей організації променевої діагностики на ефективність і терміни її застосування при наданні стаціонарної медичної допомоги

*Повч З.В.* Оптимізація первинної профілактики глаукоми як вектор посилення профілактичного напрямку в офтальмології

*Коваленко А.В., Клименко В.І.* Медико-організаційні недоліки профілактики хвороб системи кровообігу в Україні та шляхи їх подолання

**Реформування системи охорони здоров'я**

*Шевченко М.В., Слабкий Г.О.* Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель)

**Здоров'я населення: тенденції та прогнози**

*Сокур І.В.* Характеристика контингенту хворих на рак молочної залози Херсонської області, які знаходяться на обліку п'ять і більше років

*Крохмалюк Л.В.* До питання захворюваності на інфекційні хвороби окремого контингенту населення, що обслуговується медичними закладами Державного управління справами

*Теренда Н.О.* Прогностична оцінка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу

*Ященко Ю.Б., Семенюк О.А., Гржибовський Я.Л.* Загальні особливості динаміки причин смерті серед різних верств дорослого населення Львівської області

*Смірнова В.Л., Панчишин Н.Я., О.Н. Литвинова* Порівняльний аналіз основних показників захворюваності населення Тернопільської області

*Защик Н.С.* Режими життєдіяльності як детермінанти порушень психіки та поведінки у сільського населення

**Наука – практиці охорони здоров'я**

*Лехан В.М., Гінзбург В.Г.* Теоретичне обґрунтування моделі інтегрованої системи медичної допомоги в Україні

**Боротьба із соціально небезпечними хворобами**

*Chuhriiev A.M.* Legal and Regulatory Framework of Blood Establishments of Ukraine

**Organization of medical care**

5 *Kachur O.Yu., Slabkyi G.O.* Influence of different models of beam diagnostics for efficiency and terms of its application to granting of inpatient medical care

8 *Povch Z.V.* Optimization of primary prevention of glaucoma as the vector of strengthening of preventive direction in ophthalmology

12 *Kovalenko A.V., Klimenko V.I.* Medical and organizational disadvantages of circulatory diseases prevention in Ukraine and ways of their overcoming

**Reforming of health care system**

17 *Shevchenko M.V., Slabkyi G.O.* Pilot project of health care system reforming (application of elements of program-target method, transition to strategic purchases)

**Health of the population: tendencies and forecasts**

22 *Sokur I.V.* Characteristic of patients with breast cancer in Kherson region, stay on the account five years and more

26 *Krohmalyuk L.V.* Incidence of infectious diseases of separate contingent of the population served by medical institutions of the State Administration Affairs

31 *Terenda N.O.* Prognostic estimation of incidence and prevalence of diseases of circulatory system

36 *Yashchenko J.B., Semenyuk O.A., Hrzhybovskiy Ya.L.* General dynamics features of death cause among various segments of adult population of Lviv region

41 *Smirnova V.L., Panchyshyn N.Y., O.N. Lytvynova* Comparative analysis of the basic indices of morbidity of the population of Ternopil region

45 *Zaschyk N.S.* Modes of life as determinants of mental disorders and behavior at rural population

**The science for health care practice**

49 *Lekhan V.M., Ginsburg V.G.* Theoretical substantiation of model of integrated health care system in Ukraine

**Struggle against social-dangerous diseases**

55 *Chuhriiev A.M.* Legal and Regulatory Framework of Blood Establishments of Ukraine

*Кручаниця В.В.* Характеристика захворюваності та поширеності алкоголізму серед дорослого населення Закарпатської області

*П'ятночка І.Т., Корнага С.І., Тхорик Н.В.* Шляхи зниження розповсюдження мультирезистентного туберкульозу з погляду фтизіоепідеміології

### **Медичні норми**

*Шишацька Н.Ф.* Розвиток орієнтації систем охорони здоров'я на пацієнтів

### **Огляд наукової літератури**

*Пархоменко Г.Я., Слабкий В.Г.* Роль і функція лікарень (аналітичний огляд літератури)

### **Дискусії**

*Гойда Н.Г., Гуцол Л.П.* Гомеопатія як метод надання медичної допомоги різним категоріям населення: оцінка лікарів

### **Ювілеї**

Любінець Олег Володимирович (до 60-річчя від дня народження)

**67** *Kruchanytsya V.V.* Characteristic of incidence and prevalence of alcoholism among adult population of Transcarpathian region

