

О. В. БАЄВА

МЕНЕДЖМЕНТ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*Рекомендовано
Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для студентів
вищих навчальних закладів*



Київ – 2008

УДК 61:656.62(075.8)
ББК 65.495я73
Б 15

*Гриф надано
Міністерством освіти і науки України
(Лист № 1.4/18–Г–1095 від 10.07.2007 р.)*

Рецензенти:

Дмитренко Г. А. – доктор економічних наук, професор;
Чужиков В. І. – доктор економічних наук;
Солоненко І. М. – доктор медичних наук, професор.

Баєва О.В.

Б 15 Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. —
К.: Центр учбової літератури, 2008 — 640 с.

ISBN 978-966-364-692-3

Навчальний посібник присвячений висвітленню загальних засад менеджменту в галузі охорони здоров'я і відповідає робочій програмі навчальної дисципліни «Менеджмент в галузі охорони здоров'я», яка входить у варіативний блок навчальних планів підготовки фахівців з спеціальності «Менеджмент організацій» за професійним спрямуванням «Медичний та фармацевтичний менеджмент» та бакалаврів з маркетингу за професійним спрямуванням «Маркетинг на ринку медичних послуг». В посібнику послідовно розглядаються загальні принципи управління та організації охорони здоров'я в Україні та інших країнах світу. Особлива увага приділена менеджменту нових закладів охорони здоров'я, управлінню технологічними процесами та інформаційними системами в галузі охорони здоров'я.

Для студентів, слухачів та викладачів спеціальностей напрямів «Менеджмент», «Маркетинг» та «Медицина». Посібник буде корисним для управлінців, підприємців та працівників, які займаються організаційною діяльністю в галузі охорони здоров'я

ISBN 978-966-364-692-3

© Баєва О.В. 2008.

© Центр учбової літератури, 2008.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	8
РОЗДІЛ 1. СУТНІСТЬ ТА РОЛЬ УПРАВЛІННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ	10
1.1. Сутність категорій «управління», «менеджмент», «підприємництво»	10
1.2. Рівні управління та групи менеджерів.	14
1.3. Менеджери та підприємці: ролі та характерні особливості.	16
1.4. Менеджери та управлінці в галузі охорони здоров'я	20
РОЗДІЛ 2. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ МЕНЕДЖМЕНТУ, УПРАВЛІННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	66
2.1. Історичні етапи розвитку менеджменту	66
2.2. Історичні етапи розвитку організації охорони здоров'я в різних країнах світу. . .	87
2.3. Історія організації охорони здоров'я в Україні	98
2.4. Історія розвитку аптекарської справи	109
2.4. Історія розвитку аптекарської справи в Україні	114
РОЗДІЛ 3. МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	127
3.1. Загальні принципи формування моделі охорони здоров'я	127
3.2. Ринкова модель організації охорони здоров'я.	131
3.3. Соціальна модель охорони здоров'я	132
3.4. Суспільно-приватна модель охорони здоров'я	135
3.5. Медичне страхування як система організаційних та фінансових заходів . .	135
3.6. Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження системи медичного страхування	138
РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ	142
4.1. Організація охорони здоров'я в країнах з розвинутою системою медичної допомоги	142
4.2. Організація охорони здоров'я в країнах із системою медичної допомоги, що розвивається.	162
4.3. Фармацевтична діяльність у різних країнах світу.	179
4.4. Регулювання фармацевтичної діяльності в країнах ЄС	185
РОЗДІЛ 5. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	195
5.1. Міжнародні засади формування державної політики в галузі охорони здоров'я.	195
5.2. Формування державної політики охорони здоров'я в Україні	201

5.3. Система охорони здоров'я в Україні.	211
5.4. Державне регулювання фармацевтичної діяльності в Україні	218

РОЗДІЛ 6. ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТ УПРАВЛІННЯ 229

6.1. Поняття про організації. Сутність та основні риси формальної організації	229
6.2. Загальні характеристики підприємств: види, особливості управління	236
6.3. Сутність та основні риси діяльності організацій охорони здоров'я	239
6.4. Некомерційні заклади охорони здоров'я.	244
6.5. Комерційні заклади охорони здоров'я.	252
6.6. Організація та порядок надання послуг у закладах охорони здоров'я	254
6.7. Зовнішнє середовище закладів охорони здоров'я	258
6.8. Класифікація закладів охорони здоров'я за сферою діяльності	264
6.9. Класифікація закладів охорони здоров'я за організаційно-правовою формою діяльності.	272

РОЗДІЛ 7. МЕНЕДЖМЕНТ НОВИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 280

7.1. Започаткування господарської діяльності з медичної практики, виробництва, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.	280
7.1.1. Реєстрація господарської діяльності (зі створенням юридичної особи)	281
7.1.2. Реєстрація фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності (без права наймання робочої сили).	288
7.1.3. Реєстрація фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності (з правом наймання робочої сили)	290
7.2. Ліцензування діяльності з медичної практики, виробництва, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.	293
7.2.1. Ліцензування господарської діяльності з провадження медичної практики	294
7.2.2. Ліцензування господарської діяльності з виробництва, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами	300
7.2.2.1. Ліцензійний контроль за проведенням господарської діяльності з виробництва лікарських засобів	305
7.2.2.2. Ліцензійний контроль за проведенням господарської діяльності з оптової торгівлі лікарськими засобами.	309
7.2.2.3. Ліцензійний контроль за проведенням господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами	313
7.3. Акредитація закладів охорони здоров'я як форма державного контролю якості надання медико-санітарної допомоги	315

РОЗДІЛ 8. ПІДПРИЄМНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 324

8.1. Підприємництво в галузі охорони здоров'я: сутність, принципи, функції . . .	324
8.2. Бізнес-план медичного проекту.	328
8.3. Характеристика ринків у галузі охорони здоров'я	334
8.3.1. Характеристика ринку медичних послуг.	335
8.3.2. Характеристика фармацевтичного ринку	338
8.4. Управління маркетингом на ринку медичних послуг	343
8.5. Державне регулювання реклами лікарських засобів, товарів медичного призначення та медичних послуг на території України.	355

РОЗДІЛ 9. УПРАВЛІННЯ ТЕХНОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	364
9.1. Технологічні принципи забезпечення високих показників якості медичної допомоги	364
9.2. Стандартизація медичної допомоги: сутність та функції	366
РОЗДІЛ 10. УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНИМИ СИСТЕМАМИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	376
10.1. Інформаційні технології: мета, сутність, завдання	376
10.2. Державна політика інформатизації охорони здоров'я в Україні	379
10.3. Інформаційні системи, пов'язані з використанням глобальної інформаційної мережі Інтернет (на прикладі веб-сайту Міністерства охорони здоров'я України)	383
10.4. Телемедичні технології	387
10.5. Інформаційне забезпечення діяльності лікувально-профілактичного закладу	390
10.6. Медико-статистична інформація	398
10.7. Інформаційно-документаційне забезпечення діяльності в галузі охорони здоров'я	401
РОЗДІЛ 11. УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	415
11.1. Концептуальні засади управління кадрами в галузі охорони здоров'я	415
11.2. Система підготовки медичних кадрів в Україні	419
11.3. Система кваліфікаційних вимог до медичного та управлінського персоналу лікувально-профілактичних закладів	430
11.4. Організація праці працівників закладів охорони здоров'я	440
11.5. Підготовка провізорів та фармацевтів	476
11.6. Система кваліфікаційних вимог до фармацевтичних кадрів	487
РОЗДІЛ 12. ЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕНЕДЖМЕНТУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	503
12.1. Моделі біоетики	503
12.2. Етико-правові засади медичного втручання. Принцип поінформованої згоди	505
12.3. Етико-правові засади обов'язкової та примусової профілактики та лікування	519
12.4. Етико-правові аспекти несприятливих наслідків медичної допомоги. Ятрогенії	526
ГЛОСАРІЙ	551
ДОДАТКИ	560
ДОДАТОК 1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	560
ДОДАТОК 2. Закон України «Про лікарські засоби»	579
ДОДАТОК 3. Проект Статуту комунального некомерційного підприємства ЦРЛ	588
ДОДАТОК 4. Статут дитячої поліклініки № 2 Деснянського району м. Києва	597
ДОДАТОК 5. Статут державного закладу «Спеціалізований (спеціальний) Санаторій «Ірпінь» МОЗ України	600
ДОДАТОК 6. Статут малого підприємства	604

ДОДАТОК 7. Заява для юридичних осіб (форма № 1-ОПП)	609
ДОДАТОК 8. Довідка про взяття на облік платника податків (форма №4-ОПП)	614
ДОДАТОК 9. Заява для фізичних осіб (форма № 5-ООП)	615
ДОДАТОК 10.1. Заява про відкриття поточного рахунку (для юридичних осіб)	616
ДОДАТОК 10.2. Картка із зразками підписів і відбитка печатки	617
ДОДАТОК 10.3. Заява про відкриття поточного рахунку (для фізичних осіб)	619
ДОДАТОК 11. Показники віднесення закладів охорони здоров'я і установ соціального захисту населення до груп з оплатою праці керівних працівників	620
ДОДАТОК 12. Перелік закладів (підрозділів) та посад, робота в (на) яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) у зв'язку зі шкідливими та важкими умовами праці	626
ДОДАТОК 13. Перелік закладів та їх підрозділів, а також посад, робота в яких дає право на підвищення посадових окладів на 60 відсотків	637
ДОДАТОК 14. Звіт керівника державного підприємства сфери управління МОЗ України про результати виконання показників та розміри матеріальної винагороди, передбачених Положенням про виплату матеріальної винагороди за ефективне управління державним майном	639

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АК — Кодекс України про адміністративні правопорушення
ВВП — внутрішній валовий продукт
ВР — Верховна Рада України
ГК — Господарський Кодекс України
ДО — документообіг
КСГ — клініко-статистична група
ККУ — Кримінальний кодекс України
ЛЗ — лікарські засоби
ЛПЗ — лікувально-профілактичний заклад
МОЗ — Міністерство охорони здоров'я
ОВЗ — оцінка впливів на здоров'я
ПМСД — первинна медико-санітарна допомога
СПД — суб'єкт підприємницької діяльності
ТДВ — товариство з додатковою відповідальністю
ТОВ — товариство з обмеженою відповідальністю
GLP — належна лабораторна практика
GCP — належна клінічна практика
GMP — належна виробнича практика
GDP — належна практика дистрибуції
GPP — належна фармацевтична практика
GSP — належна практика зберігання

ПЕРЕДМОВА

Згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою указом Президента України за № 1313/2002 від 7 грудня 2002 року, реформування системи охорони здоров'я передбачає заходи, спрямовані на здійснення інноваційної і кадрової політики в галузі. Зокрема, реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти передбачає започаткування підготовки фахівців за новими спеціальностями: менеджер у галузі охорони здоров'я; економіст у галузі охорони здоров'я.

На сьогодні в Україні керівниками медичних закладів працюють переважно лікарі, які мають значний досвід та високу кваліфікацію з медичної спеціалізації, проте не мають спеціальної підготовки з питань управління та економіки охорони здоров'я. Наявність спеціальної освіти не є пріоритетною ознакою при призначенні на посаду керівника медичного закладу. Міжнародний досвід в країн із розвинутою системою охорони здоров'я свідчить про доцільність керівництва багато профільних медичних установ спеціалістами за фахом Health Service Management або Health Care Management.

Фахівці з медичного менеджменту мають забезпечувати раціональну фінансово-господарську діяльність в лікувально-профілактичних закладах, а також доцільне використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів. Тобто такі, якісно нові для України, фахівці повинні «звільнити головного лікаря від немедичної роботи» та забезпечити розвиток медичного бізнесу в країні.

Представлений навчально-методичний посібник «Менеджмент у галузі охорони здоров'я» орієнтований на підготовку фахівців для медичного та фармацевтичного бізнесу. Зміст навчально-методичного посібника відповідає робочій програмі відповідної навчальної дисципліни, яка викладається студентам, що навчаються за спеціальністю «Менеджмент організацій», за професійним спрямуванням «Медичний та фармацевтичний менеджмент» та за спеціальністю «маркетинг» за професійним спрямуванням «Маркетинг на ринку медичних послуг».

За структурно-логічною схемою підготовки фахівців, студенти вивчають навчальну дисципліну «Менеджмент у галузі охорони здоров'я» після опанування знаннями з курсу «Основи менеджменту» та перед вивченням інших профільюючих навчальних дисциплін, таких як «Організаційно-правові засади менеджменту охорони здоров'я», «Економіка і фінансування охорони здоров'я», «Страхова медицина», «Підприємництво в охороні здоров'я», «Облік і звітність в охороні здоров'я», «Маркетинг у галузі охорони здоров'я». Навчально-методичний посібник складається з дванадцяти глав, у яких викладено питання з історії організації

надання медичної допомоги та історії розвитку аптечної справи; проаналізовано основні моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я; наводиться міжнародний досвід управління медичною допомогою; визначено концептуальні засади формування державної політики та державного регулювання медичною та фармацевтичною діяльністю в Україні; особливу увагу приділено закладам охорони здоров'я як суб'єкту управління; визначення основні нормативні положення започаткування діяльності нових медичних закладів та організацій з виробництва, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, управління персоналом у галузі охорони здоров'я, етико-правових засад медичної діяльності.

Основу навчально-методичного посібника становлять міжнародні принципи організації охорони здоров'я, визначені Всесвітньою Медичною Асамблеєю, вітчизняна нормативно-правова база галузі охорони здоров'я, наукові та науково-методичні праці видатних зарубіжних та вітчизняних вчених з медичного та фармацевтичного менеджменту.

Структура викладення матеріалу в навчальному посібнику дозволяє студентів після опанування теоретичним матеріалом з кожного конкретного розділу перевірити свої знання, відповівши на питання для самоконтролю знань. Щоб більш поглиблено вивчити теоретичний матеріал, студентів після кожного розділу рекомендується відповідна література. Довідковим матеріалом при опануванні навчальною дисципліною «Менеджмент у галузі охорони здоров'я» вміщені наприкінці видання глосарій та додатки, в яких наводяться основні закони України з охорони здоров'я, Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, нормативні та довідкові документи тощо.

РОЗДІЛ 1

СУТНІСТЬ ТА РОЛЬ УПРАВЛІННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ

- 1.1. Сутність категорій «управління», «менеджмент», «підприємництво».
- 1.2. Рівні управління та групи менеджерів.
- 1.3. Менеджери та підприємці: ролі та характерні особливості.
- 1.4. Менеджери та управлінці в галузі охорони здоров'я.

1.1. Сутність категорій «управління», «менеджмент», «підприємництво»

Управління — це загальна функція складних організованих систем, спрямована на досягнення належного стану в самій системі та в навколишньому середовищі.

Коли йдеться про управління, виокремлюють такі поняття:

- **об'єкт управління**, станом якого потрібно управляти;
- **мета управління** — бажаний характер поведінки об'єкта управління;
- **система управління**, що складається з об'єкта управління та керуючої системи.

Управління необхідно для нормального існування та розвитку будь-яких систем: біологічних; технічних; економічних та соціальних. Процеси управління в окремому біологічному організмі відбуваються за складними генетичними програмами. Цей процес ускладнюється, коли йдеться про управління людиною не тільки як біологічним, а й соціальним об'єктом. Розрізняють три типи управління людьми:

- політичне;
- соціальне;
- економічне.

Політичне управління здійснюється на рівні суспільства та проявляється у функціонуванні держави.

Соціальне управління пов'язане з поведінкою окремих організацій, соціальних груп.

Економічне управління являє собою систему заходів, спрямовану на задоволення економічних потреб.

Управління — це особливий вид діяльності, що перетворює неорганізований натовп в ефективну цілеспрямовану і продуктивну групу. Управління як таке є стимулюючим елементом соціальних змін і прикладом значних соціальних перемін.

Peter F. Drucker, «A New Discipline», Success! Januaiy-Februaiy 1987, p. 18.

Економічне й соціальне управління покладено в основу управління організаціями. **Особлива система управління організаціями в умовах ринку отримала назву менеджменту.** Тобто менеджмент є різновидом управління. Термін «менеджмент» переважно використовують, коли йдеться про управління організаціями, метою діяльності яких є отримання прибутку.

Існує кілька тлумачень походження слова «менеджмент». На думку одних авторів, це слово походить від англійського Manage — управляти, яке, в свою чергу, запозичило свій корінь від латинського Manus — рука.

Інші вважають, що слово «менеджмент» утворено від італійського *maneggio/maneggiare* та французького *manège*, що означає «арену, по якій бігають по колу коні, яких підганяється довгим хлистом шталмейстер.

Найчастіше **менеджмент** розглядається як *сукупність функцій, орієнтованих на ефективне використання людських, матеріальних та фінансових ресурсів із метою досягнення цілей організації.*

*Менеджмент (Management) це:
спосіб, манера спілкування з людьми;
влада та мистецтво управління;
особливого роду вмільсть і адміністративні навички;
орган управління та адміністративні навички.*

The Oxford English Dictionary., London., 1983, Vol.VI, p. 106

Менеджмент — це мистецтво добиватися результатів через керівництво людьми.

Мері Паркер Фоллет

Об'єктом менеджменту як діяльності виступає виробничо-господарська організація і чинники навколишнього середовища.

Суб'єктом менеджменту виступають працівники організації, які своїми діями впливають на об'єкт управління.

Види менеджменту:

А. За ресурсами:

- фінансовий менеджмент;
- менеджмент персоналу;
- інформаційний менеджмент;
- управління матеріально-технічними ресурсами.

Б. За сферами діяльності:

- ◆ виробничий;
- ◆ банківський;
- ◆ торговий;
- ◆ рекламний;
- ◆ фармацевтичний;
- ◆ медичний;
- ◆ будівельний;
- ◆ аграрний та ін.

В. За функціями:

- стратегічний;
- операційний;
- інноваційний;
- інвестиційний та ін.

Г. За внутрішнім та зовнішнім середовищем:

- ◆ міжнародний;
- ◆ внутрішньофірмовий.

Менеджмент реалізується через закони, закономірності, принципи та категорії.

У своїй діяльності менеджери керуються загальними соціальними й економічними **законами** та специфічними законами і закономірностями, характерними для науки управління й менеджменту.

До загальних соціальних законів належать: закон циклічності соціальних процесів, закон організації соціального життя на основі базових цінностей, закон соціальної стратифікації, закон відповідності організаційної й національної культури.

До економічних законів відносять: закон попиту, закон пропозиції, закон прибутковості, закон спадаючої доходності.

До специфічних законів управління та менеджменту належать: закон пропорційності керованої й керуючої підсистем, закон оптимального співвідношення централізації і децентралізації управління, закон єдності універсальних характеристик організації, закон менеджменту людських ресурсів, закон співвідношення рівнів управління з цілями й персоналом організації, закон виживання організації.

До загальних **категорій менеджменту** відносять поняття:

- організації;
- функцій і методів менеджменту;
- рівнів управління;
- стилю керівництва;
- комунікації;
- управлінські рішення.

Основні **інструменти менеджменту**:

- ◆ ієрархія;
- ◆ організаційна культура;
- ◆ ринок.

Підприємництво — це безпосередня самостійна, систематична, на власний ризик діяльність з виробництва продукції, виконання робіт, надання послуг з метою отримання прибутку, яка здійснюється фізичними та юридичними особами, зареєстрованими як суб'єкти підприємницької діяльності в порядку, встановленому законодавством.

В Україні підприємницька діяльність здійснюється згідно з Законом України «Про підприємництво».

До **функцій підприємництва** відносяться:

- *новаторська* — сприяння процесу продукування нових технічних, організаційних та управлінських ідей, проведення науково-дослідних робіт та розробок, впровадження інновацій;
- *господарська* — ефективне використання трудових, матеріальних, фінансових та інформаційних ресурсів;
- *організаційна* — впровадження нових методів і форм організації діяльності, нових форм матеріальної та моральної мотивації персоналу; ефективне упорядкування відносин (повноваження, відповідальність, делегування), ефективне контролювання якості;
- *соціальна* — задоволення потреб ринку праці, потреб споживачів щодо певного виду товарів або послуг, розвиток соціальної інфраструктури;
- *особистісна* — самореалізація підприємця, відчуття незалежності, отримання задоволення від самої роботи та її результатів.

Загальні принципи підприємництва:

- ◆ вільний вибір видів діяльності;
- ◆ залучення на добровільних засадах до здійснення підприємницької діяльності майна та коштів юридичних осіб і громадян;
- ◆ самостійне формування програми діяльності;
- ◆ самостійний вибір постачальників і споживачів;

- ♦ установлення цін відповідно до законодавства;
- ♦ вільний найм працівників;
- ♦ залучення і використання матеріально-технічних, фінансових, трудових, природних та інших видів ресурсів, використання яких не заборонене або не обмежене законодавством;

- ♦ вільне розпорядження прибутком, що залишається після внесення платежів, установлених законодавством;

- ♦ самостійне здійснення підприємцем — юридичною особою зовнішньоекономічної діяльності, використання будь-яким підприємцем належної йому частки валової виручки на свій розсуд.

Основні завдання підприємницької діяльності:

- вибір виду та масштабів діяльності;
- вибір місця розташування організації;
- вибір методів, технологій та форм діяльності;
- фінансування та інвестування діяльності.

Підприємницька ідея — конкретне цілісне знання про доцільність та можливість займатися певним видом підприємницької діяльності, а також чітке усвідомлення мети такої діяльності, шляхів та засобів її досягнення.

Елементи підприємницької ідеї:

- ♦ відмова від попереднього виду занять;
- ♦ усвідомлення необхідності працювати на межі своїх фізичних, розумових та організаторських здібностей;
- ♦ прагнення стати власником, відмова працювати під керівництвом інших;
- ♦ прагнення досягти фінансового благополуччя шляхом створення нової організації приватної форми власності;
- ♦ прагнення через підприємництво досягти своєї мети, домогтися визнання;
- ♦ чітке усвідомлення шляхів отримання фінансових ресурсів для започаткування власної справи;
- ♦ знання технології провадження господарської діяльності;
- ♦ вміння вибрати оптимальну організаційну форму управління та організаційно-правову форму підприємницької діяльності;
- ♦ знання основних ризиків та вміння ними управляти;
- ♦ вміння організувати облік в організації;
- ♦ знання зовнішніх чинників, які впливають на діяльність організації;
- ♦ знання чинного законодавства.

Підприємницька діяльність, яка пов'язана з організацією надання лікувально-діагностичних послуг, має певні особливості.

При проведенні підприємницької діяльності з медичної практики необхідно формувати новий тип комунікацій та взаємовідносин між лікарем та закладом охорони здоров'я, спрямованих на збільшення участі лікаря в управлінні та керівництві підприємницькою діяльністю. Без участі лікарів неможливо розв'язати такі проблеми, як управління вартістю медичних послуг, поліпшення якості обслуговування, підвищення продуктивності праці та використання матеріальних ресурсів.

Лікарів слід залучати до управління закладом на всіх рівнях управління: як до вирішення тактичних та оперативних завдань, так і до стратегічних: формування цілей і місії закладу, його політики, прийняття рішень, вибору стратегії бізнесу та її реалізації. Підприємець і лікар мають діяти спільно, поділяючи ризик і розвиваючи механізм входження в ринок медичних послуг.

1.2. Рівні управління та групи менеджерів

За функціями, які виконують керівники, їх поділяють на такі **рівні управління**:

- *технічний* — забезпечує щоденні операції і дії, необхідні для ефективної роботи організації;
- *управлінський* — забезпечує координацію роботи структурних підрозділів організації;
- *інституційний* — визначає місію та цілі організації, забезпечує довгострокове планування, зв'язки організації із зовнішнім середовищем.

Трьом рівням управління відповідають три групи менеджерів: молодші менеджери; середні менеджери; менеджери вищого рівня (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Відповідність рівнів управління менеджерським посадам

Менеджери першого рівня — *низової ланки управління (супервайзери)* — не керують роботою інших менеджерів, в основному здійснюють контроль за виконанням виробничих завдань (надання медичних послуг), відповідають за безпосереднє використання матеріальних ресурсів (лікарські засоби, товари медичного призначення).

Типовою назвою посади на цьому рівні є адміністратор, старша медична сестра.

