

Д. В. Карамішев,

д. держ. упр., професор кафедри управління охороною суспільного здоров'я,  
ХарРІНАДУ при Президентіві України

В. І. Шевченко,

аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,  
ХарРІНАДУ при Президентіві України

## ДЕРЖАВНІ МЕХАНІЗМИ РЕГУЛЮВАННЯ РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЕКОНОМІЧНІЙ МОДЕЛІ РОЗПОДІЛУ ФІНАНСІВ

---

*У роботі автор пропонує перспективну модель розміщення фінансових ресурсів системи охорони здоров'я для аналізу механізмів державного управління. Вона базується на принципі дотримання оптимального балансу між соціальною і економічною ефективністю системи охорони здоров'я на трьох рівнях надання медичної допомоги. На основі запропонованої моделі проводиться аналіз впливу механізмів державного управління системи охорони здоров'я на надання медичних послуг.*

*In article the author offers perspective model of provider payment methods of health care systems for the analysis of mechanisms a state administration. It is based on a principle of an optimality of balance between social and economic efficiency of health care systems at three levels of rendering of medical aid. On the basis of the offered model the analysis of influence of mechanisms a state administration by health care systems on granting of medical services is carried out.*

---

*Ключові слова: модель, фінансові ресурси, механізми державного управління.*

*Key words: model, financial resources, mechanisms a state administration.*

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ

Розвиток системи охорони здоров'я як відкритої складної соціальної системи визначається наявністю численних відносин і дією багатьох чинників на макро- та мікрорівнях. У кожній країні історично складається і розвивається свій спосіб залучення і розміщення суспільних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість залучених ресурсів ефективність їх використання у сфері охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних суспільних відносин.

Аналіз сучасного стану вітчизняної системи охорони здоров'я свідчить про те, що її інтегральна ефективність в останні роки має тенденцію до зниження [8; 11; 15]. Некерований розвиток системи в умовах обмеженого фінансування приводить до значних диспропорцій у ресурсному забезпеченні та тягне за собою неефективне використання організаційно-управлінських, матеріально-технічних, кадрових, фінансових та інших ресурсів [8]. Погіршення ситуації в системі охорони здоров'я, в першу чергу, пов'язують з економічними негараздами та соціальною кризою. На думку багатьох вчених, суперечності, які виникли в системі охорони здоров'я за останні роки, не можуть

бути розв'язані шляхом її удосконалення [6; 13]. На тлі негативних соціально-економічних процесів основною проблемою стає неефективність державного управління ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я.

Природа державного управління визначає модель суб'єктно-об'єктних залежностей державно-управлінських відносин і зумовлює їх об'єктивну основу — мету, структуру і функції. Тема пошуку нових підходів до вироблення дієвих механізмів державного управління ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я широко висвітлюється у науковій літературі [9; 13; 14]. В їх основі лежить переосмислення з сучасних позицій онтологічних елементів державного управління. Змістом нової парадигми є особлива форма соціальної взаємодії, яка виникає в умовах інформаційного суспільства. Вона зобов'язує розглядати у цілісності та взаємозв'язку будь-які зміни, які потрібні для збереження динамічної рівноваги [9]. Стосовно неї основною задачею ефективного управління ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я має стати створення системи стратегічного планування.

Стратегічне планування має безперечні переваги в керуванні процесом еволюційних змін системи охорони здоров'я, згідно з яким у реформуванні необхідна "поетапна трансформація і реструктуризація системи, а не шокова терапія" [4]. Воно дає можливість в основу стратегічного плану покласти цілісну перспективну з огляду на світові тенденції та водночас реалістичну, управлінську концепцію розвитку системи охорони здоров'я.

