

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
МОЗ УКРАЇНИ»
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
І ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
щодо підготовки проекту Плану підвищення доступності та якості
первинної медичної допомоги у регіоні на 2014–2016 роки

Київ-2014

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ СТРАТЕГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
МОЗ УКРАЇНИ»

УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
І ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Заступник Міністра охорони
здоров'я



О.К. Толстанов О.К.Толстанов

2013 р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
щодо підготовки проекту Плану підвищення
доступності та якості первинної медичної допомоги у регіоні
на 2014–2016 роки

Київ – 2013

Установи-розробники:
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Український центр наукової медичної інформації
і патентно-ліцензійної роботи

Укладачі: Шевченко М.В., +38(044)576-41-13
Яценко Ю.Б., +38(044)576-41-49
Надутый К.О., +38(044)253-80-51
Купліванчук А.В., +38(044) 253-74-40
Кондратюк Н.Ю., +38(044)576-41-49
Горбань А.Є., +38(044)428-37-22

Рецензент: Лехан Валерія Микитівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

Рецензент: Матюха Лариса Федорівна, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Сімейна медицина»

Голова проблемної комісії
«Соціальна медицина» МОЗ та НАМН України
д.мед.н., проф. Слабкий Г.О.

Затверджено на засіданні вченої ради
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
(протокол від 26.09.2013 р. № 9)

ЗМІСТ

Орієнтовна структура перспективного плану розвитку мережі на період до 2016 року	4
Частина 1	
Перспективне планування (згідно з нормативом МОЗ) розвитку мережі на період до 2016 року	5
Частина 2	
Завдання на 2014 рік щодо необхідної кількості нових точок доступу до лікаря ПМД з визначення фінансової потреби та відповідних джерел	13
2.1. Послідовність визначення необхідної кількості нових точок доступу до лікаря ПМД	15
2.2. Визначення необхідної кількості нових точок доступу (амбулаторій ЗПСМ) до лікаря ПМД	17
2.3. Визначення потреби у матеріально-технічних та фінансових ресурсах	19
Частина 3	
Рекомендації з формування плану перепідготовки лікарів	25
Частина 4	
Завдання щодо підготовки програм «місцевих стимулів»	27
Частина 5	
Моніторинг ефективності використання бюджетних коштів	29

Орієнтовна структура перспективного плану розвитку мережі на період до 2016 року

- Розділ I Мета та завдання перспективного розвитку на визначений період
- Розділ II Створення умов для забезпечення розвитку мережі амбулаторій:
– будівництво/реконструкція
– проведення капітального/поточного ремонту
– модернізація матеріально-технічної бази (забезпечення меблями, твердим і м'яким інвентарем, технологічним обладнанням, автомобілями тощо)
– забезпечення навчально-методичною літературою, періодичними фаховими виданнями тощо
- Розділ III Посилення кадрового потенціалу, підготовка і перепідготовка медичних працівників
- Розділ IV Джерела та обсяги фінансування
- Розділ V Партнерська діяльність (співпраця з міжнародними організаціями, фондами, програмами, органами місцевого самоврядування, спонсорами, участь у міжнародних проектах, грандах тощо)

Структура в розрізі основних цілей для реалізації плану може бути представлена наступним чином:

Ціль 1

Формування	Опис
Заходи	Перелік заходів
Ефективність	Розрахунок
Ресурси	Назва, обсяг (розрахунок)
Тривалість	Розрахунок
Головні учасники	Перелік
Загальна вартість	Розрахунок
Джерело фінансування	Перелік

Частина 1

Перспективне планування (згідно з нормативом МОЗ) розвитку мережі на період до 2016 року

Планування є первісним з-поміж решти функцій управління, це процес обґрунтування цілей і шляхів їх досягнення на основі виявлення комплексу завдань і робіт, а також визначення ефективних методів, способів і ресурсів усіх видів, необхідних для виконання цих завдань та встановлення їх взаємозв'язку.

Планування спирається на певні закономірності – принципи планування. Це єдність, безперервність, гнучкість, точність, участь, збалансованість.

Принцип єдності (системності) передбачає, що планування повинно мати системний характер, тобто існування сукупності елементів, взаємозв'язку між ними, наявність єдиного напрямку розвитку елементів системи, поведінки, що зорієнтовані на загальні цілі.

Принцип безперервності означає підтримування безперебійності планової перспективи, взаємоузгодження довго-, середньо- та короткострокових планів, тобто процес планування має здійснюватись постійно в межах установленого циклу; розроблені плани мають постійно змінювати один одного.

Принцип гнучкості взаємозв'язаний з принципом безперервності і полягає у наданні планам і процесу планування здатності змінювати свій напрям у зв'язку з виникненням непередбачених обставин.

Принцип точності означає, що плани мають бути конкретизовані та деталізовані до такої міри, яку дозволяють зовнішні і внутрішні умови діяльності.

Принцип участі реалізує одну з головних аксіом планування: «План має складати той, хто його виконуватиме».

Принцип збалансованості забезпечує необхідну і достатню кількісну відповідність між взаємозв'язаними розділами та показниками плану. Головним її проявом є відповідність між потребами в ресурсах та їх наявністю.

Планування здійснюється за такими етапами:

- обґрунтування вибору цілі;
- опис заходів, які передбачаються для її досягнення;
- визначення необхідних ресурсів;
- обґрунтування тривалості досягнення;
- визначення головних учасників реалізації;
- розрахунок загальної вартості та можливі джерела фінансування;
- рекомендовані інструменти і процедури реалізації;
- система індикаторів (критеріїв) досягнення цілі.

При розробці перспективного плану (згідно з нормативом МОЗ) розвитку мережі на період до 2016 року потрібно провести послідовний розподіл на основні цілі, завдання, заходи, дії, процедури та ресурси, необхідні для їх реалізації.

Для досягнення цілей розвитку мережі необхідно виконати завдання забезпечення належної та рівної фізичної доступності до первинної медичної допомоги шляхом:

а) формування мережі амбулаторій, наближених до місць проживання населення у сільській місцевості та у містах (відповідність нормативу забезпеченості амбулаторіями та нормативам інфраструктури кожної амбулаторії);

б) забезпечення закладів оснащенням та транспортними засобами;

в) забезпечення кадрами та їх закріплення;

г) запровадження нових механізмів фінансування первинної медичної допомоги (ПМД).

Комплексний підхід до планування передбачає здійснення заходів щодо:

– формування мережі амбулаторій, наближених до місць проживання населення у сільській місцевості і у містах (з урахуванням характеру забудови);

– оснащення відповідно до галузевого стандарту (табеля оснащення);

– забезпечення транспортними засобами;

– підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) у кількості, необхідній для переходу на обслуговування на засадах загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ) з урахуванням відтоку лікарів з ПМД та прихованого дефіциту лікарів ПМД (пенсійний вік);

– підготовки та перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою;

– створення стимулів для закріплення кадрів (передусім лікарських);

– створення та налагодження функціонування системи безперервного професійного розвитку медичних працівників.

При плануванні видатків на здійснення тих чи інших заходів необхідно встановити чіткий зв'язок між видатками (усі види ресурсів) і досягненням результату, спрямованого на розв'язання проблем у наданні ПМД на регіональному рівні.

Для оцінки досягнення результату пропонується застосовувати якісні і кількісні індикатори.

Якісні індикатори (типу «Так»/»Ні») пропонується застосовувати для окремих заходів, які:

а) проявляють свою ефективність (вплив на систему) при повному (завершеному) виконанні (наприклад, затвердження нормативних документів чи планів);

б) характеризують наявність або відсутність застосування певних інструментів, з таким індикатором неможливо застосувати кількісну оцінку (шкалу) прогресу.

Кількісні індикатори пропонується застосовувати для заходів, у процесі реалізації яких можливо чітко визначити:

а) повноту (%) охоплення усіх задіяних об'єктів змінами/заходами і,

відповідно, виміряти просування (прогрес) по шляху реформування за певним напрямом;

б) інтенсивність того чи іншого показника порівняно з певним нормативом (наприклад, порівняння фактичної і нормативної забезпеченості амбулаторіями, транспортними засобами).

Приклади індикаторів виконання завдань наведено у таблиці 1.1.