Менеджери середнього рівня спрямовують роботу молодших менеджерів і мають широкий діапазон влади. Середніх менеджерів поділяють на:

- *лінійних* — керують окремими підрозділами. Вони управляють і кадрами, і фінансами, і технологічними процесами підрозділу. Прикладом такого лінійного менеджера може бути завідувач поліклініки в багатопрофільній лікарні.

- *функціональних* — функціональні менеджери здійснюють керівництво функціональними підрозділами. Обіймають посади головного бухгалтера, завідувача економічного відділу, завідувача відділення терапії, хірургії, клінічної лабораторії тощо.

В останні десятиріччя помітна тенденція до реструктуризації та скорочення управлінського апарату великих корпорацій. Це стосується насамперед середніх менеджерів.

У багатьох зарубіжних компаніях відмовилися від середніх менеджерів, що дало можливість зробити пірамідальну структуру організації більш плоскою і

прискорило передачу інформації на нижчі ієрархічні рівні. У таких організаціях процес прийняття та реалізації управлінських рішень відбувається теж швидшими темпами.

Наприклад, компанія «Крайслер» зменшила кількість керівників середньої ланки на 40 %. У компанії Eastman Kodak кількість менеджерів середньої ланки скоротилась на 30 %, а кількість ієрархічних сходинок — із 7 до 3. У компанії Medical Systems Group, яка входить до складу General Electric, кількість середніх менеджерів зменшилася на 35 %.

Менеджери вищого рівня (топ-менеджери) відповідають за довгострокове планування, визначення широких цілей і стратегій, безпосередньо управляють роботою середніх менеджерів.

Вищий організаційний рівень — найменша за чисельністю ланка керівництва. Навіть у найбільших організаціях керівників вищої ланки — усього кілька людей.

Типові посади керівників вищої ланки в бізнесі — це голова Ради директорів, президент, віце-президент корпорації. В армії їх можна порівняти з генералами, у середовищі державних діячів — з міністрами, а в лікувально-профілактичному закладі — з головним лікарем.

На сьогодні в Україні керівниками державних лікувально-профілактичних закладів працюють переважно лікарі, які мають значний досвід та високу кваліфікацію з медичної спеціалізації, проте не мають спеціальної підготовки з питань управління та економіки охорони здоров'я. Наявність спеціальної освіти не є пріоритетною ознакою при призначенні на посаду головного лікаря.

Лікувально-профілактичні заклади недержавної форми власності можуть мати двох топ-менеджерів: головного лікаря, який відповідає за якість надання медичної допомоги, та директора. Директор відповідає за раціональну фінансово-господарську діяльність лікувально-профілактичного закладу, а також за використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів. Тобто такі, якісно нові для України, фахівці повинні «звільнити головного лікаря від немедичної роботи».

Міжнародний досвід у країнах із розвинутою системою охорони здоров'я свідчить про доцільність керівництва багато профільних медичних установ спеціалістами за фахом Health Service Management або Health Care Management.

Топ-менеджери відповідають за прийняття найважливіших рішень для організації в цілому або для основної частини організації.

Якщо вище керівництво фірми вирішує перевести корпорацію на випуск комп'ютерів до того, як компанія може вести конкуренцію з «Ай Би Ем», то керівники середньої і низової ланок мало що можуть зробити, щоб перешкоджати великому провалу.

Керівники вищої ланки накладають відбиток своєї особистості на весь вигляд компанії. Наприклад, атмосфера, в якій діє уряд, та й уся країна звичайно зазнає значних змін при новому президенті.

Тому успішно діючі керівники вищої ланки у великих організаціях цінуються дуже високо, і їхня праця оплачується дуже добре.

Менеджери вищого рівня несуть відповідальність за широкомасштабні цілі.

Топ-менеджери відповідають перед:

- радою директорів (у корпорації);
- офіційними органами (в уряді);
- довіреними особами (некомерційних організаціях).

1.3. Менеджери та підприємці: ролі та характерні особливості

Широко відомий вислів Карла Маркса: «Окремий скрипаль сам управляє собою, оркестр потребує диригента». Часто особу менеджера ототожнюють із диригентом. Він не вміє так професійно грати, як скрипаль або віолончеліст. Він не вміє писати музику, як композитор. Проте геній музикантів та композитора ми можемо почути тільки через роботу диригента.

Успіх організації ми пов'язуємо з діяльністю менеджерів. Вони формують цілі організації, забезпечують її ресурсами, планують і здійснюють контроль, приймають рішення й організують діяльність.

Особистість менеджера — це головний фактор забезпечення ефективного розвитку фірми.

Ролі менеджера в організації були конкретизовані американським дослідником Генрі Мінцбергом і класифіковані за трьома категоріями:

- міжособистісні;
- інформаційні;
- ролі, пов'язані з прийняттям управлінських рішень.

За Мінцбергом, ролі менеджера є «набором визначених поведінкових правил, що відповідають конкретній установі або конкретній посаді. Окрема особистість може впливати на характер виконання ролі, але не на її зміст. Як актори менеджери грають заздалегідь визначені ролі, хоча як особистості можуть давати власну інтерпретацію цих ролей» (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

РОЛІ МЕНЕДЖЕРА

Роль	Опис	Характер діяльності
Міжособистісні ролі		
Головний керівник	Офіційний символ, персоніфікація юридичної особи щодо виконання обов'язків соціального та правового характеру	Церемонії, представництво, звертання, клопотання, зустріч гостей, підпис юридичних документів
Лідер	Відповідальний за мотивацію й активізацію підлеглих, відповідальний за набір, підготовку працівників і пов'язаних з цим обов'язків	Усі управлінські дії з участю підлеглих
Сполучна ланка	Забезпечення функціонування мережі зовнішніх контактів та джерел інформації	Листування, участь у нарадах, інша робота із зовнішніми організаціями та особами
Інформаційні ролі		
Приймач інформації	Відшукує і отримує спеціалізовану інформацію, яку використовує в своїй діяльності, виступає як нервовий центр зовнішньої та внутрішньої інформації	Оброблення кореспонденції, здійснення контактів, пов'язаних з одержанням інформації (періодичні видання, виставки, семінари, ознайомлювальні поїздки)
Поширювач інформації	Передає інформацію, одержану із зовнішніх джерел або від інших співробітників працівникам організації. Інформація носить фактичний характер або вимагає інтерпретації фактів для формування поглядів організації	Передача пошти підлеглим, вербальні контакти з метою поширення інформації: внутрішні збори, наради, бесіди

Роль	Опис	Характер діяльності
Представник	Передає інформацію для зовнішніх контактів фірми відносно політики, дій, планів, результатів роботи організації. Діє як експерт у даній галузі	Участь у засіданнях, листування, усні виступи, включаючи передачу інформації в зовнішні організації й інших осіб
Ролі, пов'язані з прийняттям рішень		
Підприємець	Відшукує можливості в самій організації і за її межами, розробляє і здійснює інноваційні проекти, контролює їх розробку	Участь у розробці стратегії, бізнес-планування, розроблення або ініціювання проектів з удосконалення діяльності
Ліквідатор порушень	Відповідає за коригувальні дії при необхідності організаційних змін та в кризових ситуаціях	Обговорення стратегічних і поточних питань, у тому числі кризових і проблемних
Розпорядник ресурсів	Відповідальний за розподіл ресурсів організації	Розроблення бюджетів, програмування роботи підлеглих, визначення повноважень, складання графіків
Ведучий переговорів	Відповідальний за представництво організації на всіх важливих переговорах	Проведення переговорів

Джерело: Н. Mintzberg The Nature of Managerial Work. — New York: Harper & Row. — 1973. — Р. 93-94.

Ролі менеджера взаємозалежні, вони взаємодіють для створення єдиного цілого. Міжособистісні ролі впливають з повноважень і статусу керівника в організації й охоплюють сферу його взаємодії з людьми. Вони можуть зробити керівника пунктом зосередження інформації, що надає йому можливість і одночасно змушує його грати інформаційні ролі і діяти як центр оброблення інформації. Приймаючи на себе міжособистісні й інформаційні ролі, керівник здатний грати ролі, пов'язані з прийняттям рішень: розподіл ресурсів, улагоджування конфліктів, пошук можливостей для організації, ведення переговорів від імені організації. Усі ці 10 ролей, узяті разом, визначають обсяг і зміст роботи менеджера, незалежно від характеру конкретної організації.

Наприклад, начмед лікувально-профілактичного закладу безпосередньо взаємодіє з завідувачами відділень. Вони приходять до нього з метою одержання консультацій про організацію лікувально-профілактичного процесу. Начмед одержує великий обсяг інформації про перебіг лікувально-діагностичного процесу у відділеннях лікарні. Частина такої інформації не може бути отримана з неформальних джерел. Неформальна інформація допомагає йому прийняти управлінські рішення щодо врегулювання існуючих або потенційних проблем. При бесідах з головним лікарем начмед передає частину інформації, яку він отримав від завідувачів відділень лікарні. Головний лікар використовує цю інформацію для прийняття управлінських рішень на рівні закладу.

Ідеальний образ сучасного менеджера передбачає наявність у людини відповідних якостей та вмінь.

Якості менеджера — сукупність характеристик менеджера, зумовлених такими чинниками:

- генотипом людини;
- впливом соціуму;
- освітою;
- досвідом.

Генотип людини є підґрунтям для формування таких якостей, як здатність до ризику; лідерські якості; стресорезистентність.

Вплив соціальних факторів зумовлює формування таких якостей менеджера, як відповідальність, прагнення до професійного зростання, авторитетність, внутрішній контроль, толерантність. Соціум формує такі моральні якості менеджера: патріотизм, національна свідомість, державницька позиція, інтелігентність, людяність, порядність, почуття обов'язку, громадянська позиція, чесність, доброзичливість.

Освіта та досвід надають людині спеціальних знань, умінь та навичок.

Основні групи якостей менеджера подано в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

ЯКОСТІ МЕНЕДЖЕРА

Групи	Якості менеджера
1. Професійно-ділові якості	• висока професійність; • стратегічне мислення; • генерація ідей; • здатність приймати управлінські рішення; • відповідальність за прийняття управлінських рішень; • прагнення до професійного зростання; • авторитетність; • здатність до ризику; • володіння антикризовим управлінням
2. Адміністративно організаційні якості	• оперативність; • гнучкість стилю управління; • вміння мотивувати персонал; • вміння доводити справу до логічного завершення; • послідовність дій; • внутрішній контроль; • вміння формувати команду; • вміння запозичувати досвід підлеглих; • здатність делегувати повноваження; • вміння організовувати час
3. Соціально-психологічні якості	• психологічна компетентність; • управлінська культура; • лідерські здібності; • впевненість у собі; • вміння керувати своєю поведінкою; • вміння управляти емоціями в стресових ситуаціях; • колегіальність; • толерантність; • оптимізм; • переконливість; • вміння управляти конфліктами; • інтелектуальність; • риторичні здібності; • стресорезистентність; • почуття гумору; • вміння створювати імідж
4. Моральні якості	• патріотизм; • національна свідомість; • державницька позиція; • інтелігентність; • людяність; • порядність; • почуття обов'язку; • громадянська позиція; • чесність; • доброзичливість

Якісні характеристики людини є необхідною умовою для формування майбутнього менеджера.

Крім менеджера, в умовах ринкової економіки принципову роль відіграє **підприємець**.

Термін «підприємець» увів французький економіст Ришар Кантіллон, який жив на початку XVIII ст. Це слово означає людину, що бере на себе ризик, пов'язаний з організацією нового підприємства або з розробкою нової ідеї, нової продукції або нового виду послуг.

Слова «підприємець» і «менеджер» — не синоніми.

Основна відмінність між менеджером та підприємцем полягає в тому, що підприємець генерує ідею (створення приватної стоматологічної лікарні), впроваджує ідею за власні кошти або кошти інвестора (засновує лікарню, фінансує процес) і наймає головного лікаря й менеджера для управління роботою стоматологічної лікарні. Менеджер здійснює управління стоматологічною лікарнею, яку створив підприємець.

Ролі менеджера та підприємця перекликаються. Підприємець, який започаткував стоматологічну лікарню, за наявності відповідної освіти може сам її очолити, тобто стати менеджером. Найманий менеджер стоматологічної лікарні може сам започаткувати діяльність іншої стоматологічної лікарні або іншого закладу, наприклад діагностичного центру.

Для того щоб людину захопила ідея створення власної справи, потрібні не тільки знання. Підприємцями стають особи з певними психологічними якостями:

- упевненість у своїх силах, рішучість: здатність швидко приймати індивідуальні управлінські рішення;
- ініціативність, схильність до інновацій;
- лідерські якості;
- завзятість і наполегливість;
- незалежність: прагне бути незалежним від правил та контролю з боку інших людей, має власну думку і може її відстояти;
- схильність до ризику;
- цілеспрямованість;
- здатність переконувати (він має переконати в раціональності своєї ідеї інших осіб і залучити їх до впровадження ідеї на правах партнерів або працівників);
- енергійність, стресостійкість: підприємці можуть працювати до 12—18 годин на добу в шаленому ритмі;
- потреба в досягненнях; толерантність до невизначеності: здатність приймати управлінські рішення без достатньої інформації про зовнішнє середовище.

Суб'єктами підприємницької діяльності можуть бути:

- ◆ громадяни України, інших держав, особи без громадянства, не обмежені законом у правоздатності або дієздатності;
- ◆ юридичні особи всіх форм власності, встановлених Законом України «Про власність»;
- ◆ об'єднання юридичних осіб, що здійснюють діяльність в Україні на умовах угоди про розподіл продукції.

За законодавством України, не допускається заняття підприємницькою діяльністю таких категорій громадян: військовослужбовців, службових осіб органів прокуратури, суду, державної безпеки, внутрішніх справ, державного арбітражу, державного нотаріату, а також органів державної влади і управління, які покликані здійснювати контроль за діяльністю організацій.

Дуже часто як синоніми сприймають поняття «підприємець» та «бізнесмен». Підприємець започатковує і впроваджує справу. За статистичними даними близько 80 % малих організацій банкрутують у перші два роки своєї діяльності. Проте якщо підприємницький задум виявився успішним, то організація починає розвиватись, її діяльність стабілізується: впроваджуються ефективні технології, розвивається організаційна структура управління, завойовується певний сегмент ринку, формується імідж. Усе це забезпечує конкурентоспроможність на ринку. Перетворення ризикованої підприємницької ідеї в стабільну справу, розраховану на стійке функціонування, відображає життєвий цикл організації.

На етапі існування підприємницької ідеї переважають інтереси особистості — підприємця. На етапі формування зрілої фірми особистісні інтереси стихають і на перший план виходять інтереси самої організації. Власником такої фірми вже буде не підприємець, а бізнесмен.

Поряд із відмінностями між підприємництвом та бізнесом між ними є спільні риси. Наприклад конкурентність кожної фірми залежатиме від її спроможності проводити організаційні та технологічні зміни відповідно до кон'юктур медичного ринку. Впровадження у виробничий процес нових методів діагностики та лікування завжди пов'язано з впровадженням нових ідей, які часто пов'язані в певним ризиком. Чим більше заклад має в своєму арсеналі підприємницьких розробок, тим більші його перспективи на ринку.

1.4. Менеджери та управлінці в галузі охорони здоров'я

Особливість галузі охорони здоров'я полягає в необхідності двох типів керівників: менеджерів та управлінців. Це пов'язано з тим, що на сьогодні в галузі охорони здоров'я функціонують два типи організацій.

Перший тип — державні заклади охорони здоров'я (лікарні, поліклініки, клініки при медичних науково-дослідних інститутах, санітарно-епідеміологічні станції, центри здоров'я тощо) функціонують як організації, які не є самостійними господарюючими суб'єктами. Такі заклади охорони здоров'я отримують фінансування з державного бюджету, держава чітко визначає і контролює всі статті витрат. Згідно з Конституцією, в Україні медична допомога надається населенню безкоштовно, й державні лікувально-профілактичні заклади не можуть установлювати за неї плату. Перелік медичних послуг, які можуть сплачуватися пацієнтами, не значний. Тому керівника державного лікувально-профілактичного закладу можна назвати управлінцем, а не менеджером.

Друга категорія управлінців — державні службовці, працівники органів державної влади, керівники органів управління охороною здоров'я. Вони формують державну політику та стратегію в галузі охорони здоров'я, організовують соціальне управління охороною громадського здоров'я.

Другий тип — заклади охорони здоров'я недержавної форми власності, що функціонують як самостійні господарюючі суб'єкти в умовах ринку. Управління такими закладами забезпечують менеджери в галузі охорони здоров'я.

Першим документом, у якому зазначено, що медичний менеджмент є новою для України спеціальністю, була програма реорганізації медичної допомоги «Перспектива-2010». Ця програма була схвалена на Першому всеукраїнському з'їзді медичних працівників у 1999 р.

У програмі зазначалось: «Медичний менеджмент — це цілком нова кваліфікація. Менеджер у сфері медичної допомоги керує інфраструктурою з метою ефективної ор-

ганізації діяльності надання медичних послуг. Такий спеціаліст має, з одного боку, підпорядковувати організаційні структури медичної допомоги завданням виконання замовлення, а з іншого — представляти інтереси сфери професійної медичної діяльності перед замовником з інших сфер, наполягаючи на таких обмеженнях параметрів замовлення, які продиктовані закономірностями організації охорони здоров'я.

У 2002 р. указом Президента України була затверджена «Концепція розвитку охорони здоров'я населення України». Згідно якої реформування системи охорони здоров'я передбачає здійснення заходів, спрямованих на здійснення інноваційної і кадрової політики в галузі.

Сутність інновації полягає в започаткуванні підготовки фахівців за новими спеціальностями:

- менеджер охорони здоров'я;
- економіст охорони здоров'я;
- спеціаліст з інформатики охорони здоров'я.

Фахівець з менеджменту в охороні здоров'я — це фахівець, підготовлений за різними освітньо-кваліфікаційними рівнями (бакалавр, спеціаліст, магістр), який здатний виконувати роботу з управлінської та економічної діяльності:

♦ в різних лінійних та функціональних підрозділах лікувально-профілактичних установ усіх форм власності;

- ♦ на підприємствах медичної та мікробіологічної промисловості,
- ♦ у фармацевтичних фірмах,
- ♦ на аптечних базах та складах,
- ♦ у магазинах «Оптика» та «Медтехніка»,
- ♦ у діагностичних центрах,
- ♦ у санаторно-курортних закладах,
- ♦ на санітарно-епідеміологічних станціях,
- ♦ у закладах медико-соціального захисту
- ♦ у структурах Товариства Червоного Хреста.

Фахівці з менеджменту в галузі охорони здоров'я можуть бути задіяні також як менеджери медичних закладів недержавної форми власності та установ медичного страхування.

У табл. 1.3 зазначено професійні назви робіт, які здатен виконувати бакалавр з менеджменту в галузі охорони здоров'я.

Таблиця 1.3

**ПРОФЕСІЙНІ НАЗВИ РОБІТ, ЯКІ ЗДАТЕН ВИКОНУВАТИ
БАКАЛАВР ПРОФЕСІЙНОГО СПРЯМУВАННЯ «МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ»,
ВАРІАТИВНА КОМПОНЕНТА «МЕНЕДЖМЕНТ ПІДПРИЄМСТВ
І ОРГАНІЗАЦІЙ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

№ з/п	Назва і шифр професійної групи	Професійна назва роботи
1	1475.4* Менеджери (управителі) з питань комерційної діяльності та управління	Менеджер (управитель) з персоналу установ в галузі охорони здоров'я. Менеджер (управитель) з постачання установ в галузі охорони здоров'я. Менеджер (управитель) зі збуту установ в галузі охорони здоров'я
2	1222.2*Начальники (інші керівники) та майстри виробничих дільниць (підрозділів) у промисловості	Завідувач майстерні «Медтехніка», «Оптика». Майстер дільниці в медичній промисловості. Керівник підрозділу протезно-ортопедичного виробництва

№	Назва і шифр професійної групи	Професійна назва роботи
3	1226.2*Начальники (інші керівники) та майстри в складському господарстві	Завідувач відділу аптечного складу (бази) відділ медичного скла; відділ допоміжних матеріалів, предметів догляду за хворими; відділ тари; відділ дезінфекційних засобів
4	1235*Керівники підрозділів матеріально-технічного постачання	Начальник відділу матеріально-технічного постачання в фармацевтичній промисловості, в територіальних медичних об'єднаннях
5	1239*Керівники інших функціональних підрозділів	Заступник головного лікаря з адміністративно-господарської роботи. Головна медична сестра лікувально-профілактичної установи
6	1317 Керівники малих підприємств без апарату управління в комерційному обслуговуванні	Керівник рекламного агентства фармацевтичної фірми, фірми із збуту медичних товарів, оптики, медичної техніки, медичних меблів, спецметодягу

Бакалавр професійного спрямування «Менеджмент організацій», варіативна компонента «Менеджмент підприємств і організацій у галузі охорони здоров'я» може займати первинні посади відповідно до професійних назв робіт, а також посади заступників у тих видах діяльності, які в табл.1.3 позначено зірочкою (*).

Професійна діяльність бакалавра з менеджменту підприємств і організацій у галузі охорони здоров'я на первинних посадах полягає в:

- реалізації загальних функцій управління шляхом здійснення переважно адміністраторських та операторських і частково евристичних процедур праці;
- прийнятті оперативних рішень у межах своєї компетенції;
- функціональній та інформаційній підготовці рішень;
- оперативному управлінні первинними підрозділами — лінійними (основна діяльність) або функціональними (підготовча та допоміжна діяльність), а також самостійними організаціями, які переважно не мають апарату управління;
- керівництві підлеглими, компетенція яких не вища за молодших спеціалістів та технічних службовців.

Основні напрями професійної діяльності бакалавра:

- ◆ організаційно-управлінська,
- ◆ адміністративно-господарська
- ◆ інформаційно-аналітична.

Бакалавр з менеджменту за умов набуття відповідного досвіду може адаптуватися до таких напрямів суміжної професійної діяльності, як економічна, маркетингова, обліково-контрольна.

Бакалавр з менеджменту підприємств і організацій у галузі охорони здоров'я має мати уміння, зазначені в табл. 1.4.

Фахівці, які мають диплом бакалавра з менеджменту підприємств і організацій в галузі охорони здоров'я, можуть продовжити навчання за програмою «спеціаліст» або «магістр».

Спеціаліст із менеджменту підприємств і організацій в галузі охорони здоров'я може займати первинні посади відповідно до професійних назв робіт, а також посади заступників у тих видах діяльності, які в табл. 1.5 позначено зірочкою (*).

УМІННЯ БАКАЛАВРА З МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВ І ОРГАНІЗАЦІЙ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
1. Планувальна	1.1. Розроблення тактичних та оперативних планів поточної діяльності	1.1.1. Здійснювати сценарне бізнес-планування, використовуючи висновки аналізу діяльності закладів у галузі охорони здоров'я та маркетингові дослідження. 1.1.2. Використовуючи сучасні методику проводити аналіз і розрахунок основних економічних показників діяльності установ у галузі охорони здоров'я з урахуванням інфляції національної валюти. 1.1.3. На основі даних статистичної звітності та бухгалтерського обліку оцінювати господарсько-економічний потенціал установи, розраховувати обсяги та динаміку розвитку, здійснювати прогноз. 1.1.4. За сучасними методиками здійснювати фінансове планування діяльності з урахуванням особливостей галузей охорони здоров'я, формувати та здійснювати податкову політику, забезпечуючи відтворення та зростання капіталу різної форми власності в галузі охорони здоров'я. 1.1.5. З урахуванням особливостей використання показників у галузі охорони здоров'я на підставі маркетингового підходу формувати програми реалізації, обґрунтовувати вибір найбільш економічних форм закладу охорони здоров'я надання медичних послуг. 1.1.6. Планувати систему заходів по забезпеченню необхідної якості медичного обслуговування. 1.1.7. Впровадити багатоваріантні розрахунки цін на товари та послуги, формувати цінову політику в галузі охорони здоров'я. 1.1.8. Оцінювати та формувати інвестиційний портфель закладів різної форми власності в галузі охорони здоров'я. 1.1.9. Формувати програми соціального розвитку колективу підприємства
	1.2. Планування потреби у ресурсах (матеріальних, фінансових, трудових)	1.2.1. На основі сучасних методик визначати ефективність використання ресурсів, обґрунтовувати шляхи їх заощадження. 1.2.2. Визначивши ефективність використання ресурсів на основі стандартних методик, вміти підбирати діагностичне, профілактичне та лікувальне обладнання з метою економії коштів. 1.2.3. З використанням сучасних методик і економіко-математичних моделей планувати потребу в медичних послугах, товарах медичного спрямування та інших матеріальних, фінансових та трудових ресурсах. Визначати постачальників товарів та інших ресурсів
	1.3. Розробка тактичних стратегічних напрямів розвитку підприємств. Забезпечення конкурентоспроможності	1.3.1. Розробляти тактичні цілі функціонування підприємств закладів у галузі охорони здоров'я в умовах конкуренції. 1.3.2. На основі діагностики внутрішнього середовища установи і аналізу факторів зовнішнього середовища розробляти тактичні та оперативні альтернативи розвитку підприємств. Забезпечувати на стадії планування високий рівень збалансованості його складових елементів.