Проведення прогнозного аналізу є теоретичною передумовою появи управлінської концепції. Він передусє подіям впровадження стратегії у практику. З його допомогою можна передбачити наслідки змін, оцінити їх корисність і ефективність, з наукової точки зору визначити економічний ефект застосованих механізмів державного управління та намітити комплекс рекомендацій для формування політики чи розробки різних програм. Прогнозний аналіз складних соціальних систем має ряд особливостей. Вони пов'язані з високим ступенем нестабільності основних соціально-економічних показників, вирогідним кореляційним зв'язком між ними і неможливістю проведення експерименту. Відсутність експериментального підтвердження дієвості теоретичних побудов спонукає до моделювання реальних процесів і об'єктів. З іншого боку, багатоваріантність в умовах невизначеності й впливу додаткових чинників робить необхідним аналіз різних сценаріїв розвитку системи охорони здоров'я. Вибір кращого з них також проводиться на основі моделювання і системного аналізу.

Для розробки стратегії державного управління ресурсним забезпеченням системи охорони здоров'я широко застосовуються економічні моделі. Вони, описуючи економічні явища, процеси і об'єкти, відволікаючись від другорядних деталей, покликані з максимальною точністю відобразити суть феномена управління. Проте, не дивлячись на значні успіхи проведених досліджень, побудова прийнятної для цих

цілей прогнозової економічної моделі системи охорони здоров'я залишається складною теоретичною проблемою.

## АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Світові системи охорони здоров'я мають фінансову сторону (збір коштів), виробничу сторону (надання медичних послуг) і механізм розміщення (розподіл доходу з фінансової сторони на виробничу) [11]. Дані три компоненти є базовими, бо вони включають ключові елементи: фінансування і надання медичних послуг. Їх об'єднує управлінська підсистема [3; 13]. У доступній літературі широко аналізуються всі три сторони системи охорони здоров'я. Частіше пошук науковців направлений на виділення і вивчення найбільш важливої із сторін для подальшого розвитку системи. Актуальним вважається переважний вплив з боку держави на неї. До цього спонукає обмеженість ресурсів і позитивна загальноєвропейська практика етапності проведення реформ.

Головним чинником розвитку системи охорони здоров'я будь-якої країни, за твердженням ряду авторів, є джерела фінансування. Так, Пилипцевич Н.Н. [10] відзначає, що успіх реформування охорони здоров'я, досягнення прийнятного рівня медичної допомоги і показників здоров'я населення багато в чому визначаються правильністю вибраної моделі фінансування, адекватною соціально-економічним і політичним умовам. Як свідчить досвід інших країн, для раціонального використання суспільних ресурсів необхідне оптимальне співвідношення трьох секторів охорони здоров'я: приватного, страхового і державного [14]. В роботі Головніна Н.У. проводиться аналіз економічних моделей систем охорони здоров'я з різних точок зору [2]. Автор відмічає, що існує чималий розкид можливих схем фінансування. Він вказує на зв'язок між схемою фінансування та інтегральною ефективністю системи охорони здоров'я. Кожна з економічних моделей, на думку автора, володіє своїми недоліками і перевагами. Все залежить від конкретних умов, у яких вона запроваджується. Як більш вдалу він характеризує страхову модель з багатоканальною системою фінансування. Розподіл фінансування за трьома секторами охорони здоров'я в ній відбувається наступним чином:

- Німеччина — 70% страховий, 15% державний, 15% приватний сектори;
- Японія — 70% страховий, 10% суспільні фонди, 20% приватний сектори;
- Франція — 70% страховий, 10% державний, 20% приватний.

Логічно витікає висновок про те, що в країнах з ефективною системою охорони здоров'я страховий сектор займає 70% всього обсягу фінансування.

Аналіз, проведений Виноградовим О.В. з співавт. загалом підтверджує висновки інших дослідників щодо ефективності системи охорони здоров'я [1]. Велике значення, на їх думку, також має схема фінансування. Вони підкреслюють факт відсутності тісного зв'язку ефективності системи охорони здоров'я від

величини країни, чисельності населення та стану економіки.