**72** *Pyatnochka I.T., Kornaha S.I., Thoryk N.V.* Ways of decline of multirezistens tuberculosis distribution from the point of phthioepidemiology

### **Medical standards**

**76** *Shyshatska N.F.* Development of orientation of health care systems on patients

### **The review of the scientific literature**

**83** *Parkhomenko G.Ya., Slabkyi V.G.* Role and function of hospitals (analytical review of literature)

### **Discussions**

**89** *Hoyda N.G., Hutsol L.P.* Homeopathy as methods of health care granting to various categories of the population: evaluation of doctors

### **Anniversaries**

Lyubinets Oleg Volodymyrovych (to the 60th anniversary of birth)

## ВПЛИВ РІЗНИХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ І ТЕРМІНИ ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИ НАДАННІ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

<sup>1</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

<sup>2</sup>Ужгородський національний університет, Україна

**Мета:** проаналізувати організаційні моделі служби променевої діагностики у багатoproфільних стаціонарах, визначити оптимальний варіант організації роботи служби за сучасних умов.

**Матеріали і методи.** У роботі використано наступні методи: бібліографічний, статистичний, експертної оцінки, описового моделювання. Експертній оцінці підлягало 450 історій хвороби стаціонарного хворого. Експертами виступали дослідники, завідувачі відділень та лікуючі лікарі.

**Результати.** Встановлено відмінності між моделями організації роботи променевої служби на другому рівні надання медичної допомоги, які полягали у маршруті пацієнта, термінах перебування на стаціонарному лікуванні та раціональності призначення високовартісних обстежень.

**Висновки.** Оптимальною моделлю організації променевої діагностики, яку можна рекомендувати для впровадження в ЗОЗ, є модель, коли відділення/кабінети променевої діагностики об'єднані в єдину службу променевої діагностики ЗОЗ, рентгенологічні методи та методи УЗД застосовуються відповідно до клінічного/локального протоколу, а високовартісні методи діагностики призначаються лише за потреби уточнення діагнозу.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** служба променевої діагностики, організаційна модель, стаціонарна медична допомога.

На сучасному етапі розвитку нашої держави проводиться реформа охорони здоров'я [6–8]. У науковій літературі розглядалися проблеми доступності методів променевої діагностики на первинному рівні надання медичної допомоги [4;5] при пріоритетному розвитку сімейної медицини [9]; організації та оптимізації підходів до променевої діагностики на вторинному рівні [1–3] надання медичної допомоги. Актуальність даного дослідження пов'язана з вивченням застосування різних організаційних форм променевої діагностики на рівні закладів охорони здоров'я.

**Мета роботи:** проаналізувати організаційні моделі служби променевої діагностики у багатoproфільних стаціонарах, визначити оптимальний варіант організації роботи служби за сучасних умов.

**Матеріали і методи.** У роботі використано наступні методи: бібліографічний, статистичний, експертної оцінки, описового моделювання. Експертній оцінці підлягало 450 історій хвороби стаціонарного хворого. Експертами виступали дослідники, завідувачі відділень та лікуючі лікарі. Зібраний статистичний матеріал оброблявся за допомогою програм Statistica-6 та MS Excel.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Нами вивчалось питання організації служби променевої діагностики у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) з різними моделями її організації.

*Модель 1.* Відділення/кабінети променевої діагностики – рентгенологічне, ультразвукових досліджень (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) – існують як самостійні структурні підрозділи лікарні і не взаємодіють між собою. Методом експертної оцінки проаналізовано 150 історій хвороби пацієнтів стаціонарних відділень у ЗОЗ з цією організаційною моделлю променевої діагностики.

Кожному клінічному підрозділу виділяється певна кількість місць для проведення діагностичних досліджень у кожному із названих структурних підрозділів ЗОЗ. Лікуючий лікар самостійно визначає перелік променевих методів дослідження, які мають бути проведені пацієнту. У даному випадку діагностичний маршрут пацієнта здійснюється наступним чином:

- лікуючий лікар → пацієнт → рентгенологічне відділення;
- лікуючий лікар → пацієнт → УЗД;
- лікуючий лікар → пацієнт → відділення/кабінет КТ;
- лікуючий лікар → пацієнт → відділення/МРТ.