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
		1.3.3. За результатами маркетингових досліджень і моніторингу конкурентів на локальному ринку медичних послуг оцінювати конкурентоспроможність установи та розробляти тактику отримання конкурентної переваги, основної конкурентної компетентності закладів в галузі охорони здоров'я. 1.3.4. Визначати можливі фактори ризику, оцінювати його рівні та обирати оптимальну тактику діяльності з урахуванням прийнятності рівня ризику. 1.3.5. Аналізувати продуктивність праці і розробляти заходи щодо її підвищення
	1.4. Розробка і впровадження нововведень	1.4.1. Розробляти інновації (нові технології товаропостачання та обслуговування, організаційні зміни) на основі аналізу демографічних показників, стану захворюваності населення України, ринкових тенденцій у галузі охорони здоров'я і змін макросередовища. 1.4.2. Використовуючи методи прогнозування, розробляти ідеї нових продуктів (товарів або послуг) в галузі охорони здоров'я відповідно до попиту споживачів. 1.4.3. Здійснювати моніторинг інновацій, розраховувати ефективність проєктів, виконувати економічне оцінювання нововведень. 1.4.4. Розраховувати потребу в інноваційних інвестиціях в галузі охорони здоров'я, здійснювати заходи по впровадженню економічно-обґрунтованих інновацій. 1.4.5. Підтримувати раціоналізаторські і новаторські пропозиції працівників. 1.4.6. Розробляти і здійснювати заходи щодо подолання опору інноваціям
	1.5. Прогнозування динаміки попиту	1.5.1. Розробляти план маркетингових досліджень і здійснювати маркетингові дослідження з метою визначення сегмента ринку медичних послуг, потенційних споживачів, їх поведінкових особливостей та мотивації попиту, форм та методів продажу, рекламно-комунікаційних заходів у галузі охорони здоров'я. 1.5.2. Обґрунтовувати варіанти гнучкої цінової політики в галузі охорони здоров'я в умовах змін попиту. 1.5.3. Аналізувати і прогнозувати основні кон'юктуроутворювальні фактори потенційних ринків збуту, виявляти нових покупців у галузі охорони здоров'я. 1.5.4. Розраховувати місткість ринку, прогнозувати попит на товари та послуги в галузі охорони здоров'я
	1.6. Формування оптимального асортименту товарів та послуг	1.6.1. За матеріалами маркетингових досліджень визначати позицію закладу охорони здоров'я різної форми власності на ринку медичних послуг, обирати свій сегмент. 1.6.2. З урахуванням особливостей використання медичних і фінансових показників у галузі охорони здоров'я на підставі маркетингового підходу формувати програми реалізації. 1.6.3. Досліджувати і прогнозувати вплив факторів сезонності, коригувати відповідні зміни асортименту товарів медичного спрямування та медичних послуг, сезонних цін. 1.6.5. Аналізувати, планувати та прогнозувати обсяг реалізації товарів медичного спрямування та медичних послуг в різні періоди

	1.7. Планування особистої роботи	1.7.1. На основі аналізу використання робочого часу складати плани особистої роботи, планувати час як ресурс
2. Організаційна	2.1. Послання всіх видів ресурсів, організування колективної праці по досягненню місці закладів у галузі охорони здоров'я	2.1.1. Підтримувати раціональну структуру і збалансованість поєднання всіх ресурсів закладів у галузі охорони здоров'я. 2.1.2. Розробляти і впроваджувати раціональні форми закладу охорони здоров'я праці. 2.1.3. На основі використання раціональних форм та методів закладу охорони здоров'я праці забезпечити виконання основних операцій по руху товарів медичного спрямування та обслуговування населення медичними послугами. 2.1.4. Розподіляти діяльність у часі і просторі, забезпечувати упорядкованість організаційної системи, підтримання її у стані динамічного розвитку. 2.1.5. Забезпечувати безпеку і ризикозахищеність діяльності установ різної форми власності в галузі охорони здоров'я. 2.1.6. Створювати належні умови для збереженості товарно-матеріальних цінностей та фармакологічних засобів.
		2.1.7. Забезпечувати організацію надання допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах різним категоріям пацієнтів, в різних сферах клінічної медицини. 2.1.8. Створювати належні умови для здійснення лікувального процесу в закладах медичного спрямування. 2.1.9. Організовувати лікувальне харчування в лікувально-профілактичних закладах. 2.1.10. Створювати належні умови для застосування лікувального та профілактичного масажу і лікувальної фізкультури в різних клінічних підрозділах. 2.1.11. Забезпечувати дотримання правил асептики і антисептики в лікувально-профілактичних закладах, організовувати проведення дезінфекції та стерилізації
	2.2. Організація та раціоналізація робочих місць	2.2.1. За результатами оцінки і атестації робочих місць розробляти раціональні схеми їх планування та закладу охорони здоров'я в галузі охорони здоров'я. 2.2.2. Впроваджувати передовий досвід оснащення робочих місць та їх обслуговування в галузі охорони здоров'я. 2.2.3. Створювати ділянки, служби та підрозділи, враховуючи масштаби та ротацію працівників в галузі охорони здоров'я
	2.3. Організація процесів управління	2.3.1. Використовуючи принципи та методи закладу охорони здоров'я управлінської праці в установах охорони здоров'я, вміти ефективно розподіляти повноваження в структурі апарату управління. 2.3.2. На базі інформації про можливості підлеглих здійснювати делегування повноважень. 2.3.3. Виходячи з групових норм та статусу членів групи, організовувати виконання функціонально пов'язаних дій та поєднання зусиль членів групи

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	2.4. Прийняття управлінських рішень	2.4.1. Використовуючи різні джерела інформації, формувати інформаційне забезпечення закладів у галузі охорони здоров'я. 2.4.2. Формулювати лікувальну, економічну, соціальну постановку завдань, брати участь у розробці алгоритмів і програм. 2.4.3. Ефективно використовуючи можливості автоматизованого робочого місця, оперативно обробляти значні масиви різноманітної інформації, провадити діагностику управлінської ситуації в умовах обмеженості часу. 2.4.4. Виходячи з критеріїв соціально-економічної та лікувально-оздоровчої ефективності та екологічної безпеки на основі наукових методів і моделей оцінювати альтернативи, обґрунтовувати й здійснювати вибір оптимальної альтернативи. 2.4.5. На основі сучасного програмного забезпечення та специфічних програм медичної статистики використовувати ЕОМ для оптимізації рішень в галузі охорони здоров'я. 2.4.6. Забезпечувати участь у прийнятті рішень працівників усіх рівнів
	2.5. Організація реалізації управлінських рішень	2.5.1. Структурувати завдання відповідно до кількості виконавців, визначати черговість робіт, розраховувати термін їх виконання, складати план заходів щодо реалізації рішення, враховуючи специфіку роботи установ в галузі охорони здоров'я. 2.5.2. Добирати виконавців відповідно до їх кваліфікації та ділових якостей, організовувати їх діяльність щодо виконання рішення, провадити інструкування виконавців, враховуючи специфіку роботи установ в галузі охорони здоров'я. 2.5.3. Регламентувати та нормувати роботу конкретного виконавця управлінського рішення, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я. 2.5.4. Будувати комунікаційну мережу для обміну інформації і зворотного процесу, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я
2.6. Організація антикризового управління		2.6.1. З урахуванням стартових можливостей і спеціалізації установ у галузі охорони здоров'я обирати ефективно-правову форму господарювання. 2.6.2. На основі чинного законодавства складати засновницькі документи, створювати і реєструвати підприємства з урахуванням особливостей різних організаційних форм та форм власності в галузі охорони здоров'я. 2.6.3. Ідентифікувати та аналізувати можливий вплив факторів ризику та виявляти симптоми кризових ситуацій у галузі охорони здоров'я. 2.6.4. Розробляти і впроваджувати запобіжні заходи щодо потенційних кризових ситуацій у діяльності установ у галузі охорони здоров'я. 2.6.5. Створювати системи комунікації, що відповідають кризовим ситуаціям, долати опір підлеглих у кризових ситуаціях, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я. 2.6.7. Розробляти заходи щодо подолання криз у діяльності установ у галузі охорони здоров'я, впроваджувати санацийні заходи

	2.7. Організація ділових контактів підприємства з зовнішнім середовищем	2.7.1. Визначити вплив факторів зовнішнього середовища, статистичних даних щодо здоров'я населення України, демографічних показників на діяльність установ у галузі охорони здоров'я, адаптувати їх до цих змін. 2.7.2. Установлювати, підтримувати і розвивати плідні ділові стосунки з організаціями і установами інших галузей народного господарства, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я
	2.8. Управління якістю конкурентоспроможності товарів та обслуговування медичного спрямування	2.8.1. Організовувати розробку програми забезпечення якості товарів та медичного обслуговування від проектування до експлуатації, впроваджувати наукові методи управління якістю продукції. 2.8.2. Формувати банк стандартів, технічних умов, сертифікатів; відстежувати зміни в них, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я. 2.8.3. Організовувати порівняльно-аналітичний моніторинг споживчої якості медичних товарів та медичних послуг, дослідження реакції споживачів на якість медичних товарів та послуг в галузі охорони здоров'я. 2.8.4. На основі маркетингового підходу вносити рекомендації щодо введення нових чи зміни існуючих вимог до якості товарів медичного спрямування та послуг враховуючи специфіку роботи установ в галузі охорони здоров'я
	2.9. Забезпечення захисних прав споживачів	2.9.1. На основі чинного законодавства і стандартів у галузі охорони здоров'я підтримувати на належному рівні якість медичного обслуговування, захищати споживача від дефектної продукції медичного спрямування та надання недоброякісних медичних послуг. 2.9.2. Співпрацювати з державними і громадськими інституціями в галузі охорони здоров'я, які забезпечують захист прав споживачів. 2.9.3. Забезпечувати надання якісної невідкладної доікарської медичної допомоги та здійснення догляду за хворими різного профілю
	2.10. Забезпечення охорони праці та техніки безпеки	2.10.1. Дотримуватися правових норм, галузевих регламентуючих нормативів охорони праці в галузі охорони здоров'я. 2.10.2. Розробляти заходи щодо покращання умов праці, запобігання професійним захворюванням і виробничому травматизму в галузі охорони здоров'я. 2.10.3. Проводити інструктування підлеглих в установах у галузі охорони здоров'я з техніки безпеки, забезпечувати навчання персоналу з питань охорони праці, техніки безпеки
	2.11. Забезпечення соціального захисту працівників	2.11.1. Дотримуватися чинного законодавства працівників у галузі охорони здоров'я щодо соціальних гарантій працівників. 2.11.2. Брати участь у розробці додаткових соціальних гарантій установ різної форми власності медичного спрямування, у підготовці колективного договору. 2.11.3. Проводити переговори між роботодавцями та працівниками щодо укладання колективного договору. 2.11.4. Конструктивно взаємодіяти з профспілками

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	2.12. Розробка раціональних форм закладу охорони здоров'я управління	2.12.1. Складати посадові інструкції та положення про структурні підрозділи установ у галузі охорони здоров'я. 2.12.2. Вдосконалювати організаційні та технологічні взаємозв'язки між підрозділами та службами установ в галузі охорони здоров'я, механізм їх координації. 2.12.3. Делегувати повноваження, розподіляти права, відповідальність та обов'язки між виконавцями
	2.13. Здійснення комерційної діяльності	2.13.1. За допомогою маркетингових досліджень і рекламної діяльності формувати попит на медичні товари та послуги, здійснювати маркетингову політику просування товарів на ринку медичних послуг. 2.13.2. На основі вивчення можливостей потенційних комерційних партнерів, аналізу ефективності господарських зв'язків з урахуванням територіального розміщення продуктивних сил, приймати рішення щодо каналів постачання та реалізації товарів на ринку медичних послуг. 2.13.3. За сучасними методами визначати, розраховувати і аналізувати комерційні ризики в галузі охорони здоров'я. 2.13.4. Здійснювати ринкове коригування цін на медичні товари та послуги медичного спрямування. 2.13.5. Обирати оптимальні маркетингові комунікації в галузі охорони здоров'я. 2.13.6. Укладати угоди з постачальниками та покупцями, враховуючи специфіку в галузі охорони здоров'я. 2.13.7. Організовувати рекламну діяльність, стимулювати продаж медичних товарів та використання медичних послуг. 2.13.8. Готувати і проводити сезонні ярмарки, виставки-продажі, інші форми активного продажу, пов'язані з медичними товарами та послугами
	2.15. Співпраця з банками та іншими кредитно-фінансовими установами	2.15.1. Забезпечувати своєчасне виконання зобов'язань перед державним бюджетом
2.16. Раціональна організація управлінської праці		2.16.1. Аналізувати витрати робочого часу, визначати пріоритетність видів діяльності, складати реалістичні гнучкі плани особистої роботи. 2.16.2. На основі планування робочого часу здійснювати раціональну організацію управлінської праці. 2.16.3. Організовувати і обладнувати робочі місця апарату управління, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.16.4. Працювати з фіксованою інформацією, з довідковою літературою, складати тексти доповідей, виступів, статей.

	2.16.5. Готувати і проводити наради та збори, здійснювати всі інші види управлінської діяльності; вести прийом відвідувачів, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.16.6. За допомогою технічних засобів зв'язку, безпосереднього спілкування підтримувати ділові контакти, вести ділову бесіду, в тому числі й однією з іноземних мов, із закордонними партнерами. 2.16.7. Співпрацювати з секретарем
2.17. Управління персоналом	На основі трудового законодавства: 2.17.1. Взаємодіяти з державними службами зайнятості, здійснювати добір, наймання кадрів, проводити співбесіду з претендентами, їх тестування, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.2. Здійснювати заходи щодо ефективної адаптації працівників, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.3. Застосовувати різноманітні методи оцінювання персоналу, розробляти плани розвитку персоналу підприємства, формувати резерв, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.4. Здійснювати вивільненні кадрів підприємства, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.5. Проводити облік кадрів на підприємстві, розраховувати структуру колективу та його чисельність, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.6. Аналізувати плинність кадрів, розробляти і впроваджувати заходи щодо стабілізації колективу, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я
2.18. Навчання підлеглих	2.18.1. Створювати підлеглим сприятливі умови для навчання та розвитку, виявляти та оцінювати індивідуальні потреби працівників у навчанні, розробляти проекти підготовки і підвищення кваліфікації кадрів, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.18.2. Забезпечувати зацікавленість працівників у навчанні та підвищенні кваліфікації, враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 2.18.3. Брати безпосередню участь у створенні закладу охорони здоров'я різних форм навчання в установах галузі охорони здоров'я, добирати викладачів і інструкторів, враховуючи специфіку галузі охорони здоров'я. 2.18.4. Обирати оптимальні види і форми навчання на підприємстві: консультування, навчання на досвіді, участь в управлінні, делегування повноважень і т.д., враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 2.18.6. Контролювати систематичність і якість проведення занять, виконання навчальних планів і програм, наслідки навчально-пізнавальної діяльності; аналізувати якісні показники результатів навчання та його ефективності, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.18.7. Складати кошторис витрат на розвиток кадрів, контролювати правильність використання коштів на ці цілі, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	2.19. Формування колективу та керівництва в ньому	2.19.1. Дати психолого-педагогічну характеристику особистості. 2.19.2. З урахуванням індивідуальних особливостей виконавців, грудової поведінки, сумісності, факторів матеріальної відповідальності добирати склад колективів. 2.19.3. Підтримувати на оптимальному рівні кількісне співвідношення між працівниками з урахуванням їх психологічної сумісності для регулювання групових стосунків всередині колективу. 2.19.4. Створювати і підтримувати соціально-економічні відносини між членами трудового колективу на правовій основі і демократичних засадах, формувати відчуття єдиної команди, враховувати думку підлеглих. 2.19.5. Формувати особистий авторитет, підтримувати авторитет колег та підлеглих. 2.19.6. Організовувати роботу щодо піднесення кваліфікаційного рівня працівників, їх службового просування, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я.
		2.19.7. Організовувати збір даних та діагностувати неформальні стосунки в колективі, співпрацювати з неформальними лідерами, усувати деструктивне лідерство. 2.19.8. Застосовувати різноманітні засоби керівництва: інформування, індивідуальну бесіду, обговорення, визнання, критику, осудження. 2.19.9. Гармонійно поєднувати індивідуальні, групові і масові форми виховної роботи, застосовувати методи повчання, створення орієнтуючих умов та особистого прикладу
	2.20 Генерування влади	2.20.1. Повною мірою використовувати свої повноваження і владу, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я, використовувати різноманітні засоби впливу на підлеглих. 2.20.2. Поєднувати офіційні повноваження та особистий авторитет, формувати власний гнучкий стиль керівництва
	2.21 Формування і розвиток організаційної культури	2.21.1. Дотримуватися етики управлінської діяльності, вдосконалювати стиль і методи керівництва персоналом, враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 2.21.2. Створювати умови для підвищення культурі працівників, підтримувати внутрішній потенціал оновлення, сприяти безперервному навчанню працівників, створювати умови для їх самовдосконалення, враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 2.21.3. Забезпечувати культуру процесів управління (прогресивної технології, раціональної закладу охорони здоров'я праці, ділового спілкування, діловості тощо). 2.21.4. Організовувати та підтримувати культуру умов праці (трудового середовища та робочих місць). 2.21.5. Забезпечувати ідентифікацію працівників з організаційною культурою, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я.
2.22 Формування іміджу підприємства		2.22.1. Виявляти і досліджувати образ установи, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я, створювати і підтримувати високу репутацію закладу охорони здоров'я. 2.22.2. Організовувати участь у благодійній та спонсорській діяльності. 2.22.3. Організовувати зв'язки з громадськістю, засобами масової інформації, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я

	2.23 Організація діловодства	2.23.1. Використовуючи оргтехніку, обладнання автоматизованого робочого місця, документально оформляти управлінські рішення, вести кореспонденцію, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.23.2. Розраховувати ефективність використання оргтехніки і потреби в ній, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.23.3. Формувати систему документів-регламентів регулювання організаційних відносин, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.23.4. Проводити розгляд пошти, працювати з заявами і скаргами споживачів медичних товарів та послуг в галузі охорони здоров'я. 2.23.5. Рационально організовувати і вести власний архів. 2.23.6. Розробляти заходи по вдосконаленню системи документообігу, організовувати рациональний рух документів у закладі охорони здоров'я, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.23.7. Документально оформлювати всі процеси менеджменту персоналу установ у галузі охорони здоров'я
3. Функція мотивації	3.1. Розробка ефективних систем мотивації та оплати праці	3.1.1. Забезпечувати узгодження інтересів працівників з інтересами організації у галузі охорони здоров'я. 3.1.2. Визначати потреби працівників, використовуючи індивідуальний підхід, розробляти і впроваджувати комплексні сучасні багатоаспектні мотиваційні заходи. 3.1.3. Створювати умови для трудової самореалізації співробітників установ у галузі охорони здоров'я. 3.1.4. Визначати ефективність використання діючих форм і систем заробітної плати установ у галузі охорони здоров'я, матеріального стимулювання, готувати пропозиції щодо їх удосконалення
	3.2. Створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі	3.2.1. За допомогою психологічних методів управління регулювати міжособові стосунки між членами трудового колективу. 3.2.2. Впорядкувати і гармонізувати соціальні стосунки нормами (формувати і підтримувати традиції, обряди, ритуали), враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 3.2.3. Сприяти розвитку творчого потенціалу працівників, гласно заохочувати за новаторські ідеї. 3.2.4. Використовувати методи пропаганди і агітації в поширенні лікувально-профілактичних, економічних, правових, естетичних та інших знань. 3.2.5. Запобігати стресу, використовувати соціально-припустимі способи його зняття. 3.2.6. Володіти методами збирання соціальної інформації (спостереження, аналіз документів, опитування, тестування, соціометрія та ін.) і методами кількісного та якісного оброблення даних (математичні, статистичні та ін.)
4. Функції контролю	4.1. Контролювання забезпеченості ресурсами, додержання технології обслуговування	4.1.1. На основі технології в галузі охорони здоров'я здійснювати контроль операцій процесу обслуговування населення медичними послугами. 4.1.2. Вести контроль реалізації медичних товарів, термінів реалізації. 4.1.3. Контролювати рівень товарних запасів, своєчасне поповнення необхідних ресурсів у галузі охорони здоров'я.

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
		4.1.4. Здійснювати контроль за витратами та збитками, контролювати фінансову конкурентоспроможність установ у галузі охорони здоров'я. 4.1.5. Контролювати збереженість товарно-матеріальних цінностей
	4.2. Контроль виконання управлінських рішень	4.2.1. Використовуючи принципи зворотного зв'язку, контролювати ефективність дій виконавців управлінських рішень у галузі охорони здоров'я. 4.2.2. Використовуючи методи лінійного контролю, оцінювати результати виконання управлінських рішень у галузі охорони здоров'я
	4.3. Контролювання охорони праці та техніки безпеки	4.3.1. Контролювати наявність інструктивно-методичної документації з охорони праці і забезпечення нею кожного робочого місця. 4.3.2. Забезпечувати попередній і поточний контроль охорони праці й техніки безпеки
	4.4. Контролювання якості обслуговування	4.4.1. Забезпечувати контроль системи підтримки якості надання медичних послуг населенню. 4.4.2. На основі нормативної документації обирати методи і визначати періодичність контролю якості медичних товарів та обслуговування в галузі охорони здоров'я. 4.4.3. Забезпечувати проведення причинно-наслідкового аналізу скарг покупців, враховуючи специфіку галузі охорони здоров'я
	4.5. Оцінювання і контроль виконання рішень, підтримка виконавської дисципліни	4.5.1. Одночасно паралельно контролювати кілька напрямів діяльності установ у галузі охорони здоров'я, оперативно реагувати на відхилення. 4.5.2. Формувати механізм оцінки суб'єктів діяльності закладів охорони здоров'я, систематично здійснювати процедури ефективного об'єктивного комплексного оцінювання результативності трудової діяльності. 4.5.3. Заохочувати підлеглих до розвитку самоконтролю та самодисципліни. 4.5.4. Розробляти і контролювати виконання правил внутрішнього розпорядку та правила роботи медичних установ. 4.5.5. На основі трудового законодавства здійснювати дисциплінарний вплив на порушників
	4.6. Контроль усіх видів розрахунків	4.6.1. Контролювати правильність встановлення цін на локальному ринку медичних послуг. 4.6.2. Контролювати своєчасність здійснення розрахунків і надходження платежів, оформлення фінансово-розрахункових і банківських операцій, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я
	4.7. Звітування про діяльність	4.7.1. Організовувати облік та звітність установ у галузі охорони здоров'я. 4.7.2. Складати первинну бухгалтерську та статистичну звітність за результатами роботи установ у галузі охорони здоров'я. 4.7.3. Складати довідки та звітність з усіх напрямів діяльності установ у галузі охорони здоров'я.