Вивчаючи особливості фінансової сторони систем охорони здоров'я пострадянських країн, автори відзначають, що меншою ефективність характеризуються системи охорони здоров'я з високим рівнем приватних платежів. Системи охорони здоров'я Казахстану і Киргизстану побудовані на страхових засадах. Країни мають відносно однакові морально-етичні суспільні відносини, економічні і політичні системи. Частка ВВП, що виділяється на фінансування системи охорони здоров'я в Казахстані, становить 2,63%, а в Киргизстані — 2,2%. В системі охорони здоров'я Казахстану 90% залучених фінансів приходиться на державно-страховий сектор і лише 10% на приватний. У Киргизстані 50% займає державно-страхового сектор і 50% — приватний. За рейтингу ООН, який оцінює наслідки діяльності систем охорони здоров'я в різних країнах, ефективність діяльності системи охорони здоров'я Киргизстану значно нижча, ніж в Казахстані. Збільшенням приватного сектора в фінансуванні приводить до зменшення ефективності страхових моделей систем охорони здоров'я.

Реально існуюча на сьогоднішній день модель фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я досліджувалась з різних точок зору багатьма вченими [5; 6; 7; 16]. Поширеною є думка проте, що важко визначити, до якої з відомих побудов можна віднести національну систему охорони здоров'я [8]. Офіційні статистичні данні в ряді випадків відрізняються від даних, отриманих дослідним шляхом. Узагальнюючи інформацію, отриману з різних джерел, можна стверджувати, що система охорони здоров'я фінансується за рахунок прямих платежів населення від 50% до 75%, а з державного бюджету на 45% — 25% [7; 8; 12]. Рівні надання спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги фінансуються за рахунок бюджету значно більше, ніж рівень первинною медико-санітарної допомоги. Страхові кошти у фінансуванні системи охорони здоров'я займають від 2% до 3% [6; 8]. Вони загалом концентруються на вторинному рівні надання медичної допомоги [8; 16]. Такий розподіл фінансових ресурсів супроводжує негативні тенденції в системі охорони здоров'я, які пов'язані з великим ступенем централізації управління, недостатнім розвитком горизонтальних зв'язків на кожному з рівнів управляючої інфраструктури, порушенням принципу раціональності прийняття управлінського рішення, заглибленням диспропорцій ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я і зниженням ефективності їх використання [3; 9].

Із огляду останніх досліджень очевидне те, що в доступній літературі частіше аналізуються питання збору коштів. Більшість авторів у якості прогнозованої економічної моделі використовує модель фінансування системи охорони здоров'я. Проведений аналіз доводить, що прогнозна фінансова модель може слугувати індикатором ефективності побудови системи охорони здоров'я. Досліджень чутливості фінансової моделі щодо ефективності в опрацьованих джерелах не знайдено, але стає зрозумілим те, що зміна її структури за інших рівних умов суттєво

позначається на ефективності системи охорони здоров'я.

## ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Різними авторами для національної системи охорони здоров'я запропоновано декілька моделей фінансування [5; 7; 14]. В структурно-інвестиційній моделі розділення фінансування за трьома джерелами відбувається наступним чином:

— 44,5% — частка бюджетних коштів, враховуючи як кошти центрального, так і кошти місцевих бюджетів на охорону здоров'я, у загальній структурі фінансування системи охорони здоров'я;

— 30,5% — частка коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, враховуючи кошти роботодавців за працююче населення, кошти пенсійного фонду на медичне страхування пенсіонерів та кошти фонду зайнятості на медичне страхування безробітних, а також кошти фонду тимчасової втрати працездатності;

— 25% — частка власних, тобто переважно приватних коштів населення, які спрямовані на сплату за медичні послуги, враховуючи як кошти добровільного медичного страхування, так і прямі платежі населення за медичні та сервісні послуги у медичних закладах переважно недержавної форми власності, а також благодійні та інші внески громадських організацій та окремих громадян, які не підлягають загальному оподаткуванню [8].