Таблиця 1.1. Індикатори виконання завдань

Індикатор виконання завдань	Вид ресурсів та основні напрями використання	Процес
Затверджено регіональний план розвитку мережі амбулаторій у сільській місцевості і у містах (Цільове значення – «Так»)	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час)	Планування розвитку мережі амбулаторій у сільській місцевості і у містах
Затверджено план приведення інфраструктури амбулаторій відповідно до нормативів (Цільове значення – «Так»)	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час)	Планування модернізації інфраструктури амбулаторій щодо приведення у відповідність до нормативів
Індекс забезпеченості сільського та міського населення амбулаторіями (співвідношення фактичних і нормативних показників забезпеченості сільського та міського населення амбулаторіями) (Цільове значення не менше 1,0+1,0)	Кошти місцевих бюджетів, кошти донорських організацій, державно-приватне партнерство: а) закупівля будівель/приміщень; а) оплата розробки проектно-кошторисної документації; б) оплата ремонтно-будівельних робіт	Реалізація регіонального плану розвитку мережі амбулаторій у сільській місцевості і у містах (створення амбулаторій)
Частка (%) амбулаторії, що мають нормативну інфраструктуру (номенклатура та кількість приміщень за функціональним призначенням) у загальній амбулаторій (Цільове значення – 100%)	Кошти місцевих бюджетів: а) оплата розробки проектно-кошторисної документації; б) оплата ремонтно-будівельних робіт	Розроблення проектно-кошторисної документації для модернізації амбулаторій та виконання ремонтно-будівельних робіт
Затверджено регіональний план оснащення амбулаторій у сільській місцевості і у містах (Цільове значення – «Так»)	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час)	Розроблення регіональних планів оснащення амбулаторій у сільській місцевості і у містах
Частка (%) ЗОЗ ПМД (амбулаторії), які оснащені відповідно до табеля оснащення (номенклатура та кількість одиниць оснащення) (Цільове значення – 100%)	Кошти державного та/або місцевих бюджетів, кошти донорських організацій: а) закупівля оснащення вартістю одиниці понад 1000 грн; б) закупівля оснащення вартістю одиниці до 1000 грн	Проведення закупівель оснащення. Моніторинг оснащеності
Затверджено регіональний план забезпечення амбулаторій у сільській місцевості і у містах транспортними засобами (автомобіль) (Цільове значення – «Так»)	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час)	Розроблення регіональних планів забезпечення амбулаторій у сільській місцевості і у містах автомобілями

Індикатор виконання завдань	Вид ресурсів та основні напрями використання	Процес
Індекс забезпеченості амбулаторій транспортними засобами (співвідношення фактичної і нормативної забезпеченості амбулаторій транспортними засобами (автомобіль) (Цільове значення не менше 1,0)	Кошти державного та/або місцевих бюджетів: видатки на закупівлю автомобілів. Та/або кошти місцевих бюджетів: фінансування договорів з медичними працівниками щодо відшкодування видатків, пов'язаних з використанням особистого транспорту у службових цілях	А) Проведення закупівель автомобілів та/або укладання договорів з медичними працівниками на експлуатацію особистого автотранспорту у виробничих цілях. Б) Моніторинг оснащеності
Затверджено регіональний план перепідготовки лікарів за спеціальністю ЗП-СМ з числа терапевтів та педіатрів дільничних, лікарів інших спеціальностей, (Цільове значення — «Так»)	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час)	Планування перепідготовки лікарських кадрів лікарів за спеціальністю ЗП-СМ
Частка (%) ЛЗПСЛ у загальній кількості лікарів, що працюють у ЗОЗ ПМД (крім адміністративно-управлінського персоналу) (Цільове значення — 100%)	Кошти місцевих бюджетів: а) оплата освітніх послуг (тематичні вдосконалення, тренінги, дистанційне навчання); б) фінансування видатків на відрядження	Моніторинг модернізації ПМД
Середнє навантаження на лікаря ПМД (Цільове значення — до 2 тис. загального населення)	Спеціальний моніторинг	Моніторинг модернізації ПМД
Затверджено регіональний план підготовки та перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою ЗОЗ ПМД за спеціальністю ЗП-СМ (Цільове значення — «Так»)	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату праці виконавців (робочий час)	Планування перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою за спеціальністю ЗП-СМ
Частка (%) сестер медичних ЗП-СМ у загальній кількості молодших спеціалістів з медичною освітою у ЗОЗ ПМД (Цільове значення — 100%)	Кошти місцевих бюджетів: видатки на оплату курсів перепідготовки, видатки пов'язані з відрядженнями	Проведення перепідготовки. Моніторинг модернізації ПМД
Частка (%) лікарів ПМД та частка (%) молодших спеціалістів з медичною освітою ПМД, що охоплені програмою місцевих стимулів (Цільове значення — 100%)	Кошти місцевих бюджетів: надання пільг щодо оплати комунальних послуг, проїзду у громадському транспорті, оплата послуг зв'язку тощо	Розроблення, затвердження та виконання регіональних та місцевих програм місцевих стимулів. Спеціальний моніторинг
Частка (%) лікарів ПМД, що не забезпечені житлом (Цільове значення — 0%)	Кошти місцевих бюджетів: придбання та/або будівництво житла	Придбання/будівництво житла (у т.ч. службового) для лікарів ПМД
Частка (%) ЗОЗ ПМД (ЦПМСД), для яких розроблено проект інформатизації (Цільове значення	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій:	Розробка проектів інформатизації ЗОЗ ПМД

Індикатор виконання завдань	Вид ресурсів та основні напрями використання	Процес
— 100%)	видатки на виготовлення проектно-кошторисної документації	
Частка (%) лікарів ПМД та молодших спеціалістів з медичною освітою ПМД, які забезпечені автоматизованим робочим місцем та мають на робочому місці доступ до професійної інформації та реєстру пацієнтів через мережу Internet (Цільове значення — 100%+100%)	Кошти місцевих бюджетів, кошти донорських організацій, державно-приватне партнерство: а) придбання комп'ютерного та мережевого обладнання; б) розробка та/або придбання програмного забезпечення; г) поточні видатки на оплату послуг провайдера; д) поточні видатки на обслуговування обладнання; е) поточні видатки на закупівлю платних ресурсів у Internet (доступ до баз даних)	Планування та фінансування видатків на інформатизацію ЗОЗ ПМД
Частка (%) медичних працівників ЗП-СМ, які отримали підготовку за планом підвищення кваліфікації, ліквідації прогалів у знаннях та розширення компетенцій від загальної кількості медичного персоналу ЗП-СМ (Цільове значення — 100%)	Кошти місцевих бюджетів та кошти донорських організацій: а) оплата освітніх послуг (тематичні вдосконалення, тренінги, дистанційне навчання); б) фінансування видатків на відрядження	Планування підвищення кваліфікації, ліквідації прогалів у знаннях та розширення компетенцій медичних працівників ЗП-СМ

При формуванні перспективного плану розвитку мережі рекомендується використовувати **мережеве планування** – одну з форм графічного відображення змісту заходів та дій і тривалості виконання планів і комплексів проектних, планових, організаційних та інших видів діяльності, координації виконання планових показників між виконавцями, а також для визначення необхідних ресурсів та їх раціонального використання.

Застосування мережевого планування допомагає відповісти на такі питання:

1. Скільки часу потрібно на виконання плану?
2. Протягом якого часу повинні розпочинатися та закінчуватися окремі заходи?
3. Які заходи є «критичними» і повинні виконуватися точно за графіком, аби не зірвати терміни виконання плану в цілому?
4. На який термін можна відкласти виконання «некритичних» робіт, щоб це не вплинуло на строки виконання плану?

Мережеве планування здійснюється на основі використання **діаграми Ганта**, коли на лінійних або стрічкових графіках по горизонтальній осі в обраному масштабі часу відкладаються цілі, завдання, заходи, дії, процедури, ресурси та час на їх виконання.

На основі даних діаграми Ганта у плані відображаються зв'язки між

процесами, визначається інтервал часу для виконання кожної діяльності, час початку і завершення, а також необхідні ресурси та індикатори виконання.

Послідовність формування плану (згідно з нормативом МОЗ) розвитку мережі на період до 2016 року

Перед початком формування плану (згідно з нормативом МОЗ) розвитку мережі на період до 2016 року необхідно:

1. Провести аналіз:
 - демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення та віко-статева структура населення);
 - стану здоров'я населення території обслуговування (показники народжуваності, захворюваності, смертності та інвалідності);
 - потреб прикріпленого населення в ПМД;
 - ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури первинної ланки охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
 - порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці (самостійне звернення, кероване направлення лікарем ПМД, наявність регламентованого переліку показань для направлення хворого на консультування та лікування до лікарів-спеціалістів);
 - розподілу обсягів надання медичної допомоги між лікарями ПМД та лікарями-спеціалістами;
 - обґрунтованості звернення хворих до лікарів-спеціалістів;
 - основних показників діяльності відповідної адміністративно-територіальної одиниці (кількість відвідувань, у тому числі до лікарів-спеціалістів, рівень госпіталізації, показники лікування хворих в умовах цілодобових, денних стаціонарів та стаціонарів вдома, ліжко-днів перебування хворого у стаціонарах, проведених операцій, у тому числі у рамках «хірургії одного дня», кількість викликів швидкої медичної допомоги тощо).
2. Провести оцінку можливостей та порядку взаємодії закладів ПМД із закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування.
3. Вивчити позицію та готовність медичних працівників до структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці на принципах розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.
4. Вивчити позицію населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги з подальшим формуванням позитивного ставлення до цих системних перетворень шляхом проведення відповідної роз'яснювальної роботи із залученням засобів масової інформації.
5. Визначити фактичні потреби у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах для зміцнення системи ПМД.
6. Визначити потребу у мережі амбулаторій для досягнення нормативу,

визначеного наказом МОЗ України від 10.09.2013 р. за № 793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної (медико-санітарної) допомоги» (зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 13.09.2013 р. за № 1587/24119).