		4.7.4. Приймати звіти підлеглих, опрацьовувати первинну звітність, підводити підсумки та аналізувати результати роботи установ у галузі охорони здоров'я. 4.7.5. Контролювати стан документального забезпечення управління
5. Функція регулювання	5.1. Узгоджене використання всіх видів ресурсів; регулювання технологічних процесів	5.1.1. Збалансовувати узгоджене надходження та ефективне використання всіх ресурсів у часі і просторі, здійснювати маневрування всіма видами ресурсів специфічних для галузі охорони здоров'я. 5.1.2. На основі технології надання медичних послуг оперативно регулювати та задовольняти потреби населення в галузі охорони здоров'я. 5.1.3. Здійснювати стабілізаційний вплив, усувати відхилення у діяльності установ у галузі охорони здоров'я. 5.1.4. Проводити оперативні наради, враховуючи специфіку роботи медичних установ
	5.2. Управління конфліктами	5.2.1. Своєчасно діагностувати та аналізувати конфліктні ситуації, запобігати перетворенню їх на конфлікт, своєчасно нейтралізувати конфліктні ситуації, використовувати відповідні структурні та особистісні методи управління конфліктами. 5.2.2. З урахуванням соціальної справедливості регулювати задоволення заявок працівників на соціальне обслуговування, розподіл матеріальних і нематеріальних благ. 5.2.3. Інтерпретувати психічні стани і частково керувати ними. 5.2.4. Застосовувати стиль лідерства, який відповідає вимогам ситуації

**ПРОФЕСІЙНІ НАЗВИ РОБІТ, ЯКІ МОЖЕ ЗАЙМАТИ СПЕЦІАЛІСТ
З МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВ І ОРГАНІЗАЦІЙ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

№ з/п	Назва і шифр професійної групи	Професійна назва роботи
1	*1210.1. Керівники підприємств, установ та організацій	Заступник керівника оздоровчого комплексу, пансіонату, санаторно-курортного закладу
2	*1222.2. Начальники (інші керівники) та майстри виробничих дільниць (підрозділів) у промисловості	Завідувач майстерні «Медтехніка», «Оптика». Майстер дільниці в медичній промисловості. Керівник підрозділу протезно-ортопедичного виробництва
3	*1224. Керівники виробничих підрозділів в оптовій та роздрібній торгівлі	Завідувач магазину «Оптика», «Медтехніка», «Укрмедпостач», магазину хімреактивів та лабораторного скла, аптекарського магазину. Керівник представництва фармацевтичної фірми з реалізації лікарських препаратів
4	*1226.2. Начальники (інші керівники), та майстри на транспорті, у складському господарстві та зв'язку	Завідувач відділу аптечного складу (бази) відділу медичного скла; відділ допоміжних матеріалів, предметів догляду за хворими; відділ дезінфекційних засобів
5	*1229.6. Керівники підрозділів у сфері культури, відпочинку та спорту	Головний адміністратор, завідувач виставки медичних товарів, медичного обладнання, медичної техніки. Керівник підрозділу в санаторії-профілакторії, будинку відпочинку, лікувально-спортивному комплексі, пансіонаті, лікувально-оздоровчій базі, лікарсько-фізкультурному диспансері
6	*1229.7. Керівники інших основних підрозділів у системі охорони здоров'я	Заступник керівника районного (міського) комітету товариства Червоного Хреста. Заступник керівника районної (обласної) ради професійної спілки медичних працівників. Заступник керівника центру медичної статистики. Заступник керівника установи медичного страхування. Заступник керівник центру наукової медичної інформації. Начальник прес-центру. Головна медична сестра лікувально-профілактичної установи
7	1232. Керівники підрозділів кадрів і трудових відносин	Заступник головного лікаря (генерального директора медичного об'єднання) з кадрових питань. Начальник кабінету з техніки безпеки
8	1235. Керівники підрозділів матеріально-технічного постачання	Начальник відділу матеріально-технічного постачання в фармацевтичній промисловості, в територіальних медичних об'єднаннях
9	*1239. Керівники інших функціональних підрозділів	Заступник головного лікаря з адміністративно-господарської роботи
10	*1312. Керівники малих підприємств без апарату управління в промисловості	Директор (керівник) малого підприємства (фірми) з виробництва медичних товарів, препаратів, косметичних виробів, медичного спецодягу, протезно-ортопедичних виробів і т.ін.

№ з/п	Назва і шифр професійної групи	Професійна назва роботи
14	*1314. Керівники малих підприємств без апарату управління в оптовій та роздрібній торгівлі	Директор (керівник) малої торговельної фірми з реалізації медичних товарів, медичного устаткування та медичної техніки. Керуючий магазином «Медтехніка», «Оптика»
15	1317. Керівники малих підприємств без апарату управління у комерційному обслуговуванні	Керівник рекламного агентства фармацевтичної фірми, фірми із збуту медичних товарів, оптики, медичної техніки, медичних меблів, спецмедодягу
16	*1319. Керівники інших малих підприємств без апарату управління	Керівник фірми з прокату медичних товарів та предметів догляду за хворими. Керівник фірми, що надає послуги з догляду за хворими в домашніх умовах
17	2320. Викладачі середніх навчальних закладів	Викладач навчальних дисциплін з основ менеджменту в галузі охорони здоров'я, організації охорони здоров'я в медичному училищі (коледжі)
18	1475.4. Менеджери (управителі) з питань комерційної діяльності та управління	Менеджер (управитель) персоналу закладів охорони здоров'я. Менеджер (управитель) з постачання медичного спрямування. Менеджер (управитель) зі збуту товарів медичного спрямування
19	2419.2. Фахівці в галузі маркетингу, ефективності та раціоналізації виробництва	Економіст зі збуту медичних товарів. Фахівець з методів розширення ринків збуту у галузі охорони здоров'я. Фахівець з дослідження товарного ринку в галузі охорони здоров'я
20	2441.2. Економісти	Економіст з матеріально-технічного забезпечення в галузі охорони здоров'я
21	3431. Секретарі адміністративних органів	Секретар адміністративний у галузі управління охороною здоров'я. Секретар відповідальний в управлінні охороною здоров'я. Секретар правління в галузі управління охороною здоров'я

Професійна діяльність спеціаліста з менеджменту підприємств і організацій в галузі охорони здоров'я на первинних посадах полягає в:

- реалізації загальних функцій управління шляхом здійснення переважно евристичних та адміністраторських і частково операторських процедур праці;
- прийнятті тактичних і стратегічних рішень у межах своєї компетенції;
- тактичному (з елементами стратегії) управлінні первинними підрозділами — лінійними (основна діяльність) або функціональними (кадри, комерційний, постачання та збут, транспортний, зберігання, господарське та медичне забезпечення), а також самостійними організаціями на всіх стадіях їх життєвого циклу переважно без або з мінімумом апарату управління (заступник, бухгалтерія);
- керівництві підлеглими, компетенція яких не вища за молодших спеціалістів та бакалаврів.

Таблиця 1.6

ПЕРЕЛІК УМІНЬ СПЕЦІАЛІСТА З МЕНЕДЖМЕНТУ ПІДПРИЄМСТВ І ОРГАНІЗАЦІЙ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
1. Планувальна	1.1. Системний аналіз діяльності установи	1.1.1. З використанням сучасних методик з позицій системного підходу проводити комплексний аналіз діяльності установ в галузі охорони здоров'я. 1.1.2. Проводити системний аналіз макро- і мікросередовища медичних установ, моніторинг основних конкурентів на ринку, в тому числі на світовому. 1.1.1. Здійснювати сценарне бізнес-планування, використовуючи висновки аналізу діяльності закладів в галузі охорони здоров'я та маркетингові дослідження. 1.1.2. Використовуючи сучасні методики проводити аналіз і розрахунок основних економічних показників діяльності установ в галузі охорони здоров'я з урахуванням інфляції та конвертованості національної валюти. 1.1.3. На основі даних статистичної звітності та бухгалтерського обліку з основних господарських операцій оцінювати господарсько-економічний потенціал установи, розраховувати обсяги діяльності та динаміку розвитку, здійснювати довгостроковий прогноз. 1.1.4. За сучасними методиками здійснювати фінансове планування діяльності з урахуванням особливостей галузей охорони здоров'я і макроекономічних прогнозів, формувати та здійснювати податкову політику, забезпечуючи відтворення та зростання капіталу різної форми власності в галузі охорони здоров'я. 1.1.5. З урахуванням особливостей використання показників у галузі охорони здоров'я на підставі маркетингового підходу формувати програми реалізації, обґрунтовувати вибір найбільш економічних форм закладу охорони здоров'я надання медичних послуг. 1.1.6. Планувати систему заходів по забезпеченню необхідної якості обслуговування. 1.1.7. Впровадити багатоваріантні розрахунки цін на товари та послуги, формувати цінову політику у галузі охорони здоров'я. 1.1.8. Оцінювати та формувати інвестиційний портфель закладів різної форми власності в галузі охорони здоров'я. 1.1.9. Формувати програми соціального розвитку колективу підприємства
	1.2. Планування та прогнозування діяльності установ у галузі охорони здоров'я	1.2.1. Здійснювати сценарне бізнес-планування, використовуючи висновки аналізу діяльності закладів в галузі охорони здоров'я та маркетингові дослідження. 1.2.2. Використовуючи сучасні методики проводити аналіз і розрахунок основних економічних показників діяльності установ в галузі охорони здоров'я з урахуванням інфляції та конвертованості національної валюти. 1.2.3. На основі ланих статистичної звітності та бухгалтерського обліку з основних господарських операцій оцінювати господарсько-економічний потенціал установи, розраховувати обсяги діяльності та динаміку розвитку, здійснювати довгостроковий прогноз. 1.2.4. За сучасними методиками здійснювати фінансове планування діяльності з урахуванням особливостей галузей охорони здоров'я і макроекономічних прогнозів, формувати та здійснювати податкову політику, забезпечуючи відтворення та зростання капіталу різної форми власності в галузі охорони здоров'я.

	1.2.5. З урахуванням особливостей використання показників у галузі охорони здоров'я на підставі маркетингового підходу формувати програми реалізації, обґрунтувати вибір найбільш економічних форм закладу охорони здоров'я надання медичних послуг. 1.2.6. Планувати систему заходів по забезпеченню необхідної якості обслуговування. 1.2.7. Впровадити багатоваріантні розрахунки цін на товари та послуги, формувати цінову політику у галузі охорони здоров'я. 1.2.8. Оцінювати та формувати інвестиційний портфель закладів різної форми власності в галузі охорони здоров'я. 1.2.9. Формувати програми соціального розвитку колективу підприємства
1.3. Планування потреби у ресурсах (матеріальних, фінансових, трудових)	1.3.1. На основі сучасних методик визначати ефективність використання ресурсів, обґрунтовувати шляхи їх зосадження. 1.3.2. Визначивши ефективність використання ресурсів на основі стандартних методик, вміти підбирати діагностичне, профілактичне та лікувальне обладнання з метою економії коштів. 1.3.3. З використанням сучасних методик і економіко-математичних моделей планувати потребу в медичних послугах, товарах медичного спрямування та інших матеріальних, фінансових та трудових ресурсах. Визначати постачальників товарів та інших ресурсів.
1.4. Розробка стратегічних напрямів розвитку установ в галузі охорони здоров'я. Забезпечення конкурентоспроможності	1.4.1. На основі системного аналізу з урахуванням потенціалу установ та факторів зовнішнього середовища (демографічні показники, показники захворюваності населення і т. ін.) формувати місію закладу охорони здоров'я. 1.4.2. Розробляти стратегічні цілі функціонування підсистем закладів у галузі охорони здоров'я в умовах конкуренції. 1.4.3. На основі діагностики внутрішнього середовища установи і аналізу факторів зовнішнього середовища розробляти стратегічні альтернативи розвитку підсистем. Забезпечувати на стадії планування високий рівень збалансованості його складових елементів. 1.4.4. За результатами маркетингових досліджень і моніторингу конкурентів на локальному ринку медичних послуг оцінювати конкурентоспроможність установи та розробляти стратегію отримання конкурентної переваги, основної конкурентної компетенції закладів у галузі охорони здоров'я. 1.4.5. Визначити можливі фактори ризику, оцінювати його рівні та обирати оптимальну стратегію діяльності з урахуванням прийняттного рівня ризику. 1.4.6. Аналізувати продуктивність праці і розробляти заходи щодо її підвищення
1.5. Розробка і впровадження нововведень	1.5.1. Розробляти інновації (нові технології постачання товарів та послуг медичного спрямування, організаційні зміни) на основі аналізу демографічних показників, стану захворюваності населення України, ринкових тенденцій в галузі охорони здоров'я і змін макросередовища. 1.5.2. Використовуючи методи прогнозування, розробляти ідеї нових продуктів (товарів або послуг) в галузі охорони здоров'я відповідно до попиту покупців. 1.5.3. Здійснювати моніторинг інновацій, розраховувати ефективність проєктів, виконувати економічне оцінювання нововведень.

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
		1.5.4. Розраховувати потребу в інноваційних інвестиціях в галузі охорони здоров'я, здійснювати заходи по впровадженню економічно-обґрунтованих інновацій. 1.5.5. Підтримувати раціоналізаторські і новаторські пропозиції працівників. 1.5.6. Розробляти і здійснювати заходи щодо подолання опору інноваціям 1.6.1. Розробляти план маркетингових досліджень і здійснювати маркетингові дослідження з метою визначення сегменту ринку медичних послуг, потенційних споживачів, їх поведінкових особливостей та мотивації попиту, форм та методів продажу, рекламно-комунікаційних заходів в галузі охорони здоров'я. 1.6.2. Обґрунтовувати варіанти гнучкої цінової політики в галузі охорони здоров'я в умовах змін попиту. 1.6.3. Аналізувати і прогнозувати основні кон'юктуроутворюючі фактори потенційних ринків збуту, виявляти нових покупців у галузі охорони здоров'я. 1.6.4. Розраховувати місткість ринку, прогнозувати попит на товари та послуги в галузі охорони здоров'я
	1.7. Формування оптимального асортименту товарів та послуг у галузі охорони здоров'я	1.7.1. За матеріалами маркетингових досліджень визначати позицію закладу охорони здоров'я різної форми власності на ринку медичних послуг, обирати свій сегмент. 1.7.2. З урахуванням особливостей використання медичних і фінансових показників у галузі охорони здоров'я на підставі маркетингового підходу формувати програми реалізації. 1.7.3. Досліджувати і прогнозувати вплив факторів сезонності, коригувати відповідні зміни асортименту товарів медичного спрямування та медичних послуг, сезонних цін. 1.7.4. Аналізувати, планувати та прогнозувати обсяг реалізації товарів медичного спрямування та медичних послуг у різні періоди
	1.8. Планування особистої роботи	1.8.1. На основі аналізу використання робочого часу складати плани особистої роботи, планувати час як ресурс
2. Організаційна	2.1. Посадження всіх видів ресурсів, організовування колективної праці по досягненню місії закладів в галузі охорони здоров'я	2.1.1. Підтримувати раціональну структуру і збалансованість поєднання всіх ресурсів закладів у галузі охорони здоров'я. 2.1.2. Розробляти і впроваджувати раціональні форми закладу охорони здоров'я праці. 2.1.3. На основі використання раціональних форм та методів закладу охорони здоров'я праці забезпечити виконання основних операцій по руху товарів медичного спрямування та обслуговування населення медичними послугами. 2.1.4. Синхронізувати зусилля, розподіляти діяльність у часі й просторі, забезпечувати упорядкованість організаційної системи, підтримання її в стані динамічного розвитку. 2.1.5. Забезпечувати безпеку і ризикозахищеність діяльності установ різної форми власності в галузі охорони здоров'я.

		2.1.6. Створювати належні умови для збереженості товарно-матеріальних цінностей та фармацевтичних засобів. 2.1.7. Створювати належні умови для здійснення лікувального процесу в закладах охорони здоров'я з дотриманням технологій медичного обслуговування
	2.2. Організація та раціоналізація робочих місць	2.2.1. За результатами оцінки і атестації робочих місць розробляти раціональні схеми їх планування та закладу охорони здоров'я в галузі охорони здоров'я. 2.2.2. Впроваджувати передовий досвід оснащення робочих місць та їх обслуговування в галузі охорони здоров'я. 2.2.3. Створювати ділянки, служби та підрозділи, враховуючи масштаби та ротацію працівників у галузі охорони здоров'я
	2.3. Організація процесів управління	2.3.1. Використовуючи принципи та методи закладу охорони здоров'я управлінської праці в установах охорони здоров'я, вміти ефективно розподіляти повноваження в структурі апарату управління. 2.3.2. На базі інформації про можливості підлеглих здійснювати делегування повноважень. 2.3.3. Виходячи з групових норм та статусу членів групи, організовувати виконання функціонально пов'язаних дій та поєднання зусиль членів групи
	2.4. Прийняття управлінських рішень	2.4.1. Використовуючи різні джерела інформації, формувати інформаційне забезпечення закладів в галузі охорони здоров'я. 2.4.2. Формулювати лікувальну, економічну, соціальну постановку задач, брати участь у роботі алгоритмів і програм. 2.4.3. Ефективно використовуючи можливості автоматизованого робочого місця, оперативно обробляти значні масиви різноманітної інформації, провадити діагностику управлінської ситуації в умовах обмеженості часу.
		2.4.4. На основі інформаційного забезпечення і комп'ютерних технологій розробляти достатню кількість альтернативних варіантів рішень, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я. 2.4.5. Виходячи з критеріїв соціально-економічної та лікувально-оздоровчої ефективності та екологічної безпеки на основі наукових методів і моделей оцінювати альтернативи, обґрунтовувати й здійснювати вибір оптимальної альтернативи. 2.4.6. На основі сучасного програмного забезпечення та специфічних програм медичної статистики використовувати ЕОМ для оптимізації рішень у галузі охорони здоров'я. 2.4.7. Відстежувати зміни у законодавстві, орієнтуватися у нормативних актах, забезпечувати правомочність діяльності, враховуючи особливості законодавства України про охорону здоров'я. 2.4.8. Забезпечувати участь у прийнятті рішень працівників усіх рівнів
	2.5. Організація реалізації управлінських рішень	2.5.1. Структурувати завдання відповідно до кількості виконавців, визначати черговість робіт, розраховувати термін їх виконання, складати план заходів щодо реалізації рішення, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я.

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
		2.5.2. Добирати виконавців відповідно до їх кваліфікації та ділових якостей, організовувати їх діяльність щодо виконання рішення, провадити інструктування виконавців, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я. 2.5.3. Регламентувати та нормувати роботу конкретного виконавця управлінського рішення, враховуючи специфіку роботи установ в галузі охорони здоров'я. 2.5.4. Будувати комунікаційну мережу для обміну інформації і зворотного процесу, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я
	2.6. Організація антикризового управління	2.6.1. З урахуванням стартових можливостей і спеціалізації установ у галузі охорони здоров'я обирати ефективно-правову форму господарювання. 2.6.2. На основі чинного законодавства складати засновницькі документи, створювати і реструктуризувати підприємства з урахуванням особливостей різних організаційних форм та форм власності в галузі охорони здоров'я. 2.6.3. Ідентифікувати та аналізувати можливий вплив факторів ризику та виявляти симптоми кризових ситуацій в галузі охорони здоров'я. 2.6.4. Розробляти і впроваджувати запобіжні заходи щодо потенційних кризових ситуацій в діяльності установ в галузі охорони здоров'я. 2.6.5. Забезпечувати ефективні форми реінвестицій установ в галузі охорони здоров'я. 2.6.6. Створювати системи комунікацій, що відповідають кризовим ситуаціям, долати опір підлеглих у кризових ситуаціях, враховуючи специфіку роботи установ в галузі охорони здоров'я. 2.6.7. Розробляти заходи щодо подолання криз у діяльності установ в галузі охорони здоров'я, впроваджувати санітарні заходи
2.7. Організація ділових контактів підприємства з зовнішнім середовищем		2.7.1. Визначити вплив факторів зовнішнього середовища, статистичних даних щодо здоров'я населення України, демографічних показників на діяльність установ у галузі охорони здоров'я, адаптувати їх до цих змін. 2.7.2. Використовуючи нормативно-правові інструменти законодавства України про охорону здоров'я, на основі досліджень взаємодій з зовнішнім середовищем, організовувати співпрацю з суб'єктами макросередовища. 2.7.3. Встановлювати, підтримувати і розвивати плідні ділові стосунки з організаціями і установами інших галузей народного господарства, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я. 2.7.4. Забезпечувати захист інтересів установ в галузі охорони здоров'я в системі корпоративного бізнесу.

2.8. Управління якістю кон- курентоспроможності то- варів та обслуговування медичного спрямування	2.8.1. Організовувати розробку програми забезпечення якості товарів та медичного обслуговування від проектування до експлуатації, впроваджувати наукові методи управління якістю продукції. 2.8.2. Формувати банк стандартів, технічних умов, сертифікатів; відстежувати зміни у них, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я. 2.8.3. Організовувати порівняльно-аналітичний моніторинг споживчої якості медичних товарів та медичних послуг, дослідження реакції споживачів на якість медичних товарів та послуг у галузі охорони здоров'я. 2.8.4. На основі маркетингового підходу вносити рекомендації щодо введення нових чи зміни існуючих вимог до якості товарів медичного спрямування та послуг враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я
2.9. Забезпечення захис- них прав споживачів	2.9.1. На основі чинного законодавства і стандартів у галузі охорони здоров'я підтримувати на належному рівні якість медичного обслуговування, захищати споживача від дефектної продукції медичного спрямування та надання недоброякісних медичних послуг. 2.9.2. Співпрацювати з державними і громадськими інституціями в галузі охорони здоров'я, які забезпечують захист прав споживачів. 2.9.3. Слідкувати за організацією якісної медичної допомоги та догляду за хворими в різних закладах охорони здоров'я
2.10. Забезпечення охо- рони праці та техніки безпеки	2.10.1. Дотримуватися правових норм, галузевих регламентуючих нормативів охорони праці в галузі охорони здоров'я. 2.10.2. Розробляти заходи щодо покращання умов праці, запобігання професійним захворю- ванням і виробничому травматизму в галузі охорони здоров'я. 2.10.3. Проводити інструкування підлеглих в установах у галузі охорони здоров'я з техніки безпеки, забезпечувати навчання персоналу з питань охорони праці, техніки безпеки
2.11. Забезпечення соціа- льного захисту працівни- ків	2.11.1. Дотримуватися чинного законодавства працівників у галузі охорони здоров'я щодо со- ціальних гарантій працівників. 2.11.2. Брати участь у розробці додаткових соціальних гарантій установ різної форми власно- сті медичного спрямування, у підготовці колективного договору. 2.11.3. Проводити переговори між роботодавцями та працівниками щодо укладання колектив- ного договору. 2.11.4. Конструктивно взаємодіяти з профспілками
2.12. Розробка раціональ- них форм закладу охоро- ни здоров'я управління	2.12.1. Аналізувати діючі організаційні структури управління установ у галузі охорони здоров'я. 2.12.2. Збалансовувати відповідальність та повноваження, визначати та формувати центри відповідальності в установах галузі охорони здоров'я. 2.12.3. На основі розподілу повноважень та відповідальності між ланками та рівнями установ у галузі охорони здоров'я проектувати організаційні структури управління. 2.12.4. Складати посадові інструкції та положення про структурні підрозділи установ у галузі охорони здоров'я. 2.12.5. Вдосконалювати організаційні та технологічні взаємозв'язки між підрозділами та слу- жбами установ у галузі охорони здоров'я, механізм їх координації. 2.12.6. Делегувати повноваження, розподіляти права, відповідальність та обов'язки між виконавцями