Запропонована модель описує сторону збору коштів системи охорони здоров'я [14]. Вона дозволяє з прийнятною точністю прогнозувати механізм його реформування. Але, спираючись на неї, важко прогнозувати зміни в механізмі розміщення коштів і розвитку виробничого компоненту. Вони визначають структуру системи охорони здоров'я. На них націлена увага при її реформуванні в більшості європейських країн. Для вирішення цієї проблеми пропонується розробити модель розміщення фінансових ресурсів системи охорони здоров'я. Переконавання у важливості розробки моделі розміщення фінансів виникло при вивченні ходу реформування системи охорони здоров'я Росії. Суттєвою причиною неефективності реформи вважається те, що не було змінено моделі фінансування галузі при зміні форм збирання коштів [1].

Очікується, що запровадження придатної прогнозованої моделі розміщення фінансів системи охорони здоров'я має значно полегшити реалізацію завдання вироблення концепції управління і матиме на меті створення умов для ефективного розподілу ресурсів, збереження соціальних принципів солідарності й справедливості. На її основі можливий аналіз та розробка механізмів державного регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я при плануванні стратегії розвитку як регіону, так і країни в цілому.

Метою роботи є розробка моделі розміщення фінансових ресурсів для вироблення управлінської концепції вибору стратегій застосування різних механізмів державного регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я.

## ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Удосконалення структурно-інвестиційної моделі на базі теоретичних побудов нечітких множин дозволяє перейти до моделі розміщення фінансових ресурсів системи охорони здоров'я. За базовий принцип, що покладений у підвалини моделі, береться принцип забезпечення оптимального балансу між соціальною й економічною ефективністю системи охорони здоров'я. З'ясування сутності категорії оптимальності проводилось методом експертних оцінок. Для отримання описових характеристик прийняттого балансу між соціальною і економічною ефективністю вивчались джерела спеціальної літератури, автори яких виступали у якості експертів. У цьому напрямі оброблені судження більше ніж двадцяти авторів із доступних нам джерел літератури. Вони ранжувались за п'ятьма позиціями на кожному з трьох рівнів надання медичної допомоги з коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена більше 0,7. У результаті з'ясували, що на першому рівні пріоритет віддається доступності й солідарності. На другому — регулюванню попиту й інвестиційній привабливості. На третьому — доступності й обмеженості пропозиції. Передбачали три джерела фінансування: державний і регіональні бюджети, страхові кошти, приватні платежі. Відсоткову частку кожного з джерел обчислювали методом кількісно-якісного аналізу даних, отриманих при вивченні моделей систем охорони здоров'я провідних країн світу. Головним вважали дотримання оптимального балансу між соціальною і економічною ефективністю. Наші результати загалом співпадали з даними інших науковців, що нами було розцінено як один із критеріїв їх об'єктивності [13].

Проведений аналіз приводить до наступного результату. Для первинного рівня найбільш придатне співвідношення в розміщенні фінансів: 70% — страхові внески, 20% — державні платежі, 10% — приватні платежі від консолідованого бюджету системи охорони здоров'я. Медична допомога, що преважує на першому рівні, має фінансуватися здебільше за рахунок обов'язкового медичного страхування. Отримані результати узгоджуються з даними дослідників, які стверджують, що доля первинної медичної допомоги в розвинених країнах знаходиться у межах 60—90% [13; 15], а доля в фінансуванні системи охорони здоров'я за рахунок обов'язкового медичного страхування складає 70%. Знайдена модель розміщення фінансів має слугувати індикативним показником, наприклад, при плануванні механізмів державного управління, що включають метод фінансування з подушною оплатою, частковим фондотриманням, державною доплатою і приватною содоплатою.

Для другого рівня модель розміщення фінансів включає 25% страхових внесків, 15% державних внесків, 60% приватних платежів. Така структура фінансування робить його максимально ліберальним. На ньому медична послуга найбільш комерціалізована. Він привабливий з точки зору залучення інвестицій.