7. Розрахувати чисельність лікарів (терапевтів, педіатрів та інших спеціальностей), що підлягають перепідготовці зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», та видатків на перепідготовку.

8. Розрахувати чисельність молодших спеціалістів з медичною освітою, що підлягають перепідготовці зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина», та видатків на перепідготовку.

9. Провести інвентаризацію наявного обладнання та інвентарю, визначити потребу у дооснащенні відповідно до таблицю оснащення, затвердженого наказом МОЗ України від 23.02.2012 р. № 132 «Про затвердження Примірної таблиці оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», та необхідних на це видатків.

10. Провести інвентаризацію наявного оснащення комп'ютерною технікою та спеціалізованим програмним забезпеченням, визначити потребу у дооснащенні відповідно до таблицю оснащення, затвердженого наказом МОЗ України від 23.02.2012 р. № 132 «Про затвердження Примірної таблиці оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу», та необхідних на це видатків.

11. Визначити кількість амбулаторій, у яких передбачається здійснити ремонт/реконструкцію, та необхідні для цього кошти.

12. Визначити кількість амбулаторій, які передбачається створити, у тому числі структурних і відокремлених структурних підрозділів, та, кошти необхідні для придбання приміщень або ремонту/реконструкції чи будівництва.

13. Визначити стан оснащення амбулаторій, якого передбачається досягти (% амбулаторій, оснащених відповідно до таблиці оснащення), та потребу у дооснащенні у натуральному (кількість) та грошовому еквіваленті, зокрема:

- медичне обладнання, вироби медичного призначення;
- комп'ютери та спеціалізоване програмне забезпечення;
- засоби зв'язку.

При формуванні плану (згідно з нормативом МОЗ) розвитку мережі на період до 2016 року необхідно використовувати накази МОЗ, перелік яких наводиться нижче:

– від 20.05.2011 р. № 304 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах»;

– від 08.06.2011 р. № 346 «Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмно-цільового методу складання та

виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я у пілотних регіонах»;

– від 29.06.2011 р. № 384 «Про затвердження Примірною статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги»;

– від 15.07.2011 р. № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»;

– від 11.03.2011 р. № 141 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги»;

– від 04.11.2011 р. № 756* «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу»;

– від 05.10.2011 р. № 646* «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги; Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; Порядок розміщення та розрахунок кількості бригад швидкої медичної допомоги»;

– від 02.11.2011 р. № 743* «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги» (zareestrovaniy Ministerstvom yustitsii 22 listopada 2011 r. № 1328/20066);

– від 23.02.2012 р. № 131 «Про затвердження Примірною положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»;

– від 23.02.2012 р. № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»;

– від 23.02.2012 р. № 132 «Про затвердження Примірною табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

Частина 2
Завдання на 2014 рік щодо необхідної кількості
нових точок доступу до лікаря ПМД з визначення фінансової потреби
та відповідних джерел

При визначенні необхідної кількості нових точок доступу до лікаря ПМД використовуються наступні нормативно-правові акти:

– наказ МОЗ України від 10.09.2013 р. № 793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної (медико-санітарної) допомоги» (зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 1587/24119 від 13.09.2013 р.);

– наказ МОЗ України від 11.09.2012 р. № 713 «Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу»;

– наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»;

– наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 1414/20152 від 07.12.2011 р.) (Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах; Порядок медичного обслуговування громадян центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги)» (цей наказ призначений для застосування у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві (пілотних регіонах), однак може застосовуватись як орієнтир для опрацювання та затвердження тимчасових місцевих нормативних документів);

– наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»;

– наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»;

– наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»;

– наказ МОЗ України від 11.11.2012 р. № 866 «Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги».

– У сільській місцевості амбулаторії, що входять до складу центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), можуть обслуговувати декілька сіл, таким чином, щоб лікарською ПМД було охоплено усе населення (у т.ч. шляхом реорганізації фельдшерсько-акушерського/фельдшерського пункту (ФАП/ФП) у разі обслуговування ним населення кількістю понад 1000 жителів).

Норматив забезпеченості амбулаторіями сільського населення ($N_{амбС}$) визначає пропорцію між кількістю сільського населення та кількістю амбулаторій та вказує мінімальну необхідну кількість амбулаторій на 10 тисяч сільського населення:

$$N_{амбС} = 3,3$$

Даний норматив може бути перевищений з урахуванням місцевих особливостей розселення сільського населення (низька щільність населення) та особливостей місцевості (гірські райони).

Амбулаторії у містах створюються з метою забезпечення рівної територіальної доступності ПМД для населення у мікрорайонах, віддалених поселеннях для надання лікарської ПМД населенню за місцем проживання (у таких амбулаторіях працюють від одного до кількох, переважно 4–8, лікарів, залежно від характеру забудови мікрорайону та щільності населення).

Нормативи забезпеченості амбулаторіями міського населення ($N_{амбМ}$) визначають пропорцію між кількістю міського населення та кількістю амбулаторій і вказують необхідну кількість амбулаторій на 10 тис. міського населення з урахуванням проживання населення залежно від характеру забудови та особливостей розселення (табл. 2.1).

Таблиця 2.1. Нормативи забезпеченості амбулаторіями

Частка (%) міського населення, що проживає у містах/мікрорайонах міст з малоповерховою (котеджною) забудовою¹	Нормативи забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. міського населення² ($N_{амбМ}$)
100,00	2,50
90,00	2,41
80,00	2,32
70,00	2,23
60,00	2,14
50,00	2,05
40,00	1,96
30,00	1,87

¹ Для визначення нормативу для конкретної адміністративно-територіальної одиниці, де частка міського населення проживає у містах/мікрорайонах міст з малоповерховою (котеджною) забудовою, фактичне значення частки населення округлюється з точністю до десятків.

² Для міського населення, що проживає у містах/мікрорайонах міст з щільною багатопверховою забудовою, може встановлюватись норматив забезпеченості амбулаторіями 1,0 на 10 тисяч населення

Частка (%) міського населення, що проживає у містах/мікрорайонах міст з малоповерховою (котеджною) забудовою¹	Нормативи забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. міського населення² ($N_{амбМ}$)
20,00	1,78
10,00	1,69
0,00	1,60

На окремий розгляд заслуговує питання розвитку мережі амбулаторій у містах – районних центрах сільських районів. Такі населені пункти за формальною ознакою належать до населених пунктів міського типу, а їх населення, відповідно, належить до категорії міського. У програмах розвитку сільських територій розвиток соціальної інфраструктури таких населених пунктів не розглядається.

Водночас ці населені пункти є невід’ємною частиною сільських територій та мають спільну проблематику із сільськими населеними пунктами в організаційно-фінансових аспектах, аспектах розвитку соціальної і транспортної інфраструктур. З огляду на це, розвиток мережі амбулаторій у таких населених пунктах доцільно розглядати у комплексі з розвитком мережі амбулаторій у сільській місцевості.

2.1. Послідовність визначення необхідної кількості нових точок доступу до лікаря ПМД

Для визначення необхідної кількості нових точок доступу до лікаря ПМД необхідно:

1. Провести аналіз:
 - демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення та віко-статєва структура населення);
 - стану здоров’я населення території обслуговування (показники народжуваності, захворюваності, смертності та інвалідності);
 - потреб прикріпленого населення в ПМД;
 - ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури первинної ланки охорони здоров’я відповідної адміністративно-територіальної одиниці.
2. Провести оцінку можливостей та порядку взаємодії центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів із закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування.
3. Провести оцінку оснащення обладнанням та інвентарем і визначити видатки, необхідні на їх придбання, у тому числі:
 - оснащення комп’ютерною технікою та спеціалізованим програмним забезпеченням, зокрема щодо створення та функціонування електронного реєстру пацієнтів;
 - створення та розвитку матеріально-технічної бази для безперервного професійного розвитку.

4. Визначити кількість амбулаторій, у яких передбачається здійснити ремонт/реконструкцію, та необхідні для цього кошти.