Призначені лікуючими лікарями види обстежень, у тому числі високовартісні, не завжди є клінічно обґрунтованими та дублюються. Висновки, які видаються пацієнту за результатами дослідження в різних структурних підрозділах, не завжди відповідають один одному і не доповнюють один одного.

За даними експертної оцінки, середні терміни перебування пацієнтів у стаціонарі склали 16,7 дня. Першим днем початку обстеження із застосуванням променевих методів дослідження став четвертий день перебування у стаціонарі (через завантаженість діагностичних структурних підрозділів), а тривалість комплексної променевої діагностики слала 10,2 дня.

**Модель 2.** Відділення/кабінети променевої діагностики – рентгенологічне, ультразвукових досліджень (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) об'єднані в єдину службу променевої діагностики ЗОЗ. Методом експертної оцінки проаналізовано 150 історій хвороби пацієнтів стаціонарних відділень у ЗОЗ з цією організаційною моделлю променевої діагностики.

При такій моделі організації клінічним підрозділам не виділяються місця для проведення діагностичних досліджень, а лікуючий лікар призначає перелік променевих методів дослідження, які мають бути проведені пацієнту відповідно до клінічного/локального протоколу.

У даному випадку діагностичний маршрут пацієнта здійснюється наступним чином: лікуючий лікар → пацієнт → служба променевої діагностики.

Пацієнтам проводяться всі внесені у відповідний протокол дослідження, незважаючи на те, що діагноз був встановлений під час проведення першого дослідження з використанням стандартних рентгенологічних методів та УЗД, а високовартісні методи (МРТ та КТ) тільки підтверджували раніше виявлену патологію.

За даними експертної оцінки, середні терміни перебування пацієнтів у стаціонарі склали 16,7 дня. Першим днем початку обстеження із застосуванням променевих методів дослідження став третій день перебування в стаціонарі, а тривалість комплексної променевої діагностики слала 9,3 дня.

**Модель 3.** У рамках функціонування єдиної служби променевої діагностики ЗОЗ лікуючий лікар призначає променеві методи обстеження відповідно до клінічного/локального протоколу, залежно від нозологічної форми, тільки в якості скринінгу – стандартні рентгенологічні методи та методи УЗД. Далі високовартісні методи про-

невої діагностики (МРТ, КТ) призначаються спільно лікуючими лікарями та лікарями з променевої діагностики у випадках, коли:

1) виявлену патологію неможливо інтерпретувати без проведення МРТ та КТ;

2) за невідповідності клінічних даних і даних стандартних рентгенологічних методів та методів УЗД.

Методом експертної оцінки проаналізовано 150 історій хвороби пацієнтів стаціонарних відділень у ЗОЗ із вказаною організаційною моделлю променевої діагностики. Отримані результати мають певні відмінності між наведеними моделями:

- *перший*: середні терміни перебування пацієнтів у стаціонарі склали 15,4 дня; першим днем початку обстеження із застосуванням променевих методів дослідження став другий день перебування в стаціонарі, а тривалість комплексної променевої діагностики слала 7,3 дня;

- *другий*: середні терміни перебування пацієнтів у стаціонарі склали 15,6 дня; першим днем початку обстеження із застосуванням променевих методів дослідження став третій день перебування в стаціонарі, а тривалість комплексної променевої діагностики слала 4,5 дня.

### Висновки

Оптимальною моделлю організації променевої діагностики, яку можна рекомендувати для впровадження в ЗОЗ, є модель, коли відділення/кабінети променевої діагностики об'єднані в єдину службу променевої діагностики ЗОЗ. При цьому лікуючий лікар призначає стандартні рентгенологічні методи та методи УЗД відповідно до клінічного/локального протоколу, залежно від нозологічної форми та тільки в якості скринінгу. Високовартісні методи променевої діагностики (МРТ, КТ) призначаються спільно лікуючими лікарями та лікарями з променевої діагностики у випадках, коли виявлену патологію неможливо інтерпретувати без проведення МРТ та КТ, та за умови невідповідності клінічних даних і даних стандартних рентгенологічних методів та методів УЗД.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням клінічної та економічної ефективності запропонованої моделі організації променевої діагностики у закладах охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги.