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	2.13. Здійснення комерційної діяльності	2.13.1. За допомогою маркетингових досліджень і рекламної діяльності формувати попит на медичні товари та послуги, здійснювати маркетингову політику просування товарів на ринку медичних послуг. 2.13.2. На основі вивчення можливостей потенційних комерційних партнерів, аналізу ефективності господарських зв'язків з урахуванням територіального розміщення продуктивних сил, приймати рішення щодо каналів постачання та реалізації товарів на ринку медичних послуг. 2.13.3. За сучасними методиками визначати, розраховувати і аналізувати комерційні ризики в галузі охорони здоров'я. 2.13.4. Здійснювати ринкове коригування цін на медичні товари та послуги медичного спрямування. 2.13.5. Обирати оптимальні маркетингові комунікації в галузі охорони здоров'я. 2.13.6. Укладати угоди з постачальниками та покупцями, враховуючи специфіку в галузі охорони здоров'я. 2.13.7. Організовувати рекламну діяльність, стимулювати продаж медичних товарів та виконання медичних послуг. 2.13.8. Готувати і провадити сезонні ярмарки, виставки-продажі, інші форми активного продажу, пов'язані з медичними товарами та послугами
	2.14. Організація зовнішньоекономічної діяльності	2.14.1. Обґрунтовувати альтернативні стратегії зовнішньоекономічної діяльності, а також механізми реалізації в галузі охорони здоров'я. 2.14.2. Аналізувати імпортні потреби закладів та їх експортні можливості в галузі охорони здоров'я. 2.14.3. На основі ринкових досліджень вивчати можливості потенційних закордонних партнерів в галузі охорони здоров'я, аналізувати ефективність зовнішньоекономічних зв'язків з урахуванням світового розподілу праці. 2.14.4. Приймати рішення щодо каналів надходження товарних ресурсів в галузі охорони здоров'я, укладати угоди з закордонними постачальниками та покупцями і забезпечувати їх реалізацію в галузі охорони здоров'я. 2.14.5. На основі досліджень світового ринку в галузі охорони здоров'я, вивчати можливості закордонних партнерів, оцінювати конкурентний статус і потенціал співвласників спільного підприємства, можливості спеціалізованих в напрямку охорони здоров'я, благодійних фондів. 2.14.6. Готувати документи щодо створення спільних підприємств в галузі охорони здоров'я для установ недержавної форми власності. 2.14.7. Здійснювати контрольно-аналітичні функції щодо зовнішньоекономічної діяльності установ в галузі охорони здоров'я недержавної форми власності
	2.15. Співпраця з банками та іншими кредитно-фінансовими установами	2.15.1. Відповідно до регламентуючих документів установ недержавної форми власності в галузі охорони здоров'я співпрацювати з банками, страховими компаніями та іншими кредитно-фінансовими системами. 2.15.2. Забезпечувати своєчасне виконання зобов'язань перед державним бюджетом

2.16. Рациональна організація управлінської праці	2.16.1. Аналізувати витрати робочого часу, визначати пріоритетність видів діяльності, скласти реалістичні гнучкі плани особистої роботи. 2.16.2. На основі планування робочого часу здійснювати раціональну організацію управлінської праці. 2.16.3. Організовувати і обладнувати робочі місця апарату управління, враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 2.16.4. Працювати з фіксованою інформацією, з довідковою літературою, складати тексти доповідей, виступів, статей. 2.16.5. Готувати і проводити наради та збори, здійснювати всі інші види управлінської діяльності; вести прийом відвідувачів, враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 2.16.6. За допомогою технічних засобів зв'язку, безпосереднього спілкування підтримувати ділові контакти, вести ділову бесіду, в тому числі й однією з іноземних мов, з закордонними партнерами. 2.16.7. Співпрацювати з секретарем
2.17. Управління персоналом	На основі трудового законодавства: 2.17.1. Взаємодіяти з державними службами зайнятості, здійснювати добір, наймання кадрів, проводити співбесіду з претендентами, їх тестування, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.2. Здійснювати заходи щодо ефективної адаптації працівників, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.3. Застосовувати різноманітні методи оцінювання персоналу, розробляти плани розвитку персоналу підприємства, формувати резерв, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.4. Здійснювати вивільненні кадрів підприємства, враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 2.17.5. Проводити облік кадрів на підприємстві, розраховувати структуру колективу та його чисельність, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.17.6. Аналізувати плінність кадрів, розробляти і впроваджувати заходи щодо стабілізації колективу, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я
2.18. Навчання підлеглих	2.18.1. Створювати підлеглим сприятливі умови для навчання та розвитку, виявляти та оцінювати індивідуальні потреби працівників у навчанні, розробляти проекти планів підготовки і підвищення кваліфікації кадрів, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.18.2. Забезпечувати зацікавленість працівників у навчанні та підвищенні кваліфікації, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.18.3. Брати безпосередню участь в закладу охорони здоров'я різних форм навчання в установах галузі охорони здоров'я, добирати викладачів і інструкторів, враховуючи специфіку галузі охорони здоров'я. 2.18.4. Обирати оптимальні види і форми навчання на підприємстві: консультування, навчання на досвіді, участь в управлінні, делегування повноважень і т.д., враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.18.6. Контролювати систематичність і якість проведення занять, виконання навчальних планів і програм, наслідки навчально-пізнавальної діяльності; аналізувати якісні показники результатів навчання та його ефективності, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.18.7. Складати кошторис витрат на розвиток кадрів, контролювати правильність використання коштів на ці цілі, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	2.19. Формування колективу та керівництва в ньому	2.19.1. Дати психолого-педагогічну характеристику особистості. 2.19.2. З урахуванням індивідуальних особливостей виконавців, грудової поведінки, сумісності, факторів матеріальної відповідальності добирати склад колективів. 2.19.3. Підтримувати на оптимальному рівні кількісне співвідношення між працівниками з урахуванням їх психологічної сумісності для регулювання групових стосунків всередині колективу. 2.19.4. Створювати і підтримувати соціально-економічні відносини між членами трудового колективу на правовій основі і демократичних засадах, формувати відчуття єдиної команди, враховувати думку підлеглих. 2.19.5. Формувати особистий авторитет, підтримувати авторитет колег та підлеглих. 2.19.6. Організовувати роботу щодо піднесення кваліфікаційного рівня працівників, їх службового просування, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.19.7. Організовувати збір даних та діагностувати неформальні стосунки у колективі, співпрацювати з неформальними лідерами, усувати деструктивне лідерство. 2.19.8. Застосовувати різноманітні засоби керівництва: інформування, індивідуальну бесіду, обговорення, визнання, критику, осудження. 2.19.9. Гармонійно поєднувати індивідуальні, групові і масові форми виховної роботи, застосовувати методи повчання, створення орієнтуючих умов та особистого прикладу
2.20. Генерування влади		2.20.1. Повною мірою використовувати свої повноваження і владу, враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я, використовувати різноманітні засоби впливу на підлеглих. 2.20.2. Поєднувати офіційні повноваження та особистий авторитет, формувати власний гнучкий стиль керівництва
2.21. Формування і розвиток організаційної культури		2.21.1. Дотримуватися етики управлінської діяльності, вдосконалювати стиль і методи керівництва персоналом, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.21.2. Створювати умови для підвищення культури працівників, підтримувати внутрішній потенціал оновлення, сприяти безперервному навчанню працівників, створювати умови для їх самовдосконалення, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.21.3. Забезпечувати культуру процесів управління (прогресивної технології, раціональної закладу охорони здоров'я праці, ділового спілкування, діловитості тощо). 2.21.4. Організовувати та підтримувати культуру умов праці (трудового середовища та робочих місць). 2.21.5. Забезпечувати ідентифікацію працівників з організаційною культурою, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я

	2.22. Формування іміджу підприємства	2.22.1. Виявляти і досліджувати образ установи враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я, створювати і підтримувати високу репутацію закладу охорони здоров'я. 2.22.2. Організовувати участь у благодійній та спонсорській діяльності. 2.22.3. Організовувати зв'язки з громадськістю, засобами масової інформації, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я
	2.23. Організація діловодства	2.23.1. Використовувати оргтехніку, обладнання автоматизованого робочого місця, документально оформляти управлінські рішення, вести кореспонденцію, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.23.2. Розраховувати ефективність використання оргтехніки і потреби в ній, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.23.3. Формувати систему документів-регламентів регулювання організаційних відносин, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.23.4. Проводити розгляд пошти, працювати з заявами і скаргами покупців медичних товарів та послуг у галузі охорони здоров'я. 2.23.5. Рационально організовувати і вести власний архів. 2.23.6. Розробляти заходи по вдосконаленню системи документообігу, організовувати раціональний рух документів у закладу охорони здоров'я, враховуючи специфіку установ у галузі охорони здоров'я. 2.23.7. Документально оформлювати всі процеси менеджменту персоналу установ у галузі охорони здоров'я
3. Функція мотивації	3.1. Розробка ефективних систем мотивації та оплати праці	3.1.1. Забезпечувати узгодження інтересів працівників з інтересами організації у галузі охорони здоров'я. 3.1.2. Визначати потреби працівників, використовуючи індивідуальний підхід, розробляти і впроваджувати комплексні сучасні багатогранні мотиваційні заходи. 3.1.3. Створювати умови для трудової самореалізації співробітників установ у галузі охорони здоров'я. 3.1.4. Використовувати індивідуальний підхід, добирати і застосовувати різноманітні стимули у їх взаємозв'язку. 3.1.5. Визначати ефективність використання діючих форм і систем заробітної плати установ в галузі охорони здоров'я, матеріального стимулювання, готувати пропозиції щодо їх удосконалення
	3.2. Створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі	3.2.1. За допомогою психологічних методів управління регулювати між особові стосунки між членами трудового колективу. 3.2.2. Впорядковувати і гармонізувати соціальні стосунки нормами (формувати і підтримувати традиції, обряди, ритуали), враховуючи специфіку установ в галузі охорони здоров'я. 3.2.3. Сприяти розвитку творчого потенціалу працівників, гласно заохочувати за новаторські ідеї. 3.2.4. Використовувати методи пропаганди і агітації у поширенні лікувально-профілактичних, економічних, правових, естетичних та інших знань.

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
		3.2.5. Запобігати стресу, використовувати соціально-припустимі способи його зняття. 3.2.6. Володіти методами збирання соціальної інформації (спостереження, аналіз документів, опитування, тестування, соціометрія та ін.) і методами кількісної і якісної обробки даних (математичні, статистичні та ін.)
4. Функції контролю	4.1. Контролювання забезпеченості ресурсами, додержання технології обслуговування	4.1.1. На основі технології в галузі охорони здоров'я здійснювати контроль за якісним забезпеченням населення медичними послугами. 4.1.2. Вести контроль реалізації медичних товарів, термінів реалізації. 4.1.3. Контролювати рівень товарних запасів, своєчасне поповнення необхідних ресурсів у галузі охорони здоров'я. 4.1.4. Здійснювати контроль за витратами та збитками, контролювати фінансову конкурентоспроможність установ у галузі охорони здоров'я. 4.1.5. Проводити моніторинг виконання угод з постачальниками та покупцями, в тому числі закордонними в галузі охорони здоров'я. 4.1.6. Контролювати збереженість товарно-матеріальних цінностей. 4.1.7. Проводити моніторинг виконання умов благодійних фондів та спонсорів у галузі охорони здоров'я
	4.2. Контроль виконання управлінських рішень	4.2.1. Використовуючи принципи зворотного зв'язку, контролювати ефективність дій виконавців управлінських рішень у галузі охорони здоров'я. 4.2.2. Використовуючи методи лінійного контролю, оцінювати результати виконання управлінських рішень у галузі охорони здоров'я
	4.3. Контролювання охорони праці та техніки безпеки	4.3.1. Контролювати наявність інструктивно-методичної документації з охорони праці і забезпечення нею кожного робочого місця. 4.3.2. Забезпечувати попередній і поточний контроль охорони праці і техніки безпеки.
	4.4. Контролювання якості обслуговування	4.4.1. Забезпечувати контроль системи підтримки якості надання медичних послуг населенню. 4.4.2. На основі нормативної документації обирати методи і визначати періодичність контролю якості медичних товарів та обслуговування в галузі охорони здоров'я. 4.4.3. Забезпечувати проведення причинно-наслідкового аналізу скарг покупців, враховуючи специфіку галузі охорони здоров'я
	4.5. Оцінювання і контроль виконання рішень, підтримка виконавської дисципліни	4.5.1. Одночасно паралельно контролювати кілька напрямів діяльності установ у галузі охорони здоров'я, оперативно реагувати на відхилення. 4.5.2. Формувати механізм оцінки суб'єктів діяльності закладів охорони здоров'я, систематично здійснювати процедури ефективного об'єктивного комплексного оцінювання результативності трудової діяльності.

		4.5.3. Заохочувати підлеглих до розвитку самоконтролю та самодисципліни. 4.5.4. Розробляти і контролювати виконання правил внутрішнього розпорядку та правила роботи медичних установ. 4.5.5. На основі трудового законодавства здійснювати дисциплінарний вплив на порушників 4.6.1. Контролювати правильність встановлення цін на локальному ринку медичних послуг. 4.6.2. Контролювати своєчасність здійснення розрахунків і надходження платежів, оформлення фінансово-розрахункових і банківських операцій, враховуючи специфіку роботи установ у галузі охорони здоров'я 4.7.1. Організовувати облік та звітність установ у галузі охорони здоров'я. 4.7.2. Складати первинну бухгалтерську та статистичну звітність за результатами роботи установ у галузі охорони здоров'я 4.7.3. Складати довідки та звітність з усіх напрямків діяльності установ у галузі охорони здоров'я. 4.7.4. Приймати звіти підлеглих, опрацьовувати первинну звітність, підводити підсумки та аналізувати результати роботи установ у галузі охорони здоров'я. 4.7.5. Контролювати стан документального забезпечення управління
	4.6. Контроль усіх видів розрахунків	
	4.7. Звітування про діяльність	
5. Функція регулювання	5.1. Узгоджене використання всіх видів ресурсів; регулювання технологічних процесів	5.1.1. Збалансовувати узгоджене надходження та ефективне використання всіх ресурсів у часі і просторі, здійснювати маневрування всіма видами ресурсів специфічних для галузі охорони здоров'я. 5.1.2. На основі технології надання медичних послуг оперативно регулювати та задовольняти потреби населення в галузі охорони здоров'я. 5.1.3. Здійснювати стабілізаційний вплив, усувати відхилення у діяльності установ у галузі охорони здоров'я. 5.1.4. Проводити оперативні наради, враховуючи специфіку роботи медичних установ
	5.2. Управління конфліктами	5.2.1. Своєчасно діагностувати та аналізувати конфліктні ситуації, запобігати перетворенню їх на конфлікт, своєчасно нейтралізувати конфліктні ситуації, використовувати відповідні структурні та особистісні методи управління конфліктами. 5.2.2. З урахуванням соціальної справедливості регулювати задоволення заявок працівників на соціальне обслуговування, розподіл матеріальних і нематеріальних благ 5.2.3. Інтерпретувати психічні стани і частково керувати ними. 5.2.4. Застосовувати стиль лідерства, який відповідає вимогам ситуації

Основні напрями професійної діяльності спеціаліста:

- ♦ організаційно-управлінська;
- ♦ адміністративно-господарська;
- ♦ інформаційно-аналітична.

Спеціаліст з менеджменту підприємств і організацій у галузі охорони здоров'я за умов набуття відповідного досвіду може адаптуватися до таких напрямів суміжної професійної діяльності:

- економічна;
- маркетингова;
- обліково-контрольна;
- зовнішньоекономічна;
- освітня;
- науково-дослідницька.

Перелік умінь спеціаліста з менеджменту підприємств і організацій в галузі охорони здоров'я представлено в табл. 1.6.

Магістр із менеджменту в галузі охорони здоров'я підготовлений до роботи за кількома з видів і найменувань економічної діяльності за Державним класифікатором видів економічної діяльності ДК 009–96, затвердженим наказом держстандарту України від 22.10.96 р. № 441. Види та найменування економічної діяльності магістрів з менеджменту в галузі охорони здоров'я зазначено в табл. 1.7.

Таблиця 1.7

**ВИДИ І НАЙМЕНУВАННЯ ЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАГІСТРІВ
З МЕНЕДЖМЕНТУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

№ з/п	Назва	Код ISIC
1	Діяльність з охорони здоров'я людини	N-851
2	Соціальна допомога з забезпеченням проживання	N-853
3	Дослідження та розробки	K-73
4	Навчання дорослих та інша діяльність у сфері освіти. Професійно-технічна освіта. Навчання дорослих та інші види освіти	M-80.4 M-80.22 M-80.42.0

Магістр із менеджменту в галузі охорони здоров'я може обіймати первинні посади відповідно до професійних назв робіт, а також посади заступників у тих видах діяльності, які у таблиці 1.8 позначено зірочкою (*).

Таблиця 1.8

**ПРОФЕСІЙНІ НАЗВИ РОБІТ, ЯКІ ЗДАТЕН ВИКОНУВАТИ МАГІСТР
З МЕНЕДЖМЕНТУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

№ з/п	Назва і шифр професійної групи	Професійна назва роботи
1	*1210.1. Керівники підприємств, установ та організацій	Керівник оздоровчого комплексу, пансіонату, санаторно-курортного закладу
2	*1222.2. Начальники (інші керівники) та майстри виробничих дільниць (підрозділів) у промисловості	Завідувач майстерні «Медтехніка», «Оптика». Майстер дільниці в медичній промисловості. Керівник підрозділу протезно-ортопедичного виробництва

№ з/п	Назва і шифр професійної групи	Професійна назва роботи
3	*1224 Керівники виробничих підрозділів в оптовій та роздрібній торгівлі	Завідувач магазину «Оптика», «Медтехніка», «Укрмедпостач», магазину хімреактивів та лабораторного скла, аптекарського магазину. Керівник представництва фармацевтичної фірми з реалізації лікарських препаратів
4	*1226.2. Начальники (інші керівники), та майстри на транспорті, у складському господарстві та зв'язку	Завідувач відділу аптечного складу (бази) відділу медичного скла; відділ допоміжних матеріалів, предметів догляду за хворими; відділ дезінфекційних засобів
5	*1229.6. Керівники підрозділів у сфері культури, відпочинку та спорту	Головний адміністратор, завідувач виставки медичних товарів, медичного обладнання, медичної техніки. Керівник підрозділу в санаторії-профілакторії, будинку відпочинку, лікувально-спортивному комплексі, пансіонаті, лікувально-оздоровчій базі, лікарсько-фізкультурному диспансері
6	2310.2. Інші викладачі університетів та вищих навчальних закладів	Асистент. Викладач вищого навчального закладу
7	2351.1. Наукові співробітники (методи навчання)	Молодший науковий співробітник (методи навчання). Викладач (методи навчання). Методист з економічної освіти
8	2359.1. Інші наукові співробітники в галузі навчання	Молодший науковий співробітник (в інших галузях навчання)
9	2359.2. Інші фахівці в галузі навчання	Лектор
10	2412.1. Наукові співробітники (організація охорони здоров'я)	Науковий співробітник (організація охорони здоров'я)
11	2419.1. Наукові співробітники (маркетинг, ефективність підприємництва в галузі охорони здоров'я)	Молодший науковий співробітник (ефективність підприємництва, раціоналізація роботи закладів охорони здоров'я)
12	2419.2. Фахівці в галузі маркетингу, ефективності підприємництва, раціоналізації роботи закладів охорони здоров'я	Фахівець з ефективності підприємництва, із зв'язків з громадськістю та пресою; з раціоналізації виробництва; з методів розширення ринків збуту, з дослідження товарного ринку, із стандартизації, сертифікації та якості товарів та послуг в галузі охорони здоров'я
13	2419.3. Спеціалісти державної служби	Радник (органи державної влади) Спеціаліст з питань кадрової роботи та державної служби
14	2441.2. Економісти	Економічний радник. Консультант з економічних питань в галузі охорони здоров'я. Оглядач з економічних питань в галузі охорони здоров'я
15	3340. Інші молодші фахівці в галузі освіти	Педагог з менеджменту в медичних училищах та коледжах
16	3431. Секретарі адміністративних органів	Консультант (в апараті органів державної влади, виконкому)
17	3434. Помічники керівників	Референт. Референт з основної діяльності

**ВИРОБНИЧІ ФУНКЦІЇ, ТИПОВІ ЗАВДАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА УМІННЯ,
ЯКИМИ ПОВИНЕН ВОЛОДІТИ МАГІСТР З МЕНЕДЖМЕНТУ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
1. Планувальна	1.1. Системний аналіз діяльності закладу охорони здоров'я	1.1.1. З використанням сучасних методик з позицій системного підходу проводити комплексний аналіз діяльності закладу охорони здоров'я. 1.1.2. Проводити системний аналіз макро- і мікро середовища закладу охорони здоров'я, моніторинг основних конкурентів на галузевому ринку. 1.1.3. Використовувати сучасні методи діагностики та експертизи діяльності підприємства з урахуванням організаційно-правової форми закладу охорони здоров'я. 1.1.4. Забезпечувати ефективну систему аналітичного діагностування ринку, негативного впливу і наслідків дестабілізуючих внутрішніх і зовнішніх факторів середовища закладу охорони здоров'я. 1.1.5. Забезпечувати систему моніторингової діагностики закладу охорони здоров'я. 1.1.6. Аналізувати і оцінювати механізм впливу конфліктів інтересів зацікавлених у діяльності закладу охорони здоров'я груп на результати її діяльності
	1.2. Розробка стратегічних напрямів розвитку закладу охорони здоров'я, забезпечення її конкурентоспроможності	1.2.1. На основі системного аналізу з урахуванням потенціалу підприємства та факторів зовнішнього середовища формулювати місію закладу охорони здоров'я. 1.2.2. Розробляти стратегічні цілі функціонування закладу охорони здоров'я в умовах конкуренції. 1.2.3. На основі діагностики внутрішнього середовища підприємства та аналізу факторів зовнішнього середовища розробляти стратегічні альтернативи розвитку закладу охорони здоров'я, забезпечувати на стадії планування високий рівень збалансованості її складових елементів. 1.2.4. Планувати зменшення рівня підприємницького ризику в умовах нестабільного ринкового середовища. 1.2.5. За результатами маркетингових досліджень і моніторингу конкурентів визначати стратегію конкурентної переваги. 1.2.6. Обирати оптимальну стратегію розвитку закладу охорони здоров'я з урахуванням прийнятого рівня ризику. 1.2.7. Аналізувати продуктивність праці та розроблювати заходи щодо її підвищення
	1.3. Планування та прогнозування діяльності закладу охорони здоров'я	1.3.1. Здійснювати сценарне бізнес-планування, використовуючи результати аналізу діяльності закладу охорони здоров'я, маркетингові дослідження та стратегію розвитку. 1.3.2. З використанням сучасних методик, проводити аналіз і розрахунок основних економічних показників діяльності закладу охорони здоров'я з урахуванням інфляції та конвертованості національної валюти. 1.3.3. Брати участь у здійсненні ефективного фінансового планування діяльності закладу охорони здоров'я з урахуванням галузевих особливостей, мікро- і макроекономічних прогнозів. 1.3.4. На основі статистичної звітності та бухгалтерського обліку з основних господарських операцій оцінювати виробничо-економічний потенціал підприємства з виробництва товарів медичного призначення, виробництва лікарських засобів, тощо, розраховувати обсяги діяльності та динаміку розвитку, здійснювати довгостроковий прогноз.