5. Визначити кількість амбулаторій, які передбачається створити, та кошти, необхідні для придбання приміщень або ремонту/реконструкції чи будівництва.

6. Провести аналіз стану оснащення амбулаторій, якого передбачається досягти (відсоток амбулаторій, оснащених відповідно до таблиця оснащення), та потреби у дооснащенні у натуральному (кількість) та грошовому еквіваленті, зокрема:

- медичне обладнання, вироби медичного призначення;
- комп'ютери та спеціалізоване програмне забезпечення;
- засоби зв'язку.

7. Вивчити позиції населення щодо доступності при формуванні нових точок доступу до лікаря ПМД з метою формування їх позитивного ставлення до цього процесу.

2.2. Визначення необхідної кількості нових точок доступу (амбулаторій ЗПСМ) до лікаря ПМД

Точкою доступу до лікаря ПМД є амбулаторія. Визначення необхідної кількості нових амбулаторій для досягнення нормативу забезпеченості на 10 тис. сільського та міського населення здійснюється на основі положень наказу МОЗ України від 10.09.2013 № 793 «Про затвердження Нормативів забезпеченості мережею амбулаторій-підрозділів центрів первинної (медико-санітарної) допомоги» (zareєстрованого у Міністерстві юстиції України за №1587/24119 від 13.09.2013) шляхом заповнення форми 1 з урахуванням чисельності населення (сільського/міського) станом на 31 грудня попереднього року; для міських поселень кількості/частки міських жителів, що проживають у містах/мікрорайонах міст з малоповерховою (котеджною) забудовою (табл. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1. Форма 1 «Визначення кількості амбулаторій ЗПСМ для досягнення нормативу забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. сільського та міського населення»

Адміністративно-територіальна одиниця	Сільське населення (станом на 31.12 попереднього року)	Нормативна кількість амбулаторій	Визначення нормативу забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. міського населення для регіону			
			Міське населення (станом на 31.12. попереднього року)	Кількість міських жителів, що проживають у містах/мікрорайонах міст з малоповерховою (котеджною) забудовою	Частка населення, що проживає у містах / мікрорайонах міст з малоповерховою (котеджною) забудовою	Нормативна кількість амбулаторій
1	2	3	4	5	6	7

Наступним кроком є встановлення фактичної забезпеченості амбулаторіями шляхом визначення фактичного показника забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. населення (*ПЗА*) та індексу забезпеченості амбулаторіями (*ІЗА*), що розраховується як співвідношення фактичного показника забезпеченості і нормативного:

$$ІЗА = \frac{ПЗА_{факт}}{ПЗА_{норм}}$$

Дані вносяться у форму 2 (табл. 2.2.2).

Таблиця 2.2.2 Форма 2. «Фактична забезпеченість амбулаторіями ЗПСМ»

Фактична забезпеченість амбулаторіями												Кількість амбулаторій, яку необхідно створити для виконання плану	
у містах						у сільській місцевості							
станом на 31.12 попереднього року			план на кінець поточного року			станом на 31.12 попереднього року			план на кінець поточного року			у міст	у сільській місцевості
кількість	ПЗ	ІЗ	кількість	ПЗ	ІЗ	кількість	ПЗ	ІЗ	кількість	ПЗ	ІЗ		
амбулаторій	А	А	амбулаторій	А	А	амбулаторій	А	А	амбулаторій	А	А	ст	а
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Інформація вноситься по кожній адміністративній території регіону з наступним узагальненням на рівні регіону.

Кількість амбулаторій, які залишилось створити до кінця поточного року для виконання плану, розраховується як різниця між плановими і фактичними показниками. Зведені дані вносяться до форми 3 (табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3. Форма 3 «Мережа амбулаторій»

Назва ЦПМ СД	№/№	Адреси амбулаторій (для нових амбулаторій, які мають бути створені у перспективі, – орієнтовна адреса)		Орієнтовний термін початку функціонування (для новоутворюваних) рік/місяць	Статус амбулаторії: СП-структурний підрозділ; ВСП-відокремлений структурний підрозділ	Кількість населення, що обслуговується/буде обслуговуватись амбулаторією					
		станом на грудень 2013 р.	станом на грудень 2014 р.			станом на 01.01.2014 р.			станом 01.01.2015 р. (орієнтовно)		
						всього	дорослих	дітей	всього	дорослих	дітей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

2.3. Визначення потреби у матеріально-технічних та фінансових ресурсах

Визначення потреби у матеріально-технічних ресурсах здійснюється за двома напрямками: будівництво/реконструкція амбулаторій та оснащення/дооснащення медичним обладнанням, комп'ютерною технікою, автоматизованими робочими місцями, спеціалізованим програмним забезпеченням, легковими автомобілями відповідно до таблицю оснащення, затвердженого наказом МОЗ України від 23.02.2012 р. № 132 «Про затвердження Примірної таблиці оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

Для визначення потреби у будівництві/реконструкції проводиться аналіз наявної мережі амбулаторій, визначаються ті амбулаторії, що знаходяться в аварійному стані і непридатні для експлуатації, враховується потреба у амбулаторіях, які необхідно створити для виконання плану (дані стовпців 13, 14 форми 2, яка наведена вище). Дані щодо кількості амбулаторій, які необхідно збудувати/реконструювати, вносяться у форму, наведену у *додатку 1*.

Розрахунки потреби у коштах для проведення ремонтно-будівельних робіт, крім поточного ремонту, здійснюються на основі проектно-кошторисної документації або добутку середньої вартості одного квадратного метра будівництва/реконструкції/ремонту в регіоні та кількості квадратних метрів (прогнозована вартість).

Капітальний ремонт будівлі є комплексом ремонтно-будівельних робіт, який передбачає заміну, відновлення та модернізацію конструкцій і обладнання будівель у зв'язку з їх фізичним зносом та руйнуванням, поліпшення експлуатаційних показників, покращення планування будівлі та благоустрою території без зміни будівельних габаритів об'єкта. Капітальний ремонт передбачає призупинення на час виконання робіт експлуатації будівлі у цілому або її частин.

Поточний ремонт є комплексом ремонтно-будівельних робіт, який передбачає систематичне та своєчасне підтримання експлуатаційних якостей та запобігання передчасному зносу конструкцій та інженерного обладнання. Якщо будівля в цілому не підлягає капітальному ремонту, комплекс робіт поточного ремонту може враховувати окремі роботи, які класифікуються як такі, що належать до капітального ремонту (крім робіт, які передбачають заміну та модернізацію конструктивних елементів будівлі). Поточний ремонт повинен проводитися з періодичністю, що забезпечує ефективну експлуатацію будівлі або об'єкта з моменту завершення його будівництва (капітального ремонту) до моменту постановки на черговий капітальний ремонт (реконструкцію). Поточний ремонт є засобом запобігання зносу конструкцій та інженерного обладнання будівлі, а капітальний – необхідністю в разі фактичного зносу будівлі.

Основним документом, що дає можливість зорієнтуватися при

розмежуванні робіт на ті, які належать до поточного ремонту, і на ті, що належать до ремонту капітального, є Примірний перелік послуг з утримання будинків і споруд та прибудинкових територій та послуг з ремонту приміщень, будинків, споруд, затверджений наказом Держкомітету з питань ЖКГ від 10.08.2004 р. № 150 «Про затвердження Примірного переліку послуг з утримання будинків і споруд та прибудинкових територій та послуг з ремонту приміщень, будинків, споруд». Орієнтуючись на цей перелік робіт, що виконуються під час проведення поточного та капітального ремонтів, можна визначитися, до якого виду ремонту (поточного чи капітального) належатимуть заплановані роботи.

Дані щодо орієнтовної потреби у фінансуванні на будівництво амбулаторій наведені у *додатку 2*.

Дані для визначення орієнтовної потреби в коштах на оснащення амбулаторій, які потрібно збудувати для досягнення нормативу у 2014 р., наведені у *додатках 3, 4*.

Джерелами фінансування будівництва/реконструкції амбулаторій та оснащення/дооснащення медичним обладнанням, комп'ютерною технікою і автоматизованими робочими місцями, легковими автомобілями амбулаторій ЗП-СМ можуть бути кошти:

– місцевих бюджетів за рішенням відповідних місцевих органів влади згідно із положеннями статті 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні»;

– державного фонду регіонального розвитку. Відповідно до Порядку підготовки, оцінки та відбору інвестиційних програм (проектів), що можуть реалізуватися за рахунок коштів державного фонду регіонального розвитку, переліки об'єктів і заходів формують Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міська держадміністрації, та подають Мінекономрозвитку для проведення конкурсного відбору;

– перерозподілені шляхом скорочення непершочергових та неефективних видатків, спрямування нерозподіленого обсягу вільного залишку коштів для фінансування витрат, пов'язаних з функціонуванням закладів охорони здоров'я;

– субвенцій (міжбюджетних трансфертів) місцевим бюджетам з державного бюджету для використання з певною метою в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України, який прийняв рішення про надання субвенції.