### Список літератури

1. Балабанова Ю. В. Роль служби лучевої діагностики Новосибирской областной клинической больницы в обеспечении качества медицинской помощи / Ю. В. Балабанова, Е. А. Финченко // Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи : материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. уч. (Новосибирск, 13–14 сент. 2007 г.). – Новосибирск, 2007. – С. 16–17.
2. Качур О. Ю. Алгоритм впровадження в охорону здоров'я сучасної системи організації променевої діагностики на регіональному рівні / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3 (31). – С. 45–49.
3. Качур О. Ю. Структурна перебудова системи надання медичної допомоги як основа нової моделі організації променевої діагностики / О. Ю. Качур // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2 (30). – С. 37–41.
4. Качур О. Ю. Характеристика можливості використання лікарями загальної практики–сімейної медицини променевих методів діагностики / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Сімейна медицина. – 2013. – № 6. – С. 109–111.

5. Качур О. Ю. Щодо підвищення кваліфікації лікарів загальної практики-сімейних лікарів з променевої діагностики / О. Ю. Качур, Г. О. Слабкий // Сімейна медицина. – 2014. – № 1. – С. 131–133.
6. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
7. Охорона здоров'я України : стан, проблеми, перспективи. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.
8. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві : Закон України № 3612-VI від 7.07.2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
9. Слабкий Г. О. Проблеми в організації променевої діагностики на вторинному рівні надання медичної допомоги та шляхи їх рішення / Г. О. Слабкий, О. Ю. Качур // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2014. – № 3. – С. 5–9.

## ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И СРОКИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.Ю. Качур<sup>1</sup>, Г.А. Слабкий<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

<sup>2</sup>Ужгородский национальный университет, Украина

**Цель:** проанализировать организационные модели службы лучевой диагностики в многопрофильных стационарах, определить оптимальный вариант организации работы службы в современных условиях.

**Материалы и методы.** В работе использованы следующие методы: библиографический, статистический, экспертной оценки, описательного моделирования. Экспертной оценке подверглись 450 историй болезни стационарного больного. Экспертами выступали исследователи, заведующие отделениями и лечащие врачи.

**Результаты.** Обнаружены отличия между моделями организации работы лучевой службы на вторичном уровне оказания медицинской помощи, состоящие в маршруте пациента, сроках пребывания на стационарном лечении и рациональности назначения дорогостоящих обследований.

**Выводы.** Оптимальной моделью организации лучевой диагностики, которую можно рекомендовать для внедрения в УЗ, является модель, когда отделения/кабинеты лучевой диагностики объединены в одну службу лучевой диагностики УЗ, рентгенологические методы и методы УЗИ применяются в соответствии с клиническим/локальным протоколом, а дорогостоящие методы диагностики назначаются только при необходимости уточнения диагноза.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** служба лучевой диагностики, организационная модель, стационарная медицинская помощь.

## INFLUENCE OF DIFFERENT MODELS OF BEAM DIAGNOSTICS FOR EFFICIENCY AND TERMS OF ITS APPLICATION TO GRANTING OF INPATIENT MEDICAL CARE

O.Yu. Kachur<sup>1</sup>, G.O. Slabky<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PE «Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine», Kyiv

<sup>2</sup>Uzhgorod National University, Ukraine

**Purpose:** to analyze organizational models of service of beam diagnostics in versatile hospitals, to determine the optimal variant of the work organization in modern conditions.

**Materials and methods.** In work following methods are used: bibliographic, statistical, an expert estimation, descriptive modeling. Four hundred and fifty medical records of inpatients were subject to an expert estimation. As experts were researchers, heads of departments and primary care physicians.

**Results.** Certain differences between models of work organisation of beam service at the second level of health care, which consisted in the route of the patient, duration of stay in hospital and rationality of high-destination surveys are established.

**Conclusions.** The most optimal model of radiation diagnostics, which can be recommended for implementation in HCF, is model when branches / offices beam diagnostics are combined into uniform service of beam diagnostics of HCF, radiological methods and ultrasound methods are applied according to clinical / local protocol and high-value methods of diagnostics are appointed only in need of diagnosis specification.

**KEY WORDS:** service of beam diagnostics, organizational model, inpatient care.

Рукопис надійшов до редакції 03.11.2014 р.

### Відомості про авторів:

**Качур Олександр Юрійович** – к.мед.н., н.с. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Телефон: +38 (044) 576-41-19.

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф. кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету; E-mail: g.slabkiy@mail.ru.