	1.3.5. За сучасними методиками здійснювати фінансове планування діяльності з урахуванням галузевих особливостей і макроекономічних прогнозів; формувати та здійснювати податкову політику підприємства, забезпечувати відтворення та зростання його капіталу. 1.3.6. З урахуванням особливостей використання натуральних та фінансових показників медичних та фармацевтичних ринків на підставі маркетингового підходу формувати програми діяльності (виробництва, обслуговування, реалізації тощо), обґрунтувати вибір найбільш економічних форм закладу охорони здоров'я виробництва товарів медичного призначення, лікарських засобів, надання медичних послуг. 1.3.7. Планувати систему заходів щодо забезпечення стабільного підвищення якості продукції, медичного обслуговування. 1.3.8. Проводити багатоваріантні розрахунки цін на медичні послуги, лікарські засоби, товари медичного призначення, тощо, формувати цінову політику. 1.3.9. Оцінювати та формувати інвестиційний портфель закладу охорони здоров'я. 1.3.10. З урахуванням розроблених стратегій організаційного розвитку планувати організаційні зміни, у тому числі з використанням інструментарію реінжинірингу бізнес-процесів, реструктуризації закладу охорони здоров'я. 1.3.11. Планувати і здійснювати підготовку проведення загальних зборів засновників, роботу органів управління закладу охорони здоров'я. 1.3.12. На основі даних контролінгу та аудиту здійснювати формування програм та проектів науково-технічного та соціального розвитку закладу охорони здоров'я
1.4. Планування потреби закладу охорони здоров'я у ресурсах (матеріальних, фінансових, трудових)	1.4.1. На основі сучасних методик визначати ефективність використання ресурсів, обґрунтовувати шляхи їх заощадження. 1.4.2. З використанням сучасних методик і економіко-математичних моделей планувати потреби закладу охорони здоров'я у матеріальних, фінансових та трудових ресурсах, визначати постачальників. 1.4.3. Розробляти стратегії поведінки закладу охорони здоров'я у зонах стратегічних ресурсів, формувати програми ефективної співпраці з наявними та потенційними постачальниками
1.5. Розробка та впровадження нововведень	1.5.1. Здійснювати планування інноваційної діяльності закладу охорони здоров'я (щодо вдосконалення моделей управління, реструктуризації, нових технологій, нової продукції, організаційних змін) на основі аналізу ринкових тенденцій і змін макросередовища. 1.5.2. Використовувати методи прогнозування, розроблювати ідеї нових товарів медичного призначення, лікарських засобів або медичних послуг відповідно до попиту споживачів (пацієнтів). 1.5.3. Здійснювати моніторинг інновацій, розраховувати ефективність проектів, виконувати економічне оцінювання нововведень. 1.5.4. Розраховувати потребу в інноваційних інвестиціях, здійснювати заходи щодо впровадження економічно обґрунтованих інновацій. 1.5.5. Планувати процес генерації раціоналізаторських та новаторських пропозицій окремими працівниками. 1.5.6. Розробляти та здійснювати заходи щодо подолання опору інноваціям. 1.5.7. Розробляти технічне завдання консультанту з питань організаційного розвитку

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	1.6. Прогнозування динаміки попиту	1.6.1. Розробляти план маркетингових досліджень і здійснювати маркетингові дослідження з метою визначення сегмента ринку, потенційних споживачів, їх поведінкових особливостей та мотивації попиту, мережі збуту, комунікаційних заходів. 1.6.2. Брати участь у варіантному плануванні, прогнозуванні і моделюванні цінової політики в умовах змін попиту. 1.6.3. Аналізувати та прогнозувати основні кон'юнктурутворюючі фактори потенційних ринків збуту, виявляти нових споживачів. 1.6.4. Розраховувати місткість медичного та фармацевтичного ринку, прогнозувати попит на лікарські засоби, товари медичного призначення, медичну техніку, медичні послуги
	1.7. Формування оптимального асортименту продукції	1.7.1. За матеріалами маркетингових досліджень визначати позицію закладу охорони здоров'я на ринку, обирати свій сегмент, розробляти стратегії поведінки закладу охорони здоров'я на цільових ринках. 1.7.2. З урахуванням особливостей використання натуральних та фінансових показників ринку на підставі маркетингового підходу формувати програми виробництва і реалізації лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичну техніку, медичні послуги, тощо. 1.7.3. Коригувати відповідні зміни обсягів, асортименту, сезонних цін на основі досліджень і прогнозів впливу факторів сезонності. 1.7.4. Аналізувати, планувати та прогнозувати обсяг реалізації лікарських засобів (медичних послуг) на різні періоди
	1.8. Системне планування самоменеджменту	1.8.1. На основі стратегії організаційного розвитку розробляти стратегії саморозвитку. 1.8.2. На основі аналізу використання робочого часу складати плани особистої роботи, планувати час як ресурс. 1.8.3. Планувати власну кар'єру, фахове і професійне зростання, саморозвиток і самовдосконалення
2. Організаційна	2.1. Послання усіх видів ресурсів, організування колективної праці по досягненню цілей закладу охорони здоров'я	2.1.1. З урахуванням стартових можливостей, галузевої спеціалізації та специфіки управління підприємницької діяльності обирати ефективну правову форму господарювання. 2.1.2. Згідно з чинним законодавством складати засновницькі документи, створювати та реєструвати, ліцензувати та проводити акредитації ну процедуру закладів охорони здоров'я 2.1.3. Підтримувати раціональну структуру та збалансованість послання усіх ресурсів закладу охорони здоров'я

	2.1.5. Розробляти та впроваджувати раціональні форми організації виробництва та праці. 2.1.6. На основі використання раціональних форм і методів організації праці забезпечувати виконання основних операцій по перетворенню ресурсів у продукцію (медичну послугу). 2.1.7. Синхронізувати зусилля, розподіляти діяльність у часі та просторі, забезпечувати впровадженість організаційної системи, підтримання її у стані динамічного розвитку й адаптації. 2.1.8. Брати участь у забезпеченні високого рівня безпеки і ризикозахищеності закладу охорони здоров'я
2.2. Організація та раціоналізація робочих місць	2.2.1. За результатами оцінки й атестації робочих місць розробляти раціональні схеми їх планування. 2.2.2. Впроваджувати передовий досвід щодо оснащення робочих місць та їх обслуговування. 2.2.3. Створювати виробничі дільниці, служби та підрозділи з урахуванням масштабів діяльності підприємства
2.3. Організація процесів управління	2.3.1. Використовувати сучасні технології управління, формувати як окремі підсистеми закладу охорони здоров'я, так і оргструктуру в цілому. 2.3.2. Використовувати принципи та методи організації управлінської праці, вміти ефективно розподіляти повноваження в структурі апарату управління закладу охорони здоров'я. 2.3.3. На базі інформації про можливості підлеглих здійснювати делегування повноважень. 2.3.4. Виходячи з групових норм та статусу членів групи, організовувати виконання функціонально пов'язаних дій та синергичне послання зусиль членів групи
2.4. Прийняття управлінських рішень	2.4.1. Забезпечувати функціонування ефективної мережі управлінської інформації, в т.ч. інформації з обмеженим доступом. 2.4.2. Використовуючи різні джерела інформації, формувати інформаційне забезпечення управління організацією. 2.4.3. Формулювати оптимальне визначення завдань, брати участь у розробці алгоритмів і програм оптимізаційних рішень. 2.4.4. Ефективно використовувати можливості автоматизованого робочого місця менеджера, оперативно переробляти значні масиви різної інформації, проводити діагностику управлінської ситуації в умовах обмеженості часу. 2.4.5. На основі інформаційного забезпечення та комп'ютерних технологій розробляти достатню кількість альтернативних варіантів рішень. 2.4.6. Виходячи з критеріїв соціально-економічної ефективності та екологічної безпеки на основі наукових методів і моделей оцінювати альтернативи, обґрунтовувати та здійснювати вибір оптимальних рішень. 2.4.7. На основі сучасного програмного забезпечення використовувати ЕОМ для оптимізації рішень. 2.4.8. Слідкувати за змінами у законодавстві, орієнтуватися у нормативних актах, забезпечувати правомочність діяльності. 2.4.7. Забезпечувати участь працівників усіх рівнів у прийнятті рішень

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	2.5. Організація реалізації управлінських рішень	2.5.1. Структурувати завдання відповідно до чисельності виконавців, визначати черговість робіт, розраховувати терміни їх виконання, складати план заходів реалізації рішення. 2.5.2. Добирати виконавців відповідно до їх кваліфікації та ділових якостей та організовувати їх діяльність щодо виконання рішення, проводити інструктування виконавців. 2.5.3. Регламентувати та нормувати роботу конкретного виконавця управлінського рішення. 2.5.4. Будувати комунікаційну мережу для обміну інформацією та зворотного зв'язку
	2.6. Організація антикризового управління підприємством на всіх стадіях його життєвого циклу	2.6.1. Забезпечувати організацію моніторингу та запобігання кризових явищ в діяльності підприємств. 2.6.2. Ідентифікувати та аналізувати можливий вплив факторів ризику та виявляти симптоми кризових ситуацій. 2.6.3. Розробляти та впроваджувати запобіжні заходи щодо потенційних кризових ситуацій у діяльності організації. 2.6.4. Визначати оптимальні організаційні форми системи антикризового управління. 2.6.5. Забезпечувати своєчасну реструктуризацію портфеля фінансових інвестицій та ефективні форми реінвестування капіталу. 2.6.6. Створювати системи комунікацій, що відповідають кризовим ситуаціям, долати опір підлеглих у кризових ситуаціях. 2.6.7. Обґрунтовувати вибір та зміни правової форми господарювання в умовах кризи. 2.6.8. Розробляти заходи щодо подолання криз у діяльності закладу охорони здоров'я, впроваджувати санітарні заходи. 2.6.9. Розробляти антикризові механізми взаємодії з фінансовими (у т.ч. фондовими) ринками
	2.7. Організація ділових контактів підприємства із зовнішнім середовищем	2.7.1. Визначати вплив факторів зовнішнього середовища на діяльність закладу охорони здоров'я, адаптувати підприємство до динамічного зовнішнього середовища. 2.7.2. Використовувати нормативно-правові інструменти, на основі дослідження факторів прямої і непрямої дії організовувати співпрацю із суб'єктами зовнішнього середовища. 2.7.3. З урахуванням особливостей управління малим бізнесом встановлювати, підтримувати та розвивати плідні ділові стосунки з іншими організаціями. 2.7.4. Забезпечувати захист інтересів закладу охорони здоров'я у контактах із зовнішніми суб'єктами ринкових відносин
	2.8. Управління якістю та конкурентоспроможністю продукції	2.8.1. Організовувати розроблення програми забезпечення якості продукції від проєктування до експлуатації, впроваджувати наукові методи управління якістю продукції. 2.8.2. Формувати банк стандартів, технічних умов, слідкувати за змінами у них. 2.8.3. Організовувати порівняльно-аналітичний моніторинг споживчої якості продукції конкурентів, дослідження реакції споживачів на якість продукції. 2.8.4. На основі маркетингового підходу вносити рекомендації щодо введення нових чи зміни існуючих вимог до якості

2.9. Забезпечення захисту прав споживачів	2.9.1. Згідно з чинним законодавством та на основі стандартів підтримувати на належному рівні якість продукції, захищати споживача від дефектної продукції. 2.9.2. Співпрацювати з державними та громадськими інституціями, які забезпечують захист прав споживачів
2.10. Забезпечення охорони праці та техніки безпеки	2.10.1. Дотримуватися правових норм, галузевих регламентуючих нормативів охорони праці. 2.10.2. Розробляти заходи щодо покращення умов праці, запобігання професійним захворюванням і лікуванням інфекцій. 2.10.3. Проводити інструктування підлеглих з техніки безпеки, забезпечувати навчання персоналу з питань охорони праці, техніки безпеки
2.11. Забезпечення соціального захисту працівників	2.11.1. Дотримуватися чинного законодавства щодо соціальних гарантій працівникам. 2.11.2. Брати участь у розробленні додаткових соціальних гарантій персоналу закладу охорони здоров'я, у підготовці колективного договору. 2.11.3. Проводити переговори між роботодавцями та працівниками щодо укладання колективного договору. 2.11.4. Конструктивно взаємодіяти з профспілками. 2.11.5. Формувати програми соціального розвитку закладу охорони здоров'я
2.12. Розроблення організаційних форм закладу охорони здоров'я управління у сфері підприємницької діяльності	2.12.1. Аналізувати діючі організаційні структури управління підприємницькою діяльністю. 2.12.2. Збалансовувати відповідальність і повноваження, визначати та формувати центри відповідальності у структурі закладів охорони здоров'я. 2.12.3. На основі розподілу повноважень і відповідальності між ланками та рівнями проектувати організаційні структури управління. 2.12.4. Складати посадові інструкції та положення про структурні підрозділи. 2.12.5. Вдосконалювати організаційні та технологічні взаємозв'язки між підрозділами та службами закладу охорони здоров'я, механізм їх координації. 2.12.6. Делегувати повноваження, розподіляти права, відповідальність та обов'язки між виконавцями. 2.12.7. Розробляти та забезпечувати функціонування організаційних структур цільового типу (в т.ч. спрямованих на виконання комплексних стратегій, запобігання конфлікту інтересів)
2.13. Здійснення комерційної діяльності організацій	2.13.1. За допомогою маркетингових досліджень і рекламної діяльності формувати попит на медичні послуги, лікарські засоби, товари медичного призначення, медичну техніку, тощо, здійснювати маркетингову політику просування на ринку. 2.13.2. На основі вивчення можливостей потенційних комерційних партнерів, аналізу ефективності господарських зв'язків з урахуванням територіального розміщення продуктивних сил, приймати рішення щодо каналів реалізації. 2.13.3. За сучасними методиками визначати, розраховувати й аналізувати комерційні ризики. 2.13.4. Здійснювати ринкове коригування цін. 2.13.5. Обирати оптимальні маркетингові комунікації. 2.13.6. Укладати угоди з постачальниками та споживачами. 2.13.7. Організовувати рекламну діяльність, стимулювати збут. 2.13.8. Брати участь у проведенні ефективного брендингу; організовувати системні, науково обґрунтовані процеси створення, підтримання і захисту торгової марки закладу охорони здоров'я

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	2.14. Організація зовнішньоекономічної діяльності підприємств	2.14.1. Обґрунтовувати ефективну стратегію зовнішньоекономічної діяльності і механізм її реалізації виходячи з вимог, принципів та особливостей управління малим бізнесом; аналізу експортно-імпортних можливостей і потреб закладу охорони здоров'я. 2.14.2. Аналізувати експортні можливості закладу охорони здоров'я та її імпортні потреби. 2.14.3. На основі ринкових досліджень вивчати можливості потенційних закордонних партнерів, аналізувати ефективність зовнішньоекономічних зв'язків з урахуванням світового поділу праці. 2.14.4. Приймати рішення щодо каналів реалізації продукції та каналів надходження ресурсів, укладати угоди із закордонними постачальниками та споживачами і забезпечувати їх реалізацію. 2.14.5. Організовувати матеріально-технічне постачання, здійснювати збутову діяльність на зовнішніх ринках. 2.14.6. На основі досліджень світового ринку вивчати можливості закордонних партнерів, оцінювати конкурентний статус і потенціал співвласників спільного підприємства. 2.14.7. Готувати документи щодо створення спільних підприємств. 2.14.8. Здійснювати контрольні функції щодо зовнішньоекономічної діяльності закладу охорони здоров'я
	2.15. Співпраця з банками та іншими кредитно-фінансовими установами	2.15.1. Забезпечувати ефективну фінансову діяльність підприємства в межах постійного моніторингу можливостей збільшення капіталу, діагностики та усунення можливостей банкрутства. 2.15.2. Відповідно до регламентуючих документів здійснювати співпрацю з банками, страховими компаніями та іншими кредитно-фінансовими установами. 2.15.3. Забезпечувати своєчасне виконання зобов'язань перед державним бюджетом та державними позабюджетними фондами
	2.16. Раціональна організація управлінської праці	2.16.1. Аналізувати витрати робочого часу, визначати пріоритетність видів діяльності, складати реалістичні гнучкі плани особистої роботи. 2.16.2. На основі планування робочого часу здійснювати раціональну організацію управлінської праці. 2.16.3. Організовувати й обладнувати робочі місця апарату управління. 2.16.4. Працювати з фіксованою інформацією, з довідковою літературою, складати тексти доповідей, виступів, статей. 2.16.5. Готувати та проводити наради та збори, здійснювати усі інші види управлінської діяльності; здійснювати прийом відвідувачів. 2.16.6. За допомогою технічних засобів зв'язку, безпосереднього спілкування підтримувати ділові контакти, вести ділову бесіду із закордонними партнерами, у тому числі й однією з іноземних мов. 2.16.7. Співпрацювати з допоміжним адміністративним персоналом

	2.1.7. Управління персоналом	Згідно з трудовим законодавством: 2.17.1. Взаємодіяти з державними службами зайнятості, здійснювати добір, наймання кадрів, проводити співбесіди з претендентами, їх тестування. 2.17.2. Здійснювати заходи щодо ефективної адаптації працівників. 2.17.3. Застосовувати різні методи оцінювання персоналу, розробляти плани розвитку персоналу закладу охорони здоров'я, формувати резерв. 2.17.4. Проводити вивільнення кадрів закладу охорони здоров'я. 2.17.5. Проводити облік кадрів на підприємстві, розраховувати структуру колективу та його чисельність. 2.17.6. Аналізувати плінність кадрів, розробляти та впроваджувати заходи щодо стабілізації колективу. 2.17.7. Забезпечувати високий рівень трудової, виробничої дисципліни, проводити виховну роботу в колективі. 2.17.8. Зміцнювати та ефективно використовувати кваліфікаційний потенціал підрозділу закладу охорони здоров'я. 2.17.9. Забезпечувати процес підвищення кваліфікації лікарів (провізорів), середнього медичного персоналу (фармацевтів)
	2.18. Формування колективу та керівництвом	2.18.1. Давати психолого-педагогічну характеристику особистості 2.18.2. З урахуванням індивідуальних особливостей виконавців, групової поведінки, сумісності формувати склад колективів. 2.18.3. Підтримувати на оптимальному рівні кількісне співвідношення між працівниками з урахуванням їх психологічної сумісності для регулювання групових стосунків всередині колективу. 2.18.4. Створювати та підтримувати соціально-економічні відносини між членами трудового колективу на правовій основі та демократичних принципах, формувати відчуття єдиної команди, враховувати думку підлеглих. 2.18.5. Формувати особистий авторитет, підтримувати авторитет колег та підлеглих. 2.18.6. Організовувати роботу щодо підвищення кваліфікаційного рівня працівників, їх службового просування. 2.18.7. Аналізувати неформальні стосунки у колективі, співпрацювати з неформальними лідерами, усувати деструктивне лідерство. 2.18.8. Застосовувати різні засоби керівництва: інформування, індивідуальну бесіду, обговорення, визнання, критику, осудження. 2.18.9. Гармонійно поєднувати індивідуальні та колективні форми виховної роботи, застосовувати методи навчання, створення орієнтувальних умов та особистого прикладу
	2.19. Генерування влади	2.19.1. Повною мірою використовувати свої повноваження та владу, різні засоби впливу на підлеглих, підтримувати розумний баланс влади. 2.19.2. Поєднувати офіційні повноваження та особистий авторитет, формувати власний гнучкий стиль керівництва. 2.19.3. Використовувати владу з метою запобігання та/або подолання конфліктів в закладу охорони здоров'я

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	2.20. Формування та розвиток організаційної культури	2.20.1. Дотримуватися етики управлінської діяльності, біоетики, медичної деонтології, вдосконалювати стиль і методи керівництва персоналом 2.20.2. Створювати умови для підвищення культури працівників, підтримувати внутрішній потенціал оновлення, сприяти безперервному навчанню працівників, створювати умови для їх самовдосконалення. 2.20.3. Забезпечувати культуру процесів управління (прогресивної технології, раціональної організації праці, ділового спілкування, діловодства тощо). 2.20.4. Організовувати та підтримувати культуру умов праці (трудового середовища та робочих місць). 2.20.5. Забезпечувати ідентифікацію працівників з організаційною культурою. 2.20.6. Використовувати позитивні складові організаційної культури для подолання конфлікту інтересів
	2.21. Формування іміджу закладу охорони здоров'я	2.21.1. Виявляти та досліджувати імідж підприємства серед основних контактних аудиторій, створювати та підтримувати високу репутацію закладу охорони здоров'я. 2.21.2. Організовувати участь у благодійній та спонсорській діяльності. 2.21.3. Організовувати зв'язки з громадськістю, із засобами масової інформації
	2.22. Організація діловодства	2.22.1. Використовувати оргтехніку, обладнання автоматизованого робочого місця, документально оформляти управлінські рішення, вести кореспонденцію. 2.22.2. Розраховувати ефективність використання оргтехніки та потреби в ній. 2.22.3. Формувати систему регламентаційних документів організаційної діяльності. 2.22.4. Проводити розгляд пошти, працювати із заявами та скаргами покупців лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичної техніки, пацієнтів та їх законних представників. 2.22.5. Раціонально організовувати та вести власний архів. 2.22.6. Розроблювати заходи щодо вдосконалення системи документообігу, організовувати раціональний рух документів в закладу охорони здоров'я. 2.22.7. Документально оформлювати усі процеси менеджменту персоналу.
	3. Мотиваційна	3.1. Використання ефективних систем мотивації та оплати праці персоналу організації 3.1.1. Забезпечувати узгодження інтересів працівників з інтересами закладу охорони здоров'я. 3.1.2. Брати участь у формуванні політики оплати праці. 3.1.3. Визначати потреби працівників, використовуючи індивідуальний підхід, розроблювати і впроваджувати комплексні сучасні багатоаспектні мотиваційні заходи. 3.1.4. Створювати умови для трудової самореалізації співробітників. 3.1.5. Використовувати індивідуальний підхід, добирати та застосовувати різні стимули в їх взаємозв'язку. 3.1.6. Визначати ефективність використання діючих форм і систем заробітної плати, матеріального стимулювання, готувати пропозиції щодо їх удосконалення. 3.1.7. Забезпечувати узгодження інтересів закладу охорони здоров'я та її власника (співвласника)

	3.2. Створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі	3.2.1. За допомогою психологічних методів управління регулювати міжособистісні стосунки між членами трудового колективу. 3.2.2. Впорядкувати та гармонізувати соціальні стосунки: формувати та підтримувати традиції, обряди, ритуали. 3.2.3. Сприяти розвитку творчого потенціалу працівників, заохочувати розвиток новаторських ідей. 3.2.4. Використовувати методи пропаганди й агітації у поширенні економічних, правових, естетичних та інших знань. 3.2.5. Запобігати стресу, використовувати соціально припустимі способи його зняття. 3.3.6. Володіти методами збирання соціальної інформації (спостереження, аналіз документів, опитування, тестування, соціометрія та ін.) і методами кількісної та якісної обробки даних (математичні, статистичні та ін.)
4. Контрольна	4.1. Контролювання забезпеченості ресурсами, додержання технології виробництва	4.1.1. На основі галузевої технології здійснювати контроль операцій процесу виробництва лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичної техніки (медичного обслуговування). 4.1.2. Вести контроль випуску та реалізації продукції, контролювати ефективність діяльності на ринку збуту. 4.1.3. Контролювати рівень запасів, своєчасне поповнення ресурсів. 4.1.4. Здійснювати контроль за витратами та збитками, контролювати фінансову конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я. 4.1.5. Проводити моніторинг виконання угод з постачальниками та споживачами, у тому числі із закордонними. 4.1.6. Контролювати збереженість матеріальних цінностей
	4.2. Контроль виконання управлінських рішень	4.2.1. Використовувати принципи зворотного зв'язку, контролювати ефективність дій виконавців управлінських рішень. 4.2.2. Використовувати методи лінійного контролю, оцінювати результати виконання управлінських рішень
	4.3. Контролювання охорони праці та техніки безпеки	4.3.1. Контролювати наявність інструктивно-методичної документації з охорони праці та забезпечення нею кожного робочого місця. 4.3.2. Забезпечувати попередній і поточний контроль охорони праці та техніки безпеки
	4.4. Контролювання якості лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичного обслуговування	4.4.1. Забезпечувати контроль системи підтримки якості лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичного обслуговування. 4.4.2. Згідно з нормативною документацією обирати методи та визначати періодичність контролю якості лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичного обслуговування. 4.4.3. Забезпечувати проведення причинно-наслідкового аналізу рекламаций
	4.5. Забезпечення дотримання норм природоохоронного законодавства	4.5.1. Виконувати норми природоохоронного законодавства, контролювати стан навколишнього середовища; забезпечувати захист довкілля від забруднення. 4.5.2. Впроваджувати ресурсозберігаючі заходи