Визначення потреби у будівництві/реконструкції амбулаторій ЗПСМ

Адміністративна-територіальна одиниця	Кількість населення в регіоні		Кількість амбулаторій																					
			станом на 01.09.2013 р.				з них таких, що знаходяться у аварійному стані і непридатні для експлуатації				необхідно збудувати всього нових амбулаторій для досягнення нормативу				необхідно збудувати замість аварійних і непридатних для експлуатації (із загального числа тих, що необхідно збудувати)									
	у сільській місцевості		у містах		Всього		у тому числі		всього		у тому числі		у т.ч. до кінця 2013 р.		у т.ч. 2014 р.		до кінця 2013 р.		у 2014 р.					
			у сільській місцевості				у містах				у сільській місцевості		у містах		у сільській місцевості		у містах		у сільській місцевості		у містах		у сільській місцевості	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	у сільській місцевості	всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)		у сільській місцевості	всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)		у сільській місцевості	всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)		у сільській місцевості	всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)		у сільській місцевості	всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)		у сільській місцевості	всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)	

Показник забезпеченості амбулаторіями на 10 тис. населення					
у сільській місцевості			у містах		
станом на 01.09.2013 р.	за планом на 31.12.2013 р.	за планом на 31.12.2014 р.	станом на 01.09.2013 р.	за планом на 31.12.2013 р.	за планом на 31.12.2014 р.
25	26	27	28	29	30

Орієнтовна потреба у фінансуванні на будівництво амбулаторій

Орієнтовна потреба у фінансуванні на будівництво амбулаторій у 2013–2014 рр.											
на будівництво нових амбулаторій, тис. грн						у т. ч. амбулаторій, що аварійні і не придатні для експлуатації, тис. грн					
до кінця 2013 р.			у 2014 р.			до кінця 2013 р.			у 2014 р.		
у сільській місцевості	у містах		у сільській місцевості	у містах		у сільській місцевості	у містах		у сільській місцевості	у містах	
	всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)		всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)		всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)		всього	у т.ч. у районних центрах (крім районних центрів, що є містами обласного підпорядкування)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Потреба в коштах на оснащення амбулаторій в сільській місцевості, які потрібно збудувати для досягнення нормативу у 2014 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Потреба в коштах																	
	в сільській місцевості																	
	медичне обладнання та інвентар, тис. грн.				автоматизовані робочі місця та комп'ютерна техніка, тис. грн	автомобілі легкові повнопривідні						автомобілі легкові						
	вартістю до 1 тис. грн		вартістю понад 1 тис. грн			у 2013 р.			у 2014 р.			у 2013 р.			у 2014 р.			
	у 2013 р	у 2014 р	у 2013 р	у 2014 р	у 2013 р	у 2014 р	кількість одиниць	орієнтовна вартість (тис. грн.)	сума (тис. грн.)	кількість одиниць	орієнтовна вартість (тис. грн.)	сума (тис. грн.)	кількість одиниць	орієнтовна вартість (тис. грн.)	сума (тис. грн.)	кількість одиниць	орієнтовна вартість (тис. грн.)	сума (тис. грн.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Потреба в коштах на оснащення амбулаторій містах – районних центрах, що не є містами обласного підпорядкування, які потрібно збудувати для досягнення нормативу у 2014 р.

Адміністративно-територіальна одиниця	Потреба в коштах																	
	містах – районних центрах, що не є містами обласного підпорядкування																	
	медичне обладнання та інвентар, тис. грн.				автоматизовані робочі місця та комп'ютерна техніка, тис. грн.	автомобілі легкові повнопривідні						автомобілі легкові						
	вартістю до 1 тис. грн		вартістю понад 1 тис. грн			у 2013 р.			у 2014 р.			у 2013 р.			у 2014 р.			
	у 2013 р	у 2014 р	у 2013 р	у 2014 р	у 2013 р	у 2014 р	кількість одиниць	орієнтовна вартість (тис. грн.)	сума (тис. грн.)	кількість одиниць	орієнтовна вартість (тис. грн.)	сума (тис. грн.)	кількість одиниць	орієнтовна вартість (тис. грн.)	сума (тис. грн.)	кількість одиниць	орієнтовна вартість (тис. грн.)	сума (тис. грн.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Частина 3

Рекомендації з формування плану перепідготовки лікарів

Формування плану перепідготовки лікарів здійснюється з урахуванням уточненого перспективного Плану підготовки кадрів для реформ у сфері медицини у пілотних регіонах до 2015 р. (для забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги), затвердженого МОЗ України 19 вересня 2011 р.; Перспективного плану підготовки та перепідготовки лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» на період до 2015 р. (для забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги), затвердженого МОЗ України 15 лютого 2012 року.

Інформація щодо укомплектованості лікарями загальної практики – сімейними лікарями вноситься у таблицю (табл. 3.1). Аналіз та розробка перспективного плану підготовки та перепідготовки лікарів проводиться на рівні ЦПМСД з подальшим поданням інформації до ДОЗ ОДА (міських ДА мм. Києва та Севастополя) для формування проекту перспективного плану на плановий рік у регіоні.

Таблиця 3.1. Інформація щодо показника укомплектованості лікарями загальної практики – сімейними лікарями (назва закладу)

Укомплектування ЛЗПСЛ станом на 31 грудня поточного року			Планується підготувати ЛЗПСЛ у плановому році			Очікується показник укомплектування ЛЗПСЛ станом на 31 грудня планового року		
штатних посад	фізичних осіб	% укомплектування	в інтернаті	шляхом перепідготовки (спеціалізації)	% укомплектування	штатних посад	фізичних осіб	% укомплектування

При формуванні плану перепідготовки лікарів враховується положення пп. 46, 74 наказу МОЗ України від 07.12.1998 р. № 346 (у редакції наказу МОЗ України від 07.02.2012 р. № 90) (табл. 3.2).

Таблиця 3.2. Термін підготовки спеціалістів

Індекс	Назва спеціальності та циклів	Контингент курсантів	Тривалість навчання, у місяцях
46.	Загальна практика – сімейна медицина		
46.1.	Спеціалізація	Лікарі, які закінчили інтернатуру за однією із спеціальностей «лікувальна справа» або педіатричного профілю	6 – очна, 12 – заочна
		б) Лікарі-педіатри дільничні	4 – очна, 2 – заочна
		в) Лікарі-терапевти дільничні	4 – очна 2 – заочна

Індекс	Назва спеціальності та циклів	Контингент курсантів	Тривалість навчання, у місяцях
46.2.	Тематичні цикли:	Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, терапевти, педіатри	0,25–1,5
46.3.	Передатестаційний цикл	Лікарі загальної практики – сімейні лікарі	1
46.4.	Курси інформації і стажування	Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, терапевти, педіатри	0,25–1
74.	Організація і управління охороною здоров'я		
74.1.	Спеціалізація	Лікарі, які закінчили інтернатуру за будь-якою спеціальністю медичного профілю і плануються до зарахування на посади головних лікарів та їхніх заступників закладів охорони здоров'я, що надають первинну лікувально-профілактичну допомогу, керівників та їхніх заступників усіх інших закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності, плануються до зарахування на посади лікарів-методистів, лікарів-статистиків	2
74.2.	Тематичні цикли:		0,25–1
74.3.	Передатестаційний цикл		1
74.4.	Курси інформації і стажування		0,25–1

Дані щодо потреби коштів на забезпечення проведення перепідготовки лікарів/молодших спеціалістів з медичною освітою (табл. 3.3.).

Таблиця 3.3. Зведені дані щодо визначення потреб

№ з/п	Потреби у підготовці та перепідготовці персоналу	Потреба на 2014 рік	Оціночна вартість, грн. (визначається як добуток вартості підготовки та чисельності осіб, що її потребують)
1.	Чисельність лікарів, які потребуватимуть підвищення кваліфікації (вказати, за якими напрямками, і кількість на 2014 рік)		
2.	у т.ч. ТУ (тематичного удосконалення)		
3.	ПАЦ (передатестаційних циклів)		
4.	Курси інформації і стажування		
Всього			
5.	За іншими напрямками (вказати спеціалізацію)		
Всього			
6.	Чисельність молодших спеціалістів з медичною освітою, які потребуватимуть підвищення кваліфікації (вказати, за якими напрямками, і кількість на 2014 рік)		
7.	у т.ч. ТУ (тематичного удосконалення)		
8.	ПАЦ (передатестаційних циклів)		
Всього			

Частина 4

Завдання щодо підготовки програм «місцевих стимулів»

Програма місцевих стимулів для медичних працівників містить наступну інформацію:

1. Назва програми.
2. Правове забезпечення програми.
3. Розробник програми.
4. Співрозробники.
5. Відповідальний виконавець.
6. Термін реалізації програми.
7. Перелік бюджетів, які беруть участь у виконанні програми.
8. Загальний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації

програми, – всього _____ тис. грн, у тому числі:

- кошти районного/міського/обласного бюджету – _____ тис. грн,
- кошти державного бюджету – _____ тис. грн,
- інші джерела (вказати) – _____ тис. грн.