Роблячи науковий прогноз можливих сценаріїв розвитку, приходимо до висновку, що найбільш прий-

нятні державні механізми направлені на формування квазіринкових відношень. Одним з них може бути механізм формування єдиного медичного простору [10]. Важливим результатом цього процесу має стати зменшення фінансового навантаження на державний сектор.

При використанні моделі розміщення фінансів другого рівня для аналізу механізмів державного управління часткового фондотримання необхідно враховувати плату фондотримачів лікарям-спеціалістам. Завдяки їм формуються регульовані конкурентні відносини між першим і другим рівнем надання медичної допомоги. Їх ціллю, зокрема, є стимулювання лікарів загальної практики до ведення профілактичної роботи, а лікарів-спеціалістів — до запровадження стаціонарзамінних технологій. Обсяг і характер плат між першим і другим рівнями легко контролювати. Вони характеризують рівень конкуренції. Вихід фактичних показників за межі розрахованих за допомогою моделі розміщення фінансів спонукає до дій з боку держави.

Приклад доводить, що модель розміщення фінансів придатна для контролю виробничого компоненту системи охорони здоров'я.

Для третього рівня модель розміщення фінансів має вигляд: 80% — державні платежі, 15% — страхові платежі, 5% — приватні платежі від консолідованого бюджету системи охорони здоров'я. За структурою моделі розміщення фінансів його можна віднести до державного. При великих ресурсозатратах він стає комерційно непривабливим, зберігаючи високу медичну ефективність. Третинний рівень надання медичної допомоги відрізняється великою наукоємністю. На цьому рівні проходить апробація новітніх технологій лікування. Розвиток науки і запровадження інновацій, з точки зору інформаційного суспільства, є стратегічно важливим для суспільства в цілому. Він потребує великих фінансових витрат, які може забезпечити тільки держава.

## ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ НАУКОВИХ РОЗВІДОК

Таким чином, у запропонованій моделі розміщення фінансів системи охорони здоров'я для України первинний рівень фінансується на 70% за рахунок страхових внесків, 20% — державних платежів, 10% — приватних платежів. Вторинний рівень фінансується на 20% за рахунок страхових внесків, 5% — державних платежів, 60% — приватних платежів. Третинний рівень надання медичної допомоги фінансується на 80% за рахунок державних платежів, 10% — страхових платежів, 20% — приватних платежів.

Тактично модель розміщення фінансових ресурсів пропонується для використання в якості основи для вироблення індикативних показників проведення цілеспрямованих змін системи охорони здоров'я. Відхилення структури розміщення фінансових ресурсів системи охорони здоров'я від запропонованих буде вказувати на неефективність державних механізмів. Вона дозволяє прогнозувати і проводити аналіз застосування механізмів державного управління системою охорони здоров'я.

Стратегічно від запропонованої моделі розміщення фінансових ресурсів можливо перейти до створення цілісної управлінської концепції реорганізації системи охорони здоров'я. Підґрунтям побудови такої концепції має бути принцип розділення ризиків і відповідальності між державою і суспільством, відхід від патерналізму з боку держави до партнерства між нею і громадянином. Впровадження управлінської концепції, виходячи з аналізу моделі розміщення фінансових ресурсів системи охорони здоров'я, має базуватись на:

1) децентралізованому формуванні фінансових ресурсів за рахунок трьохсторонніх внесків — фондів обов'язкового медичного страхування, приватних осіб та субсидій держави із загальних бюджетних надходжень, які спрямовані не в бюджети різних рівнів, а безпосередньо на потреби закладів охорони здоров'я, завдяки чому втрачається характерна загальним надходженням безадресність та анонімність;

2) державної підтримки розвитку наукоємних технологій надання медичної допомоги;

3) на первинному рівні широко залучення в систему незалежної фінансової структури в особі страховика — страхової організації. На вторинному рівні функціонування надавачів медичної послуги і медичних закладів як вільних суб'єктів ринку. Введення "третьої сторони", відповідальної за фінансування та контроль якості медичної допомоги;

4) прямій участі пацієнтів у процесі формування і контролю фінансових ресурсів що регулює попит на медичну послугу і формує нове ставлення до проблеми охорони свого здоров'я, адже охорона здоров'я набирає економічний вимір;

5) важливим регулюючим чинником розподілу фінансових ресурсів має стати регульована конкуренція.