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
	4.6. Оцінювання та контроль виконання рішень, підтримання виконавчої дисципліни	4.1.6. Одночасно контролювати кілька напрямів діяльності, оперативно реагувати на відхилення. 4.6.2. Формувати механізм оцінювання суб'єктів діяльності, систематично здійснювати процедури щодо ефективного, об'єктивного, комплексного оцінювання результативності трудової діяльності. 4.6.3. Заохочувати підлеглих до розвитку самоконтролю та самодисципліни. 4.6.4. Розроблювати та контролювати виконання правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я. 4.6.5. На основі трудового законодавства здійснювати дисциплінарний вплив на порушників
	4.7. Контроль усіх видів розрахунків	4.7.1. Контролювати правильність встановлення цін. 4.7.2. Контролювати своєчасність здійснення розрахунків і надходження платежів, оформлення фінансово-розрахункових і банківських операцій
	4.8. Звітування про діяльність	4.8.1. Організовувати облік та звітність в закладу охорони здоров'я (підрозділів). 4.8.2. Складати первинну бухгалтерську та статистичну звітність за результатами роботи. 4.8.3. Складати довідки та звітність з усіх напрямів діяльності закладу охорони здоров'я. 4.8.4. Приймати звіти підлеглих, опрацьовувати первинну звітність, підводити підсумки та аналізувати результати роботи закладу охорони здоров'я (підрозділу). 4.8.5. Контролювати стан документального забезпечення управління. 4.8.6. Аналізувати висновки зовнішнього та внутрішнього аудиту
	5.1. Узгоджене використання усіх видів ресурсів; регулювання технологічних процесів	5.1.1. Збалансовувати узгоджене надходження та ефективне використання всіх ресурсів у часі та просторі, здійснювати маневрування всіма видами ресурсів. 5.1.2. Брати участь у регулюванні фінансових потоків. 5.1.4. Здійснювати стабілізаційний вплив, усувати відхилення у діяльності закладу охорони здоров'я (підрозділу). 5.1.5. Проводити оперативні наради, збори та засідання органів управління
5. Координуюча	5.2. Управління конфліктами	5.2.1. Діагностувати та аналізувати конфліктні ситуації, запобігати їх переростанню у конфлікт, своєчасно нейтралізовувати конфліктні ситуації, використовувати відповідні структурні та особистісні методи управління конфліктами. 5.2.2. Регулювати внутрішньо організаційні відносини, нейтралізувати конфліктні ситуації, пов'язані з протиріччями інтересів персоналу, менеджерів і власників. 5.2.3. Аналізувати та розроблювати заходи щодо пом'якшення конфлікту інтересів зовнішніх зацікавлених груп. 5.2.4. З урахуванням соціальної справедливості регулювати задоволення заявок працівників на соціальне забезпечення, розподіл матеріальних і нематеріальних благ. 5.2.5. Інтерпретувати психічні стани та частково керувати ними. 5.2.6. Застосовувати стиль лідерства, який відповідає вимогам ситуації

6. Дослідницька	5.3. Регулювання поведінки персоналу в процесі діяльності закладу охорони здоров'я	5.3.1. На основі розроблених та затверджених планових завдань координувати діяльність персоналу в процесі виробництва лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичного обслуговування. 5.3.2. На основі використання організаційно-соціальні методи управління, координувати діяльність груп
	5.4. Відміна та коригування існуючих стандартів та нормативів, що використовуються в процесі управління	5.4.1. На основі аналітичної інформації про використання стандартів та нормативів, змінювати або відмінити регламенти, що не відповідають дійсності. 5.4.2. Використовувати аналітичну інформацію про виконання умов стандартів та норм, спрощувати дію стандартів
6. Дослідницька	6.1. Участь у закладу охорони здоров'я наукового дослідження	6.1.1. Брати участь у формуванні філософії, методології, логіки, принципів об'єктивності наукового пошуку. 6.1.2. Формулювати гіпотезу, мету, завдання дослідження в рамках загального наукового процесу. 6.1.3. Планувати процес і складати календарний план дослідження. 6.1.4. Аналізувати фінансове, матеріально-ресурсне, кадрове, психологічне забезпечення процесу наукових досліджень. 6.1.5. Брати участь у формуванні цільових наукових та інноваційних груп, управлінні та ефективному використанні їх потенціалу
	6.2. Проведення наукових досліджень	6.2.1. Добирати літературні джерела, вести аналітичний пошук й узагальнення інформаційного блоку досліджень, складати реферат та літературний огляд. 6.2.2. Використовувати загальнонаукові та специфічні методи збирання первинної інформації. 6.2.3. Добирати і застосовувати різноманітні типи наукових методів обробки інформації, здійснювати обробку і аналітичну інтерпретацію інформації, узагальнювати результати дослідження. 6.2.4. Застосовувати сучасні методи та технічні можливості оформлення результатів досліджень, складати наукові звіти, готувати наукові публікації
6. Дослідницька	6.3. Участь у впровадженні результатів наукових досліджень	6.3.1. Використовувати дані наукових досліджень, розробляти методички та методичні рекомендації щодо впровадження їх результатів. 6.3.2. Оформлювати настанови для користувачів розроблених методик. 6.3.3. Складати план результатів наукових досліджень та формувати колектив виконавців. 6.3.4. Аналізувати результати реалізації наукових досліджень та оцінювати їх ефективність. 6.3.5. Обґрунтовувати економічну ефективність впровадження наукових досліджень та проводити відповідний контроль.
	6.4. Здійснення консультативної діяльності	6.4.1. Визначати цілі і задачі консультування, потребу у внутрішньому або зовнішньому консультуванні, розробляти технічне завдання консультанту. 6.4.2. Використовувати основні методологічні підходи (експертне, проєктне консультування), обирати відповідну технологію консультування. 6.4.3. Використовувати відповідний методичний інструментарій консультування, забезпечувати його якість, результативність і ефективність. 6.4.4. З урахуванням особливостей консультативних послуг, використовувати різноманітні методи цінотворення і форми оплати консультантів. 6.4.5. Дотримуватися професійної етики консультанта, формувати плідні відносини «консультант-клієнт»

Зміст функції	Назва та номер типового завдання діяльності	Зміст і номер уміння
7. Освітня	7.1. Навчання персоналу	7.1.1. Створювати сприятливі умови для навчання та розвитку персоналу закладу охорони здоров'я, виявляти та оцінювати індивідуальні потреби працівників у навчанні, розробляти проекти планів підготовки та підвищення кваліфікації кадрів. 7.1.2. Забезпечувати зацікавленість працівників у навчанні та підвищенні кваліфікації. 7.1.3. Брати безпосередню участь в організації різних форм навчання на виробництві, добирати викладачів та інструкторів. 7.1.4. Обирати оптимальні види та форми навчання закладів охорони здоров'я: консультування, навчання на досвіді, участь в управлінні, делегування повноважень і т. ін. 7.1.5. Складати кошторис витрат на розвиток кадрів, контролювати правильність використання коштів
	7.2. Науково-методичне забезпечення навчального процесу в закладах освіти	7.2.1. На підставі державних стандартів освіти відповідного рівня розроблювати повний науково-методичний комплекс спеціальності (НМКС). 7.2.2. На основі НМКС розробляти повний науково-методичний комплекс дисциплін (НМКД) управлінського циклу для всіх форм навчання. 7.2.3. Добирати з різноманітних джерел і використовувати інформаційні ресурси навчального процесу і здійснювати його комп'ютерну підтримку. 7.2.4. Формувати науково-методичну документацію з урахуванням вимог Болонської декларації
	7.3. Здійснення процесу викладання	7.3.1. Самостійно виконувати такі види педагогічної діяльності: проведення практичних та семінарських занять, керівництво практикою та курсовими роботами, випускними роботами бакалаврів; консультування із завдань самостійної роботи, здійснення поточної атестації, проведення залків. 7.3.2. Під керівництвом провідного викладача готувати лекції, брати участь у екзаменах, у керівництві дипломними роботами. 7.3.3. Враховувати особливості контингенту та специфіку дисциплін, добирати та використовувати передові прийоми, різноманітні дидактичні методи та інтенсивні технології викладання. 7.3.4. Забезпечувати виховання та навчання як єдиний цілісний педагогічний процес, здійснювати формування професійної культури сучасних спеціалістів
	7.4. Контролювання процесу і результатів освітньої діяльності	7.4.1. Контролювати систематичність та якість проведення занять, виконання навчальних планів і програм. 7.4.2. Здійснювати поточний, рубіжний та підсумковий контроль наслідків навчально-пізнавальної діяльності. 7.4.3. Аналізувати якісні показники результатів навчання та його ефективності

Професійна діяльність магістра з менеджменту в галузі охорони здоров'я на певних посадах полягає в:

- реалізації загальних функцій управління шляхом здійснення переважно евристичних та адміністраторських і частково операторських процедур праці;
- прийнятті стратегічних і тактичних рішень у межах своєї компетенції;
- керівництві підлеглими, компетенція яких не вища за спеціалістів та бакалаврів.

Основні напрями професійної діяльності магістра з менеджменту в галузі охорони здоров'я:

- ◆ інформаційно-аналітична;
- ◆ організаційно-управлінська;
- ◆ адміністративно-господарська.

Магістр із менеджменту в галузі охорони здоров'я за умов набуття відповідного досвіду може адаптуватися до таких напрямів суміжної професійної діяльності: фінансово-економічна, маркетингова, обліково-контрольна, зовнішньоекономічна.

Відповідно до посад, що може займати магістр із менеджменту в галузі охорони здоров'я, придатний до виконання виробничих функцій (здійснення певних типів діяльності) та типових для даної функції завдань діяльності. Кожному завданню відповідає система умінь щодо вирішення цього типового завдання діяльності з урахуванням специфіки галузі охорони здоров'я та регіону. Освітні та кваліфікаційні вимоги до магістрів з менеджменту в галузі охорони здоров'я у вигляді переліку здатностей та умінь вирішувати завдання діяльності представлені в табл. 1.9.

Питання для самоконтролю

1. У чому полягає сутність управління?
2. Назвіть основні визначення менеджменту.
3. Охарактеризуйте об'єкт та суб'єкт менеджменту.
4. У чому полягає відмінність термінів «управління», «менеджмент», «підприємництво», «бізнес»?
5. Охарактеризуйте категорійний апарат менеджменту.
6. Охарактеризуйте основні функції підприємництва.
7. Які основні групи якостей менеджера?
8. Охарактеризуйте основні ролі менеджера. Чи відрізняються ролі менеджера в галузі охорони здоров'я від ролей менеджерів на виробництві?
9. Які якості необхідні менеджеру для успішної кар'єри в галузі охорони здоров'я?
10. Визначте основні рівні управління в лікувально-профілактичному закладі (лікарні або поліклініці) та аптеці?
11. Визначте основні менеджерські посади в лікарні?

Теми рефератів, доповідей

1. Портрет сучасного українського менеджера в галузі охорони здоров'я.
2. Основні принципи категорій менеджменту.
3. Вплив медичного ринку на діяльність менеджера.
4. Вплив фармацевтичного ринку на діяльність менеджера.

Список використаної та рекомендованої літератури

А. Нормативно-правова

1. Закон України «Про підприємництво» // Відомості Верховної Ради. — 1991. — N 14. — 168 с.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 172 від 24.06.98 р. «Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». Додаток № 46 до наказу «Типові штати адміністративно-управлінського та господарсько-обслуговувального персоналу закладів охорони здоров'я».
3. Наказ Держстандарту України від 15 квітня 2002 р. № 230 «Щодо включення менеджерських професій»
4. ДК 003–95 Державний класифікатор професій.
5. ДК 009–96 Державний класифікатор видів економічної діяльності.
6. ДСВО 01–98 Основні положення.
7. ДСВО 02–98 Терміни та визначення.
8. ДСВО 04–98 Освітній рівень «повна вища освіта».
9. ДСВО 07–98 Освітньо-кваліфікаційний рівень «спеціаліст».
10. ГСВО МОНУ Освітньо-кваліфікаційна характеристика бакалавра з напрямку підготовки 0502 «Менеджмент»;
11. ГСВО МОН Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста зі спеціальності «Менеджмент організацій».
12. ГСВО МОН Освітньо-професійна програма підготовки спеціаліста зі спеціальності «Менеджмент організацій».
13. ГСВО МОНУ Освітньо-кваліфікаційна характеристика магістра зі спеціальності «Менеджмент організацій»
14. ДСТУ 3739–98 Положення про ведення державного класифікатора ДК 003–95 «Класифікатор професій».

Б. Підручники, навчальні посібники, монографії

1. Вейл П. Искусство менеджмента: Пер. с англ. — М.:Новости, 1993. — 880 с.
2. Веснин В.Р. Основы менеджмента: Учебник. — М.: Триада, Лтд, 1997. — 384 с.
3. Вороненко Ю.В., Глуховский В.В., Коваленко А.С., Лехан В.Н. и другие Состояние подготовки специалистов в области общественного здравоохранения в Украине и в мире. — К.: Сфера, 2003. — 86 с.
4. Гордон Ю. Керівник в охороні здоров'я: моральні аспекти, стиль, методи // Ваше здоров'я. — 2002. — №. 46, 5 грудня. — С. 14
5. Григорьев И.Ю., Григорьев Ю.И., Суворов Е.Г. Управление в сфере охраны здоровья населения //Вестн. нов.мед.технологий. — 2002. — Т.IX, №2. — С. 90—91.
6. Дафт Р.Л. Менеджмент. — СПб.: Питер, 2000. — 832 с.
7. Завадський Й.С. Менеджмент: Management. — Т. 1. — К.: УФІМБ, 1997. — 543 с.
8. Иванова І.В. Менеджер — професійний керівник: Навч. посібник. — К.: Київ. нац. торг.-екон.ун-т, 2001. — 107 с.
9. Князев С. Управление. Искусство, наука, практика. — Минск.: Армита-Маркет, 2002. — 512 с.
10. Кузьмін О.Є, Мельник О.Г. Основы менеджмента: Підручник. — К.: Академвидав, 2003. — 416 с.
11. Литвинова О.Н. Управленческая роль руководителя системы здравоохранения // Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. — 2002. — №1. — С. 80—83.

12. Литвинова О.Н. Функції менеджера в охороні здоров'я // Вісник соц. гігієни. та організ. охорони здоров'я України. — 2002. — №2. — С. 94—95.
13. Мескон М.Х., М.Альберт, Ф. Хедоури Основы менеджмента =Management; пер. с англ. третьего изд. — М.: Дело, 1998. — 800 с.
14. Нордстрем К.А., Риддерстралле Й. Бизнес в стиле фанк. Капитал пляшет под дудку таланта//www.bolero.ru/cgi.din/basket.cgi
15. Обер-Крис Д. Управление предприятием: Классика менеджмента: Пер.с франц. — М., 1997.
16. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні «Перспектива -2010»: Матеріали Першого всеукраїнського з'їзду медичних працівників. — К., 1999. — 96 с.
17. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.
18. Робинс С., Коултер М. Менеджмент, 6-е изд.:Пер. с англ. — М.: Издательский дом «Вильямс», 2004. — 880 с.
19. Стонер Джеймс А.Ф., Долан Едвін Г. Вступ у бізнес: Пер. з англ./ Заг.ред. Й.С.Завадського. — К.: Вид-во Європ.ун-ту фін., інформ. систем, менеджменту і бізнесу, 2000. — 752 с.
20. Управление — это наука и искусство/А.Файоль, Г.Эмерсон, Ф.Тейлор, Г.Форд. — М., 1992
21. Хміль Ф.І. Основы менеджменту: Підручник. — К.: Академвидав, 2003. — 608 с.
22. Цукерман Г.С., Даулінг В.Л. Роль керівника. — В кн.: Менеджмент в охороні здоров'я: Структура та поведінка організацій охорони здоров'я / За ред. С. Шортела та А. Калюжного. — К.: Основи, 1998. — С. 53—86.
23. Швалб Ю.М., Данчева О.В. Практична психологія в економіці та бізнесі — К.: Лібра, 1999. — 270 с.
24. Щербина В.В. Особенности менеджмента как направления управленческой деятельности // Соц. исследования. — 2001. — № 10.
25. Щокін Г.В. Загальні соціальні закони//Персонал. — 2005. — № 4. — С. 62—67.
26. Щокін Г.В. Загальні закони соціального управління//Персонал. — 2005. — № 9. — С. 74—80.
27. Щокін Г.В. Система управління і її закони//Персонал. — 2005. — № 10. — С. 62—67.
28. Щокін Г.В. Закони організації // Персонал. — 2005. — № 11. — С. 64—68.
29. Щокін Г.В. «Індивідуальні» закони менеджменту //Персонал. — 2005. — № 12. — С. 52—68.
30. Haggland M.M. Compensation, social trends alter hospital-MD relations//Hospitals. — 1991. — № 65. — P. 20—25.
31. Nash D.B. Hospitals and their medical staffs: High anxiety//Frontiers of Health Services Management. — 1999. — № 4. — P. 24—26.

РОЗДІЛ 2

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ МЕНЕДЖМЕНТУ, УПРАВЛІННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 2.1. Історичні етапи розвитку менеджменту.
- 2.2. Історичні етапи розвитку організації охорони здоров'я в різних країнах світу.
- 2.3. Історія організації охорони здоров'я в Україні.
- 2.4. Історія розвитку аптекарської справи.
- 2.5. Історія розвитку аптекарської справи в Україні.

2.1. Історичні етапи розвитку менеджменту

Історія менеджменту нараховує кілька тисячоріч. За ці довгі роки розвиток теорії й практики менеджменту відбувався шляхом безперервного нагромадження досвіду.

Початком історії менеджменту прийнято вважати зародження писемності в стародавньому Шумері. Це привело до виникнення особливої верстви жерців, зайнятих торговельними операціями. Виявлено документи шумерської цивілізації, що існувала більше 5 тис. років тому. Вони свідчать, що стародавні менеджери прекрасно розуміли важливість таких елементів адміністративного управління, як інвентаризація, реєстрація фактів, організаційна звітність і контроль.

Висячі сади Вавилону й піраміди Єгипту могли з'явитися на світ тільки внаслідок координованих організованих зусиль. Грандіозні споруди Стародавнього Єгипту викликають здивування не тільки масштабністю, розмахом будівельних робіт, а й за організаційним талантом давніх будівельників. Єгиптяни широко застосовували планування й контроль виконання виробничих програм.

Близько 4000 років тому був написаний трактат про методи й стиль управління колективом «Повчання Птаххотепа», який радить: «Якщо ти начальник, будь спокійний, коли слухаєш слова прохача; не відштовхуй його, перш ніж він полегшить душу від того, що хотів сказати тобі. Людина, уражена нещастям, хоче виговоритися навіть більше, ніж домогтися сприятливого вирішення свого питання». Уміння слухати — важливий прийом мистецтва управління.

При археологічних розкопках м. Сузі було знайдено безліч глиняних дощечок, на яких був записаний кодекс законів Хаммурапі, що діяли у Вавилоні близько 4 тис. років тому. Кодекс чітко встановлював відповідальність за доручену роботу, визначав рівень мінімальної заробітної плати й необхідність документальної звітності.

Неоціненний внесок мислителів Стародавньої Греції й Стародавньому Риму в мистецтво управління.

Відомий давньогрецький мислитель *Платон* (427—347 р. до н. е.), один з перших в історії людства, висловив наукові ідеї про поділ праці. У своїх виступах він відзначав, що людина не може одночасно працювати й з каменем, і з залізом, і з деревом, тому що скрізь встигати в неї немає можливості.

Сократ (470—399 р. до н. е.), аналізуючи обов'язки гарного промисловця, торговця, воєначальника, показав, що, по суті, вони в усіх однакові, і головний поля-

гає в тому, щоб поставити потрібну людину на потрібне місце й домогтися виконання своїх вказівок. Сократ увійшов в історію як майстер мистецтва діалогу. Його незламна логіка й велике ораторське мистецтво дозволяли дошукуватися істини шляхом розкриття протиріч у міркуваннях опонента й переконувати його у своїй правоті.



Хаммурапі, цар Вавилону, отримує від бога Сонця зведення законів

Інший великий громадянин Афін Ксенофонт затвердив управління людьми як особливий вид мистецтва. У ті ж роки перський цар Кир вивчав причини, що спонукують людей до праці, тобто проблеми мотивації.

У 325 р. до н. е. Олександр Македонський створив орган колегіального планування й управління військами — штаб.

Староданій Греції розвивалися переважно не тільки демократичні методи управління. У невеликій древньогрецькій державі — Спарті культивувалися тоталітарні методи управління, засновані на твердій дисципліні й повному підпорядкуванні наказам. Цей суворий військово-поліцейський режим з культом аскетизму й рівності, доведених до абсурду, привів до економічного застою й деградації культури.

Стародавній Рим проіснував сотні років. Римські легіони мали чітку структуру управління: армія поділялася на легіони, центурії і когорти. Організаційна структура управління в римській армії була аналогічна сучасній лінійній структурі управління з чітким підпорядкуванням. Кожний воїн знав свого безпосереднього началь-

ника. В кожному підрозділі була залізна дисципліна, намічені ясні цілі, методи рішення конкретних завдань. Вони йшли переможним маршем через погано організовані європейські країни, через держави Середнього Сходу. Завойовані території віддавалися під управління губернаторів, що підкорялися Риму. В усіх країнах будувалися дороги, щоб прискорити зв'язок з Римом. Організація комунікацій — це запорука успіху будь-якої організації. Знамениті дороги, які подекуди використовуються й зараз, допомагали збирати податки й данину на користь імператора. Гарні дороги дозволяли легіонам, розміщеним усередині країни, швидко зв'язуватися з окраїнними провінціями, якщо місцеві жителі або місцева адміністрація повставали проти римського правління. Сучасні військові організації теж за багатьма рисами дивно схожі на організації стародавнього Риму.

Були в історії приклади організацій, які управлялися так само, як організації управляються й у наш час. Яскравим прикладом тому є римська католицька церква. Проста структура: папа, кардинал, архієпископ, єпископ і парафіяльний священик. Вона була сформована ще засновниками християнства, а успішно функціонує й сьогодні.

Базова основа для розвитку наукового менеджменту була закладена англійськими мислителями. *Томас Гоббс* в 1651 р. і його співвітчизник *Джеймс Стюарт* в 1767 р. доводили, що основний мотив людської поведінки полягає в прагненні до влади. Англійський філософ *Ієремія Бентам* у книзі «Введення в принципи моралі й законодавства» відстоював точку зору, згідно з якою мотивами людської поведінки є користь і задоволення.

Великий англійський економіст *Адам Сміт* у своїй праці «Дослідження про природу й причини багатства народів» (1776 р.) та роботах сформулював принцип «економічної людини», головною метою якої є прагнення до збагачення й задоволення особистих потреб. Подальші дослідження, правда, спростували цю тезу й показали, що більше були праві Стюарт і Гоббс, тому що винятково до збагачення прагнуть лише близько 12 % людей, у той час як до слави — майже 40 %.

Англієць *Ричард Аркрайт*, який офіційно вважається винахідником прядильної машини, об'єднав під дахом своєї фабрики всі процеси текстильного виробництва й увів ієрархічний принцип його організації. На основі поділу праці, планування розміщення устаткування, координації роботи машин і персоналу, твердої дисципліни йому вдалося домогтися безперервності технологічних процесів. Це дозволяло істотно заощадити на витратах виробництва й досягти чималих успіхів у боротьбі з конкурентами. По суті, Аркрайт заклав основи того, що зараз називають організацією виробництва. Одночасно він сформулював дисциплінарний «кодекс» фабричної системи у вигляді сукупності штрафних санкцій, що зводяться до відрахувань із заробітної плати за різні порушення, які фіксуються в спеціальній книзі.

На початку XIX ст. *Роберт Оуен* багато часу присвятив проблемам досягнення цілей організації за допомогою інших людей. Він надавав робітникам пристойне житло, поліпшував умови їхньої роботи, розробляв системи відкритої й справедливої оцінки працівників і за допомогою додаткових виплат за гарну роботу розвивав матеріальну зацікавленість. Ці реформи були унікальними щодо визначення ролі керівника. Люди здалеку з'їжджалися на його фабрику в Нью-Ланарке (Шотландія), щоб навчати «цей чудовий соціальний експеримент». Але, незважаючи на те, що фабрика була винятково прибутковою, послідовників у Р.Оуена не було.

Розвиток менеджменту як наукової дисципліни не являв собою серії послідовних кроків [Мескон]. Скоріше, це було кілька підходів, які часто збігалися.

Об'єкти управління — це й техніка, і люди. Отже, успіхи в теорії управління завжди залежали від успіхів в інших, пов'язаних з управлінням сферах, таких як математика, інженерні науки, психологія, соціологія й антропологія. У міру того, як розвивалися ці галузі знання, дослідники в сфері управління, теоретики й практики, дізнавалися все більше про фактори, що впливають на успіх організації. Ці знання допомагали фахівцям зрозуміти, чому деякі, більш ранні, теорії іноді не витримували перевірки практикою і знаходили нові підходи до управління.

Теорія менеджменту характеризується великою кількістю різних шкіл, теоретичних і практичних підходів. Виокремлюють такі школи менеджменту:

- наукового управління (Ф. Тейлор, Ф. та Л. Гілберти, Г. Емерсон);
- класичного або адміністративно-функціонального управління (А. Файоль, М. Вебер);
- людських відносин (М.П.Фоллетт, Е.Мейо). Розвиток наук поведінки (Д. Мак-Грегор, А. Маслоу);
- науки управління (П. Друкер і ін.).