Програма місцевих стимулів для медичних працівників має містити наступні розділи:

I. Проблеми, на розв'язання яких спрямована Програма, та обґрунтування необхідності їх розв'язання (наводиться обґрунтування актуальності програми, стан забезпечення медичними кадрами, соціального захисту медичних працівників та підняття престижу їхньої праці, матеріально-технічного забезпечення тощо).

II. Мета Програми (наприклад, додаткове стимулювання медичних працівників щодо підвищення якості та ефективності надання доступних медичних послуг, наближення кваліфікованої медичної допомоги до кожного жителя).

III. Основні завдання Програми (наприклад, забезпечення закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, висококваліфікованими лікарями та середнім медичним персоналом; підвищення соціального захисту медичних працівників, ефективне використання наявних фінансових та кадрових ресурсів, спрямоване на підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги).

IV. Шляхи та способи розв'язання проблеми (приклад заходів наводиться нижче).

Для досягнення визначеної Програмою мети необхідно:

1. Проведення профорієнтаційної роботи з випускниками загальноосвітніх навчальних закладів щодо скерування їх на навчання до вищих медичних навчальних закладів.

2. Проведення роботи щодо скерування випускників медичних закладів на роботу в лікарню.

3. Придбання службового житла для забезпечення фахівців (забезпечення мобільним зв'язком, оплати проїзду, надання альтових кредитів для будівництва/придбання житла/земельних ділянок тощо).

4. Здійснення роботи щодо підвищення кваліфікації медичних працівників.

V. Фінансове забезпечення виконання Програми (Наприклад, фінансування Програми здійснюється в межах видатків, передбачених у _____ бюджеті, а також за рахунок інших джерел, не заборонених чинним законодавством України. Забезпечення медичних працівників житлом передбачається шляхом надання службового житла тощо).

Примітка. Орієнтовний обсяг фінансування програми визначається щорічно, виходячи з конкретних завдань та наявності коштів.

VI. Строки виконання Програми.

VII. Організація управління та контролю за ходом виконання Програми (визначається відповідальний за виконання, наприклад комісія відповідної ради з охорони здоров'я тощо).

VIII. Очікувані результати виконання Програми, визначення її ефективності (вказати, які результати очікуються, та індикатори виконання).

Примірна форма заходів Програми «місцевих стимулів» наведена у таблиці 4.1.

Таблиця 4.1. Примірна форма заходів Програми «місцевих стимулів»

Зміст заходів Програми з виконання завдання	Відповідальні за виконання	Строки виконання	Вид бюджету	Орієнтовні обсяги фінансування виконання, тис. грн.
1. Забезпечення службовим житлом медичних працівників				
2. Надання пільг з комунальних послуг медичним працівникам, які проживають у сільській місцевості та селищі міського типу, відповідно до законодавства				
3. Надання медичним працівникам матеріальної допомоги на оздоровлення в розмірі посадового окладу при виході в чергову відпустку				
4. Матеріальне заохочення медичних працівників до професійних свят (Дня медичного працівника, Дня медичної сестри)				
5. Перепідготовка медичних працівників				
Вказуються інші заходи				

Частина 5

Моніторинг ефективності використання бюджетних коштів

Відповідно до Бюджетного кодексу, на всіх стадіях бюджетного процесу його учасники в межах своїх повноважень здійснюють оцінку ефективності бюджетних програм, що передбачає заходи з моніторингу, аналізу та контролю за цільовим та ефективним використанням бюджетних коштів.

Моніторинг є безперервним процесом збору даних про видатки та показники виконання програми, що досягаються в ході її реалізації. Мета моніторингу полягає в оперативному управлінні бюджетною програмою в ході її реалізації.

У бюджетному процесі, орієнтованому на результат, моніторинг використовується як інструмент відстеження процесу провадження програми, виявлення відхилень планових показників від поточних показників виконання.

Моніторинг реалізації бюджетної програми передбачає аналіз ефективності використання бюджетних коштів, шляхів досягнення поставленої мети, завдань, напрямів та інших результативних показників програми.

Основними завданнями моніторингу є об'єктивність оброблення інформації про хід виконання програми та забезпечення ефективного використання коштів.

Моніторинг проводиться шляхом збору даних, що забезпечують отримання результатів моніторингу; аналізу отриманих у процесі моніторингу даних; підготовки результатів моніторингу.

Дизайн проведення моніторингу:

1. Підготовчий етап: здійснення низки заходів, спрямованих на підготовку проведення моніторингу (підготовка інструментарію моніторингу, робочого плану проведення, формування моніторингової групи).
2. Проведення моніторингу.
3. Аналіз результатів: систематизація отриманої внаслідок реалізації попереднього етапу інформації, узагальнення результатів.
4. Розробка рекомендацій.

До завдань моніторингу програм належать такі:

- перевірка фінансування визначених завдань, у тому числі ефективності використання бюджетних коштів;
- визначення стану реалізації запланованих завдань і заходів бюджетної програми;
- уточнення чи перегляд переліку і ресурсного забезпечення заходів програми, механізмів їх реалізації;
- уточнення прогнозних даних для показників реалізації програми;
- відстеження змін, у тому числі нормативно-правової бази;
- звітування перед громадськістю.

Структура моніторингу формується на етапі розроблення бюджетної програми, зокрема розробки її логічної моделі (форма 1 збору інформації наводиться у таблиці 5.1).

Таблиця 5.1. Форма 1. Структура логічної схеми бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню»

Складові програми	Результативні показники	Джерела даних для показників	Припущення щодо факторів ризику (що перебувають поза контролем головного розпорядника бюджетних коштів/розпорядника нижчого рівня)
Мета	затрат		
Завдання	продукту		
	ефективності		
	якості		

Структура моніторингу складається з таких елементів:

- показники для моніторингу, періодичність їх збору (дані вносяться у форму 2) (табл. 5.2);
- дані для аналізу даних (дані вносяться у форму 3) (табл. 5.3).

Таблиця 5.2. Форма 2. Форма збору даних для показників моніторингу бюджетної програми

№ з/п	Назва завдання бюджетної програми	Назва показника	Одиниця виміру	Джерело даних	Періодичність подання даних	Терміни подання даних	Фактичне значення показника у ___ році	Метод збору даних	Відповідальний за подання даних

Таблиця 5.3. Форма 3 Форма аналізу даних

№ з/п	Назва завдання бюджетної програми	Назва показника	Одиниця виміру	Базове значення ___ рік	Фактичне значення ___ рік	Співвідношення між базовим та фактичним значенням

Показники для моніторингу бюджетної програми добираються на основі дотримання таких основних вимог:

- незначна кількість для кожного із завдань, яка збільшується за умови переходу на інший рівень моніторингу заходів;
- релевантність, тобто відповідність реальним проблемам у наданні первинної медичної допомоги в регіоні;

- репрезентативність;
- доступність даних, що означає їх збір у рамках існуючих систем державної статистики, управлінської звітності, вивчення громадської думки, наявності ресурсів для їх збору в рамках процесу моніторингу;
- можливість періодичного визначення через короткі проміжки часу;
- вимірюваність, тобто можливість виразу у звичайних числах або відсотках;
- легкість тлумачення показників для аналізу та прийняття рішень.

Встановлення безпосереднього зв'язку між виділенням бюджетних коштів та результатами їх використання, підвищення ефективності розподілу і використання бюджетних коштів здійснюється шляхом застосування елементів програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги відповідно до положень наказів Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства фінансів України від 21.09.2012 р. № 728/1015 «Про затвердження 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», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 25.09.2012 р. за № 1650/21962, від 26.05.2010 р. № 283/437 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 17.06.2010 р. за № 403/17698.

Методичні підходи до здійснення оцінки ефективності бюджетних програм для головних розпорядників та інших учасників бюджетного процесу визначені у методичних рекомендаціях, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 17.05.2011 №608 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо здійснення оцінки ефективності бюджетних програм».

Оцінка ефективності бюджетних програм – це комплексний аналіз використання бюджетних коштів та досягнутих результатів у процесі реалізації бюджетних програм, що здійснюється за результатами виконання бюджетних програм за рік.

Оцінка ефективності бюджетних програм здійснюється на підставі аналізу результативних показників бюджетних програм, а також іншої інформації, що міститься у бюджетних запитах, кошторисах, паспортах бюджетних програм, звітах про виконання кошторисів, звітах про виконання паспортів бюджетних програм.