М.В. ШЕВЧЕНКО<sup>1</sup>, Г.О. СЛАБКИЙ<sup>2</sup>

## ПІЛОТНИЙ ПРОЕКТ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВОГО МЕТОДУ, ПЕРЕХІД ДО СТРАТЕГІЧНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ)

<sup>1</sup>ДНУ “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” Державного управління справами, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Ужгородський національний університет, Україна

**Мета:** оцінка запровадження нових фінансово-економічних механізмів у пілотних регіонах (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та м. Київ).

**Матеріали і методи.** Проаналізовано нормативно-правову базу. Використано аналітичний та порівняльний методи. Оцінка виконання бюджетних програм “Первинна медична допомога” у 2013 р. проведена за удосконаленою Методикою здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, які виконуються розпорядниками місцевих бюджетів

**Результати.** Видатки на ПМД у Вінницькій області склали 22,4% зведеного бюджету на охорону здоров'я, у Дніпропетровській – 18,53%, у Донецькій – 17,8%, у м. Києві – 13,6%. Продовжує зростати частка видатків на фінансування екстреної медичної допомоги за функцією “Станції швидкої та невідкладної допомоги” до 5,1%. Виконання бюджетних програм “Первинна медична допомога” у 2013 р. оцінюється у Дніпропетровській області як високе (225 балів), Вінницькій – як низьке (106 балів).

**Висновки.** Фінансування за видами медичної допомоги на рівні місцевих бюджетів можна оцінити позитивно. Відпрацювання механізму стратегічних закупівель на рівні ПМД вдалося завдяки здійсненню організаційно-функціонального та фінансового виділення саме цього виду медичної допомоги.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** бюджетна програма, стратегічні закупівлі, комунальні некомерційні підприємства.

У рамках проведення реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та місто Київ) запропоновано відпрацювати застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги, фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення [4]. Запровадження цих новацій на рівні пілотних регіонів підтверджено найкращими світовими практиками та науковими дослідженнями.

Як показує світовий досвід, уряди всіх країн світу постійно працюють над пошуком нових та кращих методик формування бюджету, розпорядження бюджетними ресурсами і використання коштів платників податків. У різних країнах в певних історичних умовах широко використовувалася політика дефіцитного фінансування, що ґрунтувалася на кейнсіанських засадах.

У сучасних умовах розвитку економіки та суспільства в багатьох країнах запроваджується

ідеологія управління фінансами, близька до підприємницької шкали цінностей, яка вважається еталоном раціональності рішень. Створений у такий спосіб бюджет не тільки відображає у вартісному еквіваленті масштаби діяльності, але й, водночас, обмежує її певною сумою видатків, використовуючи різні інструменти для стримування їх зростання. Контроль величини видатків неможливий без ефективних новітніх управлінських заходів і технологій, орієнтованих на кінцевий результат. Відомі різні види цієї технології, яка переносить наголос з управління бюджетними ресурсами на управління бюджетними результатами, забезпечує більшу прозорість бюджету, кращий розподіл бюджетних коштів: «бюджетування, спрямоване на результати», «управління/покращення продуктивністю». Цей метод передбачає розроблення та реалізацію бюджетних програм, орієнтованих на кінцевий результат (згідно зі стратегічними цілями), із застосуванням критеріїв оцінки їх результативності та ефективності використання бюджетних коштів [1;3;6;8].

Також запровадження перспективної оплати постачальників медичної допомоги на основі кон-



трактів (договорів), як одного із заходів поліпшення справедливості та ефективності системи фінансування, сприяє збільшенню залучення ресурсів у країнах із середніми рівнями доходів (рекомендації у рамках стратегії економічного розвитку Комісії з макроекономіки і здоров'я (The Commission on Macroeconomics and Health) [9].

У Доповіді про стан здоров'я у світі "Фінансування систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью" (2010) [2] наголошується, що в системах охорони здоров'я, передусім Європейського регіону, спостерігається тенденція до використання стратегічних ("активних") закупівель як механізму фінансування надавачів медичних послуг для забезпечення найкращих результатів з точки зору покращення здоров'я населення. Механізми укладання контрактів (договорів) і оплати на основі обсягів та якості наданих послуг – центральні елементи ефективної системи закупівель медичних послуг.

За даними досліджень, більш активні закупівлі (коли розмежовані функції покупця і надавача) можуть покращити якість та ефективність систем охорони здоров'я за рахунок врахування потреб населення в медичній допомозі, регіональних відмінностей, втручань і послуг, які найбільше відповідають потребам і очікуванням населення, обсягів наявних ресурсів, механізмів їх закупівлі, включаючи контрактні механізми і системи оплати надавачів [5;10].