Для подолання фрагментації системи охорони здоров'я необхідне структурне ускладнення єдиної управлінської державно-галузевої побудови. Вона повинна (в обсязі наявного фонду) інтегрувати зусилля медичних закладів регіону, але з обов'язковим розподілом функцій і фінансових потоків, а також загальною відповідальністю за результат, зокрема і фінансові. Велика роль у реалізації концепції відводиться органам місцевого самоврядування і недержавним структурам. До останніх відносяться професіональні союзи, асоціації пацієнтів, лікарів, об'єднання керівників лікувальних закладів.

Детальна розробка концепції потребує подальших наукових пошуків. Крім того, подальший науковий пошук, на нашу думку, повинен вестись шляхом оптимізації запропонованої моделі розміщення ресурсів її уточнення та адаптації до вирішення практичних завдань.

## Література:

1. Виноградов О.В., Рингач Н.О., Порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я деяких країн колишнього СРСР як метод оцінки напрямів державного управління охороною здоров'я України. — Режим доступу: /http://www.nbuv.gov.ua

2. Головіна Н.У. Економічні моделі національних систем охорони здоров'я. — Режим доступу: <http://ult.lviv.ua>.

3. Жаліло Л.І., Солоненко І. М., Волос Б.О. та інші. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: навч. посібн. / К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 144 с.

4. Здоровье — 21: Основі політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні Всемирної організації здравоохранення. — Копенгаген: ВОЗ: Європ. регион. бюро, 1999. — 310 с.

5. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно управлінські аспекти). — Х.: Вид-во ХарPI НАДУ "Магістр", 2004. — 304 с.

6. Ковжарова Е.В. Організаційно-економічні основи системи охорони здоров'я в Україні. автореф. дис. ... канд. екон. наук.: 08.09.01. — К., 2005. — 20 с.

7. Колоденко В.О. Політика в області фінансової підтримки регіональних систем охорони здоров'я України. Міфи та реальність // Главный врач. — 2002. — № 2. — С. 25—27.

8. Матеріали міністерства охорони здоров'я до проекту резолюції парламентських слухань на тему: "Проблеми у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв'язання" //Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. — 2005. — №7(54). — С. 115—121.

9. Мінак В.О. Реформування системи охорони здоров'я // Основи менеджменту і маркетингу в охороні здоров'я. — Х., 2000. — С. 145—160.

10. Пилипцевич Н.Н. Зарубежный опыт реализации различных моделей финансирования здравоохранения (обзор литературы) // Вопр. организ. и информатиз. здравоохранения. — 2000. — №1. — С. 47—70.

11. Пітцик М.В. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід: навчальний посібник. Схвалено до друку Вченою радою Національної академії державного управління при Президентові України (протокол № 136/2 від 4 липня 2007 року). — 189 с.

12. Попова Н. Інтерв'ю без ланча // Therapia. Український медичний вісник. — 2006. — №1. — С. 76—77.

13. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.

14. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформі системі здравоохранення в Європе. Аналіз сучасних стратегій: пер. с англ. — М.: Геошар Медицина, 2000. — 432 с.

15. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За ред. В.М. Лехан. У складі автор. кол. І.М. Солоненко та Л.І. Жаліло. — К.: Сфера, 2001. — 172 с.

16. Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я в Україні: нові законодавчі ініціативи: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції. — К., 2004. — 255 с.

*Стаття надійшла до редакції 15.07.2010 р.*