Для оцінки ефективності бюджетних програм можуть використовуватись офіційна державна статистична, фінансова та інша звітність, дані бухгалтерського, статистичного та внутрішньогосподарського (управлінського) обліку, інформація про результати контрольних заходів тощо.

Оцінка ефективності бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» (номер бюджетної програми згідно з Кодифікатором (БП № 231), код тимчасової класифікації видатків та кредитування місцевих бюджетів (КТКВК) 080800, код бюджетної підпрограми (КБП) 2310, код функціональної класифікації, що відповідає цьому коду (КФК) 0726) здійснюється шляхом аналізу:

- відповідності бюджетної програми пріоритетному розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини;

- відповідності бюджетної програми плану діяльності головного розпорядника на плановий та наступні за плановим два бюджетні періоди;

- відповідності бюджетної програми нормативно-правовим актам, на підставі яких передбачається її виконання;

- мети, завдань бюджетної програми та напрямів використання бюджетних коштів на предмет реалістичності та доцільності їх виконання у плановому бюджетному періоді, їх спрямованості на досягнення певного результату;

- результативних показників бюджетної програми, яких передбачається досягти при виконанні бюджетної програми в плановому бюджетному періоді, щодо їх відповідності меті та завданням бюджетної програми;

- фактичних результатів виконання бюджетної програми за попередні бюджетні періоди;

- зобов'язань та стану розрахунків за ними.

Результативність реалізації бюджетної програми та оцінювання ефективності виконання її заходів визначаються на основі кількісних та якісних показників – результативних показників програми, які поділяються на групи: показники витрат, продукту, ефективності і якості. Показники витрат характеризують обсяги і структуру ресурсів, що забезпечують виконання бюджетної програми. Для бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» показниками **витрат** є *кількість штатних посад, у тому числі лікарів, які надають первинну допомогу*.

Показники **продукту** використовуються для оцінки досягнення поставлених цілей. Зокрема такими показниками є *кількість прикріпленого населення; кількість пролікованих хворих*, тобто чисельність користувачів конкретними суспільними благами, наданими у процесі виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню».

Показники **якості** відображають якість наданої первинної медичної допомоги: *забезпечення повноти охоплення профілактичними щепленнями (%); динаміка виявлених візуальних форм онкозахворювань у занедбаних стадіях (%); динаміка виявлених випадків туберкульозу в занедбаних стадіях (%). Ці показники розраховуються темп зростання (збільшення +/зменшення) поточного рівня показника порівняно з рівнем попереднього періоду*.

Показники ефективності визначаються як співвідношення числа

наданих послуг до їх вартості у грошовому чи людському вимірі (витрати ресурсу на одиницю показника продукту). Зокрема це *кількість прикріпленого населення на одного лікаря, який надає первинну допомогу; середня кількість відвідувань на одного лікаря.*

При складанні бюджетних програм перелік завдань та результативних показників може бути уточнений і розширений у частині здійснення заходів/реалізації проектів з енергозбереження, придбання обладнання і предметів довгострокового користування, проведення капітального ремонту (приклад наведено у таблиці 5.4).

Таблиця 5.4. Завдання та результативні показники, які включаються до будь-якої бюджетної програми (за умови планування та здійснення відповідних видатків за даною бюджетною програмою)

Завдання 1	Результативні показники (формується залежно від виду заходу та визначаються у розрізі цих заходів)
Здійснення заходів/реалізація проектів з енергозбереження	<p>Показники продукту: кількість одиниць обладнання, яке планується встановити, одиниць; або: площа приміщень, яку планується утеплити, м²; кількість заходів з енергозбереження, одиниць.</p> <p>Показники ефективності: середні витрати на придбання і встановлення одиниці обладнання, тисяч гривень; або: середні витрати на утеплення 1 м² приміщення, тисяч гривень; або: середні витрати на проведення одного заходу з енергозбереження, тисяч гривень.</p> <p>Показники якості: динаміка споживання комунальних послуг та енергоносіїв (у % до спожитого обсягу у базовому році); (базовий рік – рік, який передує року здійснення заходів з енергозбереження); обсяг річної економії бюджетних коштів на оплату комунальних послуг та енергоносіїв внаслідок реалізації заходів з енергозбереження, тисяч гривень</p>
Завдання 2	Результативні показники
Придбання обладнання і предметів довгострокового користування	<p>Показники продукту: кількість одиниць придбаного обладнання, одиниць.</p> <p>Показники ефективності: середні видатки на придбання одиниці обладнання, тисяч гривень.</p> <p>Показники якості: економія коштів за рік, що виникла за результатами впровадження в експлуатацію придбаного обладнання, тисяч гривень</p>
Завдання 3	Результативні показники
Проведення капітального ремонту	<p>Показники продукту: кількість об'єктів, що планується відремонтувати, одиниць; або:</p>

	<p>метраж об'єктів, що планується відремонтувати м², (п. м, км).</p> <p>Показники ефективності: середня вартість ремонту одного об'єкта, тис. грн; або: середня вартість ремонту 1 м⁻², (п. м, км), гривень.</p> <p>Показники якості: питома вага відремонтованих об'єктів у загальній кількості об'єктів, що потребують ремонту, %; або: питома вага відремонтованої площі у загальній площі, що потребує ремонту, %; зміна окремих експлуатаційних характеристик відремонтованого об'єкта відповідно до конкретної проектно-кошторисної документації</p>
--	--

Моніторинг та оцінка ефективності бюджетної програми проводиться за наступними критеріями:

1. Виконання бюджетної програми за напрямами використання бюджетних коштів (табл. 5.5).

Таблиця 5.5.

(тис. грн.)

№ з/п	Показник	План з урахуванням змін			Виконано			Відхилення		
		загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом
1.	Видатки (надані кредити)									
Пояснення щодо причин відхилення касових видатків (наданих кредитів) від планового показника										
	в т.ч.									
1.	Напрямок використання бюджетних коштів									
Пояснення причин відхилення касових видатків (наданих кредитів) за напрямом використання бюджетних коштів від планового показника										
1.	Напрямок використання бюджетних коштів									
Пояснення причин відхилення касових видатків (наданих кредитів) за напрямом використання бюджетних коштів від планового показника										
1.	...									
3										

2. «Виконання бюджетної програми за джерелами надходжень спеціального фонду» (табл. 5.6).

Таблиця 5.6.

(тис. грн.)

№ з/п	Показник	План з урахуванням змін			Виконано			Відхилення		
1.	Залишок на початок року	x						x		
	в т.ч.									
1.1	власних надходжень	x						x		
1.2	інших надходжень	x						x		
Пояснення причин наявності залишку надходжень спеціального фонду, в т.ч. власних надходжень бюджетних установ та інших надходжень, на початок року										
2.	Надходження									
	в т.ч.									
2.1	власні надходження									
2.2	надходження позик									
2.3	повернення кредитів									
2.4	інші надходження									
Пояснення причин відхилення фактичних обсягів надходжень від планових										
3.	Залишок на кінець року	x								
	в т.ч.									
3.1	власних надходжень	x								
3.2	інших надходжень	x								
Пояснення причин наявності залишку надходжень спеціального фонду, в т.ч. власних надходжень бюджетних установ та інших надходжень, на кінець року										

3. Виконання результативних показників бюджетної програми за напрямками використання бюджетних коштів (табл. 5.7).

Таблиця 5.7.

(тис. грн.)

№ з/п	Показник	Затверджено паспортом бюджетної програми			Виконано			Відхилення		
		загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом
<i>Напрямок використання бюджетних коштів*</i>										
1.	Затрат									
	кількість штатних посад, одиниць;									
	у тому числі лікарів, які надають первинну допомогу, одиниць									
Пояснення щодо розбіжностей між фактичними та плановими результативними показниками										
2.	Продукту									
	кількість прикріпленого населення, осіб									
	кількість пролікованих хворих, тисяч осіб									

№ з/п	Показник	Затверджено паспортом бюджетної програми			Виконано			Відхилення		
		загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом
Пояснення щодо розбіжностей між фактичними та плановими результативними показниками										
3.	Ефективності									
	<i>кількість прикріпленого населення на 1 лікаря, який надає первинну допомогу, одиниць</i>									
	<i>середня кількість відвідувань на 1 лікаря, одиниць</i>									
Пояснення щодо розбіжностей між фактичними та плановими результативними показниками										
4.	Якості									
	<i>забезпечення повноти охоплення профілактичними щепленнями, %</i>									
	<i>динаміка виявлених візуальних форм онкозахворювань у занедбаних стадіях, %;</i>									
	<i>динаміка виявлених випадків туберкульозу у занедбаних стадіях, %</i>									
Пояснення щодо розбіжностей між фактичними та плановими результативними показниками										
Оцінка відповідності фактичних результативних показників проведеним видаткам за напрямом використання бюджетних коштів, спрямованих на досягнення цих показників										
<i>Напрямок використання бюджетних коштів</i>										
	...									