Важливим є також вибір методу оплати постачальників медичних послуг. На сьогодні в Україні цей процес представляє виділення бюджетних коштів безпосередньо постачальникам (так звані «пасивні» закупівлі), функції фінансуючої сторони і надавачів не розмежовані [8].

**Метою** даного дослідження була оцінка запровадження нових фінансово-економічних механізмів у пілотних регіонах, зокрема застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги, фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення та можливість поширення набутого досвіду на систему охорони здоров'я в Україні.

**Матеріали і методи.** У процесі проведення дослідження було використано аналітичний, порівняльний методи на основі аналізу положень відповідних нормативно-правових актів, якими врегульовувалися питання запровадження відповідних механізмів. Оцінка виконання бюджетних програм "Первинна медична допомога" у 2013 р. проведена за удосконаленою методикою здійснення порівняльного аналізу ефективності

бюджетних програм, які виконуються розпорядниками місцевих бюджетів, розробленою Міністерством фінансів України спільно з Інститутом бюджету та соціально-економічних досліджень (зі змінами) на прикладі Дніпропетровської та Вінницької областей [10].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Розроблено низку нормативних актів, які регулюють застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів. Зокрема спільним наказом Міністерства фінансів та Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2013 № 693/633 «Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я»» внесено зміни до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я».

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 08.06.2011 № 347 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» затверджено Типовий перелік бюджетних програм та результативні показники їх виконання.

Наказом Міністерства фінансів України від 14.01.2011 №11 «Про бюджетну класифікацію» затверджено функціональну класифікацію видатків та кредитування бюджету, в якій виділено окремі функції щодо центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги (код 0724), центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (код 0726), перинатальних центрів (код 0733), що дозволяє визначити обсяги фінансування на надання медичної допомоги саме в цих типах закладів.

Виділення окремої функції «Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)» у функціональній класифікації видатків і кредитування бюджету дає змогу простежувати дані про обсяги видатків на надання ПМД у центрах ПМСД. У цілому видатки на їх фінансування в країні становили 8,09% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів і практично вдвічі зросли порівняно з 2012 р. (4,33%).

Якщо враховувати розмежування фінансування надання первинної та вторинної медичної допомоги у пілотних регіонах, то можна стверджувати, що на фінансування надання тільки ПМД у Вінницькій області спрямовано 22,4% зведеного бюджету області на охорону здоров'я (2012 р. – 21,96%), у Дніпропетровській та Донецькій – відповідно 18,53% (2012 р. – 17,96%) та 17,8%

(16,81%). У м. Києві частка видатків на їх фінансування у зведеному бюджеті міста на охорону здоров'я склала 13,6%.

Продовжує зростати частка видатків у зведеному бюджеті областей на фінансування екстреної медичної допомоги за функцією «Станції швидкої та невідкладної допомоги» до 5,1% (2012 р. – 3,43%; 2011 р. – 2,7%). Це пов'язано з продовженням реформування системи екстреної медичної допомоги та реорганізацією ЗОЗ та їхніх структурних одиниць.

Оцінка виконання бюджетних програм «Первинна медична допомога» у 2013 р., проведена за методикою здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, засвідчила, що загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2013 р. у Дніпропетровській області можна оцінити як високу (225 балів), оскільки її показник знаходиться в діапазоні 215 і більше балів (для порівняння: ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2012 р. було оцінено як середню, оскільки її показник становив 200 балів і знаходився в діапазоні 190–215 балів). У Вінницькій – як низьку (106 балів), оскільки її показник менше 190 балів (для порівняння: ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2012 р. було оцінено як середню, оскільки її показник становив 198,53 бала і знаходився в діапазоні 190–215 балів). Це було пов'язано з недофінансуванням видатків на придбання обладнання та проведення ремонтних робіт, що, в свою чергу, вплинуло і на величину показників продукту – кількості закупленого обладнання та відремонтованих об'єктів.

За даними виконання паспортів бюджетних програм у 2013 р. загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у Дніпропетровській області можна оцінити як високу з урахуванням показників її виконання у 2012 р.

Загальну ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» за 2013 р. у Вінницькій області оцінено як низьку, оскільки це було пов'язано з недофінансуванням видатків на придбання обладнання та проведення ремонтних робіт, а також відсутністю показників якості за двома завданнями цієї програми, що негативно вплинуло на ефективність виконання бюджетної програми.