Школа наукового управління

Фундамент сучасного менеджменту був закладений засновниками Школи наукового менеджменту Фредериком Тейлором (1856—1915), подружжям Френком (1868—1924) і Ліліан (1878—1972) Гілбретами (Gilbreth), Гаррінгтоном Емерсоном (1853—1931).

Тейлор Ф., американський інженер і дослідник, вважається основоположником науки управління. Запропонована ним система організації праці й управлінських відносин викликала «організаційну революцію» у сфері виробництва й управління. Уперше свої погляди він виклав у статті «Система кусочних розцінок (1895). Потім вони були розширені в книзі «Цехове управління» (1903) і одержали розвиток в «Основах наукового менеджменту» (1911).

В основу системи Ф. Тейлора покладено такі принципи:

- уміння аналізувати роботу, вивчати послідовність її виконання;
- підбір робітників (працівників) для виконання даного виду;
- навчання й тренування робітників;
- співробітництво адміністрації й робітників.

Важлива характеристика цієї системи — її практична реалізація за допомогою певних засобів, або «техніка системи». Ф. Тейлор скрупульозно заміряв кількість залізної руди й вугілля, які людина може підняти на лопатах різного розміру. Грунтуючись на отриманій інформації, він змінював робочі операції, щоб усунути зайві, непродуктивні рухи й, використовуючи стандартні процедури й устаткування, прагнув підвищити ефективність праці. Тейлор виявив, що максимальна кількість залізної руди й вугілля може бути перекинена, якщо робітники користуватимуться лопатою-совком ємністю до 8,6 кг. Порівняно з більш ранньою системою це дало феноменальний виграш.

Відповідно до розробок Ф. Тейлора, засоби управління мають включати:

1. Визначення й точний облік робочого часу й вирішення в цьому зв'язку проблеми нормування праці.
2. Підбір функціональних майстрів — по проектуванню роботи; рухами; нормуванню й заробітній платі; ремонту устаткування; планово — розподільним роботам; вирішенню конфліктів і дисципліні.

3. Введення інструкційних карт.
4. Диференціальну оплату праці.
5. Калькуляцію витрат на виробництво.

Резюмуючи, можна сказати: головна ідея Ф. Тейлора полягала в тому, що управління повинне стати системою, заснованою на певних наукових принципах, повинне здійснюватися спеціально розробленими методами й заходами. За Ф. Тейлором, необхідно проектувати, нормувати, стандартизувати не тільки техніку виробництва, а й працю, її організацію й управління. Практичне застосування ідей Ф. Тейлора довело всю свою важливість, забезпечивши значне зростання продуктивності праці.

Послідовниками Тейлора були його співвітчизники **Ліліан і Френк Гілберти** (останній готувався вступати в Массачусетський технологічний інститут, але став муляром). Вони вивчали трудові операції, використовуючи кінокамеру й винайдений ними спеціальний прилад — мікрохронометр, що міг вимірювати й фіксувати проміжки часу тривалістю до 1/2000 секунди.

За допомогою методу стоп-кадрів їм удалося виявити й описати 17 основних рухів кисті руки та їхню тривалість. Це дозволило виявити зайві рухи, які при виконанні стандартних дій на звичайному встаткуванні були зайвими, непродуктивними. Наприклад, для укладання цегли було встановлено 4 основних рухи замість колишніх 18, що забезпечило зростання продуктивності праці мулярів на 50 %. Сукупність елементарних мікрорухів робітника отримало назву «треблігами» («требл-ліг» — анаграма прізвища Гілберт).

Завдяки цим роботам Л. Гілберт стала першою в США жінкою — доктором психології.

Цікаво, що Френк Гілберт шукав застосування своїм методам не тільки на виробництві, а й у побуті. Зокрема, він виявив, що для застібання гудзиків на жилеті зверху донизу витрачається 7 секунд, а знизу нагору — тільки 3. Використовуючи дві бритви одночасно, він скоротив час гоління на 44 секунди. Але при таких діях було витрачено близько 2 хвилин на накладання пов'язок на порізи. Під його впливом у Нью-Йорку було зареєстроване товариство, що намагалось поширити принципи ефективності на всі сторони життя.

Інженер-механік **Гаррінгтон Емерсон** народився в родині професора літератури, говорив 19-ма мовами і в 23 років став деканом факультету іноземних мов університету штату Небраска (США). Але протягом наступних 20 років займався економічними та інженерно-економічними дослідженнями й консультував по всьому світу.

Г. Емерсон поділяв більшу частину переконань Тейлора й у 1908 р. написав книгу «Ефективність як основа виробничої діяльності й заробітної плати», в якій звернув увагу на важливість обґрунтованої структури організації. Неефективна структура організації, на його думку, може знизити економію на масштабі. Він надавав великого значення стандартизації.

Найважливіші ідеї Емерсон висвітив у праці «12 принципів ефективності» (1913 р.), з якої видно, що він був прихильником класичного напрямку в менеджменті.

Основні принципи управління, за Г. Емерсоном, полягають у:

1. *Чіткому визначені цілей* — вихідний пункт управління.
2. *Здоровому глузді, що складається у визнанні помилок і пошуку їхніх причин.*
3. *Компетентній консультації* на основі залучення професіоналів з метою вдосконалювання управління.

4. *Дисципліні*, забезпеченій чіткою регламентацією діяльності, контролем, своєчасним заохоченням.

5. *Справедливому відношенні* до персоналу.

6. Швидкому, надійному, повному, точному і постійному обліку.

7. *Диспетчуванні* за принципом «краще диспетчувати хоча б не сплановану роботу, ніж планувати роботу, не диспетчуючи її».

8. *Нормах й розкладах*, що сприяють пошуку й реалізації резервів.

9. *Нормалізації умов праці*.

10. *Нормуванні операцій*, що складаються в стандартизації способів їх виконання, регламентуванні часу.

11. *Письмових стандартних інструкцій*. За цей принцип Емерсон піддався звинуваченню в бюрократизмі. На це він відповів своїм опонентам такими словами: «Існує думка, що проповідується з великим пафосом, проте є безграмотною, нібито стандартні інструкції вбивають у працівника ініціативу, перетворюють його на автомат. Якщо згадати про те, як пурхає по повітрю горобець, або як бігає по дереву білка, то здається, що сходи тільки вбивають ініціативу в людині, що спускається із шостого поверху... Я ж віддаю перевагу обмеженості, здоровому глузду та зручності сходів... Працювати найшвидшим і найлегшим способом — це значить зменшити зусилля, не знижуючи результатів, і звільнити мозок для ініціативи, для винаходу й розробки ще кращих способів».

12. *Винагороді за продуктивність*.

Багато ідей Г.Емерсона не втратили свого значення й у наші дні. Наприклад, його погляди на продуктивність праці: «Продуктивність завжди дає максимальні результати при мінімальних зусиллях. Напружена робота, навпаки, дає досить великі результати тільки лише при зусиллях ненормальних. Напружена й продуктивна робота — це не тільки не те саме, але й речі прямо протилежні. Працювати напружено — значить додавати до справи максимальні зусилля; працювати продуктивно — значить додавати до справи зусилля мінімальні».

Або: «Невизначеність, непевність, відсутність чітко поставлених цілей у виконавців є лише відбиттям невизначеності, непевненості, відсутності чітко поставлених цілей у самих керівників. Таким чином, чітка постановка цілей і доведення їх до безпосередніх виконавців — перша передумова успішної роботи».

Заслуга Ф. Тейлора і його послідовників полягала в тому, що вони домоглися визнання менеджменту як самостійної галузі й виду діяльності й по суті створили його першу наукову школу, що одержала назву школи наукового управління. Його методологічну основу становив *традиційний підхід* до організації, що розглядалася як щось, що складається із самостійних, ізольованих один від одного елементів. Функціонування цих елементів, підкоряється певним загальним закономірностям.

Завдання менеджменту розумілися як виявлення цих закономірностей і управління відповідно до кожного напрямку діяльності організації поза зв'язком з іншими. Таким чином, ігнорувалася реальна єдність внутрішніх процесів в організації і необхідність цілісного управління ними, а отже, обмежувалися можливості повного використання існуючого потенціалу. Крім того, представники школи наукового управління недооцінювали роль особистісного фактора, спрощено уявляли собі мотиви людської поведінки.

Роботи Ф. Тейлора і його послідовників присвячені питанням управління на його нижньому рівні, де відбувається безпосереднє з'єднання робочої сили з коштами й предметами праці. Питанням управління на більш високому рівні приділялося мало уваги.

Бурхливий розвиток промисловості в першій чверті ХХ ст. дав поштовх еволюції поглядів на проблеми управління й формування нового підходу.

**Школа класичного
або адміністративно-функціонального управління
(А. Файоль, М. Вебер)**

Якщо прихильники наукового менеджменту концентрували основну увагу на питаннях управління процесом виробництва, то прихильники адміністративної школи намагалися визначити загальні характеристики й закономірності управління й створити на їхній основі універсальні принципи управління, які можуть підвищити ефективність виробництва.

Представники цієї школи розглядали управління як єдиний процес, що складається з ряду функцій, а процес управління як суму всіх функцій.

Анрі Файоль (Fayol Henry) (1841—1925) — французький економіст, підприємець, організатор. Розвив і поглибив ряд важливих концепцій наукового управління. Обґрунтувати класичний (адміністративний) напрям у менеджменті А. Файоль зміг завдяки величезному особистому досвіду. З 1888 р., протягом 40 років, він управляв великою гірничодобувною компанією «Коломбо». Цю компанію він очолював коли вона була близька до фінансового краху, а покинув процвітаючою, що займала провідні позиції в світі.

Свої погляди на проблеми керування Файоль виклав у книзі «Загальна промислова адміністрація» (1916 р.), а вийшовши у відставку, очолював Центр адміністративних досліджень.

Найважливіші ідеї Файоля викладені в книзі «Загальне й промислове управління» (1916). Взявши за основу ідеї Тейлора про стимулювання праці, він застосовував ці положення до діяльності вищої управлінської ланки.

А. Файоль заклав основи функціонального управління. Він розподілив весь комплекс управлінських робіт в організації на шість основних груп.

Група 1. Адміністративна діяльність управлінського апарату: планування, організація, керівництво, координація.

Група 2. Комерційна діяльність: покупка, продаж, обмін.

Група 3. Техніко-виробнича діяльність: виробництво, обробка, випробування, контроль.

Група 4. Фінансова діяльність: здійснення фінансового контролю.

Група 5. Діяльність з охорони праці й техніки безпеки.

Група 6. Діяльність з обліку стану справ на виробництві.

А. Файоль розробив прецесійну концепцію управління, виділив 6 управлінських функцій (передбачення, планування, організація, розподіл, координація, контроль).

А. Файоль висунув і обґрунтував положення про оптимальне співвідношення організаторських, технічних і соціальних здатностей і знань в осіб, що працюють на великих підприємствах. Обґрунтував необхідність виділення менеджменту в особливий вид діяльності.

А. Файоль сформував 14 основних принципів, дотримання яких забезпечує ефективність управління. В авторській редакції вони виглядають так:

1. *Поділ праці.* Ціль поділу праці — збільшення обсягу і підвищення якості виробництва при витраті одних й тих же зусиль.

2. *Влада — відповідальність.* Влада — це право віддавати розпорядження й чинність, що примушує підкорятися. Влада немислима без відповідальності, тобто без санкції — нагороди або кари, що супроводжують її дії. Усюди, де діє влада, виникає й відповідальність.

3. *Дисципліна* — це по суті, покора, ретельність, манера триматися, зовнішні знаки поваги, визначені відповідно до встановленої між підприємством і його службовцями угоди. Стан дисципліни в будь-якій соціальній організації залежить тільки від її керівників.

4. *Єдність підпорядкування*. Службовцеві може надавати наказ щодо будь-якого способу дії тільки один начальник... У жодному з випадків не буває пристосування соціального організму до дуалізму підпорядкування... Оскільки це правило не можна не визнавати фундаментальним, я його включаю в число принципів.

5. *Єдність керівництва*. Цей принцип можна виразити так: один керівник і одна програма для сукупності операцій, що переслідують ту саму ціль.

6. *Підпорядкування особистих інтересів загальним*. Цей принцип говорить, що на підприємстві інтереси службовців, або групи службовців, не повинні ставати вище від інтересів підприємства.

7. *Винагорода персоналу*. Винагорода персоналу є оплата виконаної роботи. Вона повинна бути справедливою й по можливості задовольняти персонал підприємства, наймача й службовця.

8. *Централізація*. Централізація не є системою управління, гарною або поганою сама по собі: вона може бути прийнята або відкинута залежно від тенденцій у керівника й від обставин. Але більше-менш вона існує завжди. Питання про централізацію або децентралізацію — питання міри. Справа зводиться до знаходження ступеня централізації, яка найбільш сприятлива для підприємства.

9. *Ієрархія*. Ієрархія — це ряд керівних посад, починаючи з низьких і закінчуючи найвищими.

10. *Порядок*. Загальновідома формула матеріального порядку: певне місце для кожної речі й усяка річ на своєму місці. Форма соціального порядку така сама: певне місце для кожної особи й кожна особа на своєму місці.

11. *Справедливість*. Для того щоб заохотити персонал до виконання своїх обов'язків з повною завзятістю й відданістю, треба ставитися до нього доброзичливо; справедливість є результатом поєднання доброзичливості із правосуддям.

12. *Сталість складу персоналу*. Плинність персоналу є одночасно причиною й наслідком поганого стану справ. Проте зміни в складі неминучі: вік, хвороби, відставки, смерть порушують склад соціальної організації; деякі службовці втрачають здатність виконувати свої функції, інші ж виявляються нездатними брати на себе більш відповідальну роботу. Таким чином, як і інші принципи, принцип плинності робочого складу має свою міру.

13. *Ініціатива*. Ініціативою називається можливість створення й здійснення плану. Воля пропозиції та її впровадження також належить до категорії ініціативи.

14. *Єднання персоналу*. Не треба розділяти персонал. Розділяти ворожі нам чинності для того, щоб їх послабити — справа митецька; але розділяти власні чинності на підприємстві — тяжка помилка.

Цікавим, що не втратив цінності в сучасному менеджменті, є погляд А. Файоля на організаційне планування, яке він розглядав як загальну функцію управління. Він відзначав труднощі планування в постійно мінливих умовах ринку. За Файолем, план повинен впливати не з можливого повторення минулого періоду, а з подання про неминучі зміни в майбутньому. З'являється поняття «невизначеності», причому не в змісті незнання, а постійної мінливості умов зовнішнього оточення, можливості виникнення нових зв'язків, швидкої й гнучкої переорієнтації виробництва й збуту.

Уже з 70—80-х років ХХ ст. повний облік і прорахунок заздалегідь, до дріб'язків стає мало реальним, тому завдання керівника полягає в створенні адап-

тивних, швидкореагуючих управлінських механізмів, а менеджера — в реалізації обмежених системних підходів.

А. Файоль першим поставив проблему організованого навчання менеджменту.

Логічним розвитком класичної школи менеджменту стала концепція *раціональної бюрократії* великого німецького вченого — юриста, економіста, соціолога, історика **Макса Вебера** (1864—1920). Концепція сформувалася під впливом прусського військового порядку, що наочно продемонстрував роль чіткої організації управління військами й забезпечення їхньої надійної взаємодії.

Основна робота М. Вебера «Теорія суспільства й економічна організація» (1920) присвячена проблемі лідерства й бюрократичній структурі влади в організації.

М. Веберу належить думка, що якщо кожний службовець в апараті управління буде чітко знати, що він повинен робити, як він повинен це робити, і буде виконувати все точно за інструкцією, то весь апарат стане працювати як добре заведений механізм годинника.

Теорія Макса Вебера, по суті, є ідеологією бюрократії. У неупередженому розумінні її сутності, бюрократія є досить життєвою й потужною формою організації й має свої позитивні та негативні сторони.

Позитивне в бюрократії головним чином пов'язане з чіткою регламентацією основних функцій, завдань, обов'язків і повноважень не тільки кожного підрозділу в структурі управління, а й кожного виконавця. Безумовно, такий стан справ в управлінні надає цьому процесу більшу погодженість і організованість.

Негативні сторони бюрократії пов'язані з тим, що вона практично не залишає простору для творчості й волі вибору у випадку зміни ситуації. Але ж будь-який регламент, інструкція, положення обмежені та не відображають усього різноманіття життєвих ситуацій. Це робить бюрократичну організацію менш гнучкою й тому менш життєвою. Як не парадоксально, бюрократична організація не тільки не підвищує відповідальність окремо взятого чиновника, хоча розписує всі його обов'язки, а, навпаки, знижує його відповідальність у конкретних ситуаціях, надаючи йому схованку у вигляді букви інструкції.

У напрямі класичної школи управління формулював свої погляди на проблеми організації управління відомий усьому світу автомобільний король початку ХХ ст. **Генрі Форд Перший** (1863—1947), син мічиганського фермера. В 1892 р. у Детройті він створив свій перший автомобіль на базі селянського візка з 2-циліндровим двигуном, у 1893 р. — з 4-тактним двигуном, у 1903 р. у столярній майстерні почалося серійне виробництво «Моделі А». В 1904 р. Г.Форду вдалося продати 1708 автомобілів. Тоді й була заснована автомобільна компанія «Форд мотор», що стала однією з найбільших у світі.

З ім'ям Г. Форда пов'язано багато пошуків і знахідок у галузі наукового менеджменту, але в історію теорії й практики менеджменту він увійшов як ініціатор створення й впровадження поточно-масового виробництва, заснованого на стандартизації, типізації й конвеєризації виробничих процесів з поділом праці на окремі операції.

Основні ідеї Г. Форда викладено в його працях «Моє життя, мій труд» (1922), «Сьогодні, завтра» (1926), «Рух уперед» (1930), «Едісон, яким я його знав» (1930).

Основні принципи управління, впроваджені Г. Фордом:

1. Строго побудована по вертикалі організація управління об'єднанням ряду підприємств; управління всіма частинами й етапами виробництва з одного центра.

2. Масове виготовлення стандартної продукції, яке забезпечує мінімальну вартість та задовольняє масового покупця і є максимально прибутковим.

3. Безперервність та рухливість процесу виробництва.
4. Максимальний темп роботи.
5. Точність як стандарт та якість продукції.
6. Нові технології на основі поточного виробництва.
7. Розвиток стандартизації, що підвищує якість і дозволяє швидко й без зайвих витрат переходити на нові види продукції.
8. Конвеєр, який рухається, із глибоким поділом праці на безліч операцій.
9. Постійне вдосконалювання управління. Не бути залежним від людини та її слабкостей.

У перші роки на автомобільному заводі Форда робітник супроводжував машину протягом усього технологічного процесу, міняючи за необхідності робоче місце при установці нових складальних вузлів. У серпні 1913 р. Г. Форд запропонував нову технологічну концепцію: робітники залишаються на своїх робочих місцях, а автомобіль повільно пересувається по конвеєру. Час на складання автомобіля істотно скоротився, праця робітників стала більш продуктивною. Це дозволило Форду в 1918 р. продавати свою машину всього за 290 доларів. Вартість аналогічного автомобіля конкурентів становила 2100 доларів.

Форд реалізував принцип єдності цілей адміністрації й робітників: прибуток — премія, що дозволило значно інтенсифікувати працю й платити робітникам не 2, а 5 доларів за день.

Зараз конвеєрні лінії застосовуються досить широко під час виробництва будь-якої масової, навіть найскладнішої продукції. Концепція стандартизації й автоматизації виробництва глибоко вплинула на характер праці й на управління виробництвом у цілому.

Однак використання конвеєра потребувало вузької спеціалізації праці, і робітник був приречений закручувати тільки десяток гайок на одному й тому самому вузлі день у день. Монотонність, одноманітність праці і як наслідок — падіння престижності такої роботи потребували продовжити пошуки кращої організації управління.

Школа людських відносин (М.П.Фоллет, Э.Мейо). Розвиток науки поведінки (Д. Мак-Грегор, А. Маслоу)

Школа людських відносин — важливий етап розвитку науки управління в період з 1930 р. по 1950 р. Представники цієї школи розглядали людський фактор як основний елемент ефективності управління, а кожне підприємство — як соціальну систему.

Мері Паркер Фоллетт (1868—1933) визначила управління виробництвом як «забезпечення виконання робіт за допомогою інших осіб» і, крім удосконалювання технологічних процесів, робила акцент саме на ролі особистості в ефективності виробництва. Хронологічно Фоллетт належала до епохи наукового управління; проте за своєю філософією й переконаннями — була однією з засновниць школи людських відносин у менеджменті. Вона мала знання в обох галузях і була сполучною ланкою між двома епохами.

Основні елементи концепції управління, визначені М.Фоллетт такі:

Елемент 1. Участь робітників в управлінні організацією.

Елемент 2. Ідея конструктивного конфлікту й інтеграційної єдності в бізнесі.

Елемент 3. Інтеграційна ідея в розвитку понять авторитету і влади.

Елемент 4. Досягнення цілей організації за допомогою координаційних і контрольних зусиль.

Елемент 5. Визначення типу лідерства в координаційній організації.

Елемент 1. Участь робітників в управлінні організацією. Мері Паркер Фоллетт однією з перших висунула ідею участі робітників в управлінні, тому що саме вони реалізують отримані накази й повинні відчувати себе безпосередніми учасниками впровадження управлінського рішення й розвивати в собі почуття не тільки індивідуальної, а й колективної відповідальності.

Колективна відповідальність починається на рівні департаментів, відділів, працівникам яких потрібно надавати групову відповідальність. Коли ваші співробітники відчують себе партнерами по бізнесу, то вони підвищать якість своєї праці, зменшать витрати матеріалів і часу. І зроблять це не внаслідок якогось золотого правила, а через спільність своїх інтересів з менеджерами.

На думку М. Фоллетт, такий підхід не є домовленістю типу ти мені — я тобі, а щирим почуттям з боку робітників і менеджерів у прагненні до загальної мети. Вона допускала, що в минулому була проведена штучна межа між тими, хто управляє, та їхніми підопічними. У реальності ж такої межі немає, і всі члени організації, що прийняли на себе відповідальність за роботу на будь-якому рівні й ділянці, вносять свій внесок у спільну працю.

Елемент 2. Ідея конструктивного конфлікту й інтеграційної єдності в бізнесі. М. Фоллетт розвинула ідею конструктивного конфлікту й інтеграційної єдності в бізнесі. Оскільки домінування й компроміс тільки поглиблюють конфлікт та в кінцевому результаті приводять до подальшої марної боротьби, інтеграція є кращим способом вирішення конфліктів у бізнесі.

М. Фоллетт визначала, що будь-який конфлікт інтересів може бути вирішений одним із чотирьох шляхів: 1) добровільне підпорядкування однієї сторони; 2) боротьба й перемога однієї сторони; 3) компроміс; 4) інтеграція.

Перші два варіанти, як вважає М. Фоллетт, не можуть бути визнані прийнятними, тому що обидва утягують використання чинності або влади, щоб досягти переваги. Компроміс також є марним, оскільки він тільки відкладає вирішення суперечки і тому не задовольняє обидві сторони.

Інтеграція містить у собі пошук рішення, що задовольняє обидві сторони без компромісу або переваги.

Елемент 3. Інтеграційна ідея в розвитку понять авторитету і влади. В умовах, коли одні віддають накази, а інші їх виконують, досягти інтеграції досить складно. Ролі боса й підлеглого створюють бар'єри, що перешкоджають розпізнавати спільність інтересів. Щоб подолати це, Фоллетт пропонувала ввести деперсоналізацію наказів і замінити підпорядкування законом ситуації: Людина не повинна віддавати накази іншому, а обидва мають погодитися з тим, що вимагає ситуація. Пояснення закону ситуації ґрунтувалося на науковому менеджменті в змісті тейлоровського функціонального менеджменту, що вимагало підпорядкування фактам, вивчення яких, а не воля людини мали бути основою наказу.

М. Фоллетт вважала, що влада й відповідальність — це ілюзія, побудована на неправильному сприйнятті влади. На індивідуальному рівні людина відповідає за