***Примітка.** Зазначаються усі напрями використання бюджетних коштів, затверджені паспортом бюджетної програми.

4. Виконання показників бюджетної програми порівняно із показниками попереднього року (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

№ з/п	Показник	Попередній рік			Звітний рік			Відхилення виконання (%)		
		загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом
	Видатки (надані кредити)									
Пояснення щодо збільшення (зменшення) обсягів проведених видатків (наданих кредитів) порівняно із аналогічними показниками попереднього року										
	в т.ч.									
	Напрямок використання бюджетних коштів									
Пояснення щодо збільшення (зменшення) обсягів проведених видатків (наданих кредитів) за напрямом використання бюджетних коштів порівняно із аналогічними показниками попереднього року, а також щодо змін у структурі напрямів використання коштів										
1.	Затрат									
	кількість штатних посад, одиниць									
	у тому числі лікарів, які надають первинну допомогу, одиниць									
2.	Продукту									
	кількість прикріпленого населення, осіб									
	кількість пролікованих хворих, тисяч осіб									
3.	Ефективності									
	кількість прикріпленого населення на 1 лікаря, який надає первинну допомогу, одиниць									
	середня кількість відвідувань на 1 лікаря, одиниць									
4.	Якості									
	забезпечення повноти охоплення профілактичними щепленнями, %									
	динаміка виявлених візуальних форм									

№ з/п	Показник	Попередній рік			Звітний рік			Відхилення виконання (%)		
		загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом	загальний фонд	спеціальний фонд	разом
	онкозахворювань у занедбаних стадіях, %;									
	динаміка виявлених випадків туберкульозу у занедбаних стадіях, %									
Пояснення щодо динаміки результативних показників за відповідним напрямом використання бюджетних коштів										
	Напрямок використання бюджетних коштів									

5. Наявність фінансових порушень за результатами контрольних заходів:

6. Стан фінансової дисципліни:

Критерій ефективності витрат на виконання бюджетної програми за результативними показниками можна подати у вигляді:

$$E = \frac{R}{T}$$

E – показник ефективності реалізації бюджетної програми;

R – результати від виконання бюджетної програми

T – витрати, необхідні на виконання бюджетної програми.

Підвищення ефективності бюджетних програм може здійснюватися двома основними способами:

– по-перше, шляхом зниження (економії) запланованої суми коштів. У цьому випадку найефективнішим може бути варіант витрачання бюджетних коштів, за якого мінімізуються витрати на досягнення заздалегідь визначеного результату, тобто мають дотримуватися такі умови: $R=const$, $T \rightarrow min$.

– по-друге, підвищення ефективності виконання бюджетної програми може базуватися на такій умові: $R=max$, $T=const$.

Оцінка ефективності бюджетних програм здійснюється у відповідності до Методики здійснення порівняльного аналізу ефективності бюджетних програм, які здійснюються розпорядниками коштів місцевих бюджетів, розробленою Міністерством фінансів України спільно з Інститутом бюджету та соціально-економічних досліджень (лист Міністерства фінансів України

від 13.02.2013 №31-05010-14-8/4651).

Порівняльний аналіз ефективності базується на основі середніх індексів виконання результативних показників цієї бюджетної програми. Для їх розрахунку використовуються **показники ефективності та якості**, що характеризують її виконання.

Порівняльний аналіз проводиться шляхом порівняння фактичних ефективності та якості показників виконання програми із запланованими на звітний бюджетний період.

Розрахунок **середнього індексу виконання показників ефективності** бюджетної програми проводиться за формулою:

$$I_{(ef)} = \sum \frac{\Pi_{(ef)i_{факт}}}{\Pi_{(ef)i_{план}}} \div z_{(ef)} \times 100,$$

$$\sum \frac{\Pi_{(ef)i_{факт}}}{\Pi_{(ef)i_{план}}} - \text{сума співвідношень фактичних та планових значень}$$

всіх показників ефективності, що входять до бюджетної програми;

$z_{(ef)}$ - кількість показників ефективності бюджетної програми.

Розрахунок **середнього індексу виконання показників якості** бюджетної програми проводиться за формулою:

$$I_{(ef)} = \sum \frac{\Pi_{(як)i_{факт}}}{\Pi_{(як)i_{план}}} \div z_{(як)} \times 100,$$

$$\sum \frac{\Pi_{(як)i_{факт}}}{\Pi_{(як)i_{план}}} - \text{сума співвідношень фактичних та планових значень}$$

всіх показників якості, що входять до бюджетної програми;

$z_{(як)}$ - кількість показників якості бюджетної програми.

При проведенні розрахунків результативності бюджетної програми із показниками попередніх періодів використовується середній індекс виконання показників ефективності бюджетної програми (\bar{I}_1) за формулою:

$$\bar{I}_1 = \frac{\bar{I}_{(ef)_{звіт}}}{\bar{I}_{ef_{баз}}},$$

$звіт, баз$ - підпорядковані індекси, що характеризують величини відповідного звітного та попереднього бюджетних періодів.

$I_{(еф)}^-$ – середній індекс виконання показників ефективності бюджетної програми, розрахований за вищенаведеною формулою.

Для розрахунку кількості набраних балів за параметром порівняння результативності бюджетної програми із показниками попередніх періодів використовується наступна шкала (табл. 5.9):

Таблиця 5.9.

Критерій оцінки	Кількість балів
$\bar{I}_1 < 0,85$	0
$0,85 \leq \bar{I}_1 < 1$	15
$\bar{I}_1 \geq 1$	25

При розрахунку за вищенаведеним алгоритмом для усіх показників-дестимуляторів (*результативні показники, для яких перевиконання планових значень має негативний ефект на результативність програми (наприклад, смертність, втрати енергоресурсів, затрати на проведення одного заходу)*)

потрібно використовувати обернене значення ($\frac{\Pi_{i\text{план}}}{\Pi_{i\text{факт}}}$).

Якщо при розрахунках фактичні значення показника значно

перевищують запланований показник ($\frac{\Pi_{i\text{план}}}{\Pi_{i\text{факт}}} \geq 1,3$), тоді такий

коефіцієнт враховується тільки за умови детального аналізу та обґрунтування того, що це відбулося не через зниження планового показника. В іншому випадку такий показник не береться до уваги при розрахунках.

Загальна ефективність бюджетної програми "Первинна медична допомога населенню" визначається за формулою:

$$E = \bar{I}_{(еф)} + \bar{I}_{(як)} + \bar{I}$$

$\bar{I}_{(еф)}$ – середній індекс виконання показників ефективності бюджетної програми;

$\bar{I}_{(як)}$ – середній індекс виконання показників якості бюджетної програми;

\bar{I} – порівняння результативності бюджетної програми із показниками попередніх періодів.

Ефективність бюджетної програми «Первинна медична допомога» визначається на основі порівняння суми набраних балів за кожним з параметрів оцінки за вищезазначеною шкалою оцінки.

Шкала оцінки ефективності бюджетної програми «Первинна медична

допомога» складається з трьох ступенів (табл. 5.10.):

Таблиця 5.10.

Ефективність бюджетної програми	Кількість балів (пропонована шкала)
Висока ефективність програми	215 і більше балів
Середня ефективність програми	190–215 балів
Низька ефективність програми	менше 190 балів

У випадку, коли бюджетна програма (окремі її завдання) не містять групи результативних показників ефективності та якості, та за умови відсутності даних по бюджетній програмі за попередні бюджетні періоди, загальна шкала аналізу ефективності бюджетної програми повинна коригуватися. Відсутність даних для розрахунку кожного з параметрів оцінки зменшує відповідне значення шкали ефективності програми на 100 балів (для $\bar{I}_{(ef)}$, $\bar{I}_{(як)}$) або 25 балів (для \bar{I}).

У випадках, коли бюджетна програма за результатами аналізу має низьку ефективність (менше 190 балів) необхідно:

– провести поглиблений аналіз за усіма результативними показниками бюджетної програми (показники затрат, продукту, ефективності та якості) у розрізі кожного завдання окремо;

– провести аналіз факторів, що мали негативний, які мали негативний вплив на виконання бюджетної програми, вказавши:

внутрішні фактори (на які головний розпорядник/розпорядник нижчого рівня міг впливати);

зовнішні фактори (на які головний розпорядник/розпорядник нижчого рівня не міг впливати, включаючи факс-мажорні обставини);

– визначити причини, через які досягнуто запланованих результатів та надати обґрунтовані пропозиції щодо поліпшення результативних показників бюджетної програми.