Аналіз використання бюджетних коштів у розрізі відповідних програм за видами надання медичної допомоги, зокрема вторинну медичну допомогу (ВМД), не вдалося провести у зв'язку з гальмуванням організаційно-функціональних змін відповідних ЗОЗ, які надавали ВМД.

Щодо впровадження механізму фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах за видами медичної допомоги на підставі договорів про медичне обслуговування населення, то можна відзначити, що положення Закону [1] було виконано тільки частково, на рівні ЗОЗ, що надавали ПМД. Хоча опрацьовано підходи до запровадження укладення договорів про медичне обслуговування населення на рівні ЗОЗ, які надають й інші види медичної допомоги (наказ МОЗ України від 01.11.2011 № 742 «Про затвердження примірного договору про медичне обслуговування населення» (зі змінами від 28.12.2011 № 992)).

Запровадження стратегічних закупівель тісно пов'язане і з питанням зміни господарського статусу ЗОЗ, що надають ПМД, з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства або комунальні некомерційні установи.

Цей механізм було відпрацьовано в м. Києві, де всі центри ПМСД були реорганізовані у комунальні некомерційні підприємства. В органах державної податкової служби ці підприємства зареєстровані як неприбуткові організації. Однак в ході пілотування не вдалося вирішити питання щодо поширення цього досвіду на всю територію держави. Комунальні некомерційні підприємства є правонаступниками прав та обов'язків амбулаторно-поліклінічних закладів, здійснюють ті самі функції та провадять господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Водночас вони не підпадають під визначення бюджетної установи, оскільки є одержувачами бюджетних коштів. У результаті з втратою статусу бюджетної установи у таких закладах, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, виникли проблеми з оподаткуванням, а також з оплатою комунальних послуг, енергоносіїв тощо.

#### **Висновки**

1. У цілому використання елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я можна оцінити позитивно. При цьому необхідно в подальшому забезпечити чіткий зв'язок договорів з програмно-цільовим методом планування бюджетів ЗОЗ та враховувати передбачені відповідно до цього методу індикатори витрат, продуктивності, якості та ефективності діяльності, крім того необхідно більш детально виписувати кількісні та якісні показники.

2. Відпрацювання механізму стратегічних закупівель на рівні ПМД вдалося завдяки здійсненню організаційно-функціонального та фінансового виділення саме цього виду медичної допомоги.

3. Вирішення питання щодо особливостей оподаткування ЗОЗ, створених у формі комунальних некомерційних підприємств, можливе шляхом внесення змін до Податкового кодексу України.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у подальшому супроводі поширення позитивного досвіду системи фінансування охорони здоров'я в Україні та розробки пропозицій щодо їх нівелювання.

### Список літератури

1. *Важнейшие задачи систем здравоохранения в периоды финансовых кризисов*. Европейский региональный комитет. Шестьдесят вторая сессия. Мальта, 10–13 сент. 2012. – 4 с.
2. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире*. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Всемирная организация здравоохранения, 2010. – С. 1–106.
3. *Кульчицкий М. І.* Програмно-цільове бюджетування на місцевому рівні / М. І. Кульчицкий, С. Н. Самец [Електронний ресурс] // *Ефективна економіка*. – 2012. – № 8. – Режим доступу : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1269>. – Назва з екрану.
4. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві* : Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI // ВВР України. – 2012. – № 12 (№ 12-13). – С. 552.
5. *Проект программного бюджета на 2004–2005 гг.*: Перспектива Европейского Региона ВОЗ. Европейский региональный комитет. Пятдесят вторая сессия. Копенгаген, 16–19 сент. 2002. – 18 с.
6. *Просяник Н. В.* Реалізація програмно-цільового методу бюджетування на місцевому рівні / Н. В. Просяник // *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету*. Економічні науки. – 2012. – Вип. 22, ч. II. – С. 1–5.
7. *Удосконалена Методика здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, які виконуються розпорядниками коштів місцевих бюджетів* : лист Міністерства фінансів України від 19.09.2013 року № 31-05110-14-5/27486 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.ibser.org.ua/news/595/> – Назва з екрану.
8. *Федосов В.* Конспект лекцій на тему “Бюджет” [Електронний ресурс] / В. Федосов, С. Юрій. – Режим доступу : [http://pidruchniki.com/1228112846046/ekonomika/programno-tsilove\\_byudzhetuвання\\_problemi\\_stanovlennya\\_rozvitku](http://pidruchniki.com/1228112846046/ekonomika/programno-tsilove_byudzhetuвання_problemi_stanovlennya_rozvitku). – Назва з екрану.
9. *Investing in health. A Summary of the Findings of the Commission on Macroeconomics and Health*. World Health Organization. – Geneva, 2013. – P. 17.
10. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care* / Preker A. S. [et al.]. – Washington, DC, The World Bank, 2007.

### ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО МЕТОДА, ПЕРЕХОД К СТРАТЕГИЧЕСКИМ ЗАКУПКАМ)

М.В. Шевченко<sup>1</sup>, Г.А. Слабкий<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГНУ “Научно-практический центр профилактической и клинической медицины” Государственного управления делами, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Ужгородский национальный университет, Украина

**Цель:** оценка внедрения новых финансово-экономических механизмов в пилотных регионах (Винницкая, Днепропетровская, Донецкая области и г. Киев).

**Материалы и методы.** Проанализирована нормативно-правовая база. Использованы аналитический и сравнительный методы. Оценка выполнения бюджетных программ “Первичная медицинская помощь” в 2013 г. проведена по усовершенствованной Методике осуществления сравнительного анализа эффективности бюджетных программ, которые выполняются распорядителями местных бюджетов.

**Результаты.** Расходы на ПМП в Винницкой области составили 22,4% консолидированного бюджета на здравоохранение, в Днепропетровской – 18,53%, в Донецкой – 17,8%, в г. Киеве – 13,6%. Продолжает возрастать часть расходов на финансирование экстренной медпомощи за функцией “Станции быстрой и неотложной помощи” до 5,1%. Выполнение бюджетных программ “Первичная медпомощь” в 2013 г. оценивается в Днепропетровской области как высокое (225 баллов), в Винницкой – как низкое (106 баллов).

**Выводы.** Финансирование по видам медпомощи на уровне местных бюджетов в части расходов на здравоохранение можно оценить положительно. Отработка механизма стратегических закупок на уровне ПМП стала возможной благодаря организационно-функциональному и финансовому выделению именно этого вида медпомощи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** бюджетная программа, стратегические закупки, коммунальные некомерческие предприятия.

**PILOT PROJECT OF HEALTH CARE SYSTEM REFORMING (APPLICATION OF ELEMENTS OF PROGRAM-TARGET METHOD, TRANSITION TO STRATEGIC PURCHASES)**

*M.V. Shevchenko<sup>1</sup>, G.O. Slabkiy<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>State Scientific Institution "Scientific-Practical Center of Clinical and Preventive Medicine" the State Administration, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Uzhhorod National University, Ukraine

**Purpose:** estimation of introduction of new financial and economic mechanisms in pilot regions (Vinnitsia, Dnipropetrovsk, Donetsk region and Kyiv).

**Materials and methods.** The regulatory framework has been analyzed. Analytical and comparative methods are used. Evaluation of budgetary programs performance "Primary health care" in 2013 is spent by an advanced Technique of comparative analysis of efficiency of budgetary programs, which are carried out by managers of local budgets.

**Results.** Expenses on PHC in Vinnitsia region were 22.4% of the consolidated budget on public health care, in Dnipropetrovsk - 18.53%, in Donetsk - 17.8%, in Kyiv - 13.6%. The share of expenses on financing of emergency medical care on function "Station of the fast and urgent aid" to 5.1% continues to increase. Performance of budgetary programs "Primary health care" in 2013 is estimated in Dnipropetrovsk region as high (225 points), Vinnitsia - as low (106 points).

**Conclusions.** Financing by type of health care at level of local budgets can be evaluated positively. Working off mechanism of strategic purchases at PHC level was possible due to implementation of organizational, functional and financial allocation of this type of health care.

KEY WORDS: **budgetary program, strategic purchases, public noncommercial enterprises.**

Рукопис надійшов до редакції 08.11.2014 р.

**Відомості про авторів:**

**Шевченко Марина Вікторівна** – к.мед.н., с.н.с. наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами; тел.: +38 (044)254-68-71.

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф. кафедри громадського здоров'я Ужгородського національного університету. E-mail: g.slabkiy@mail.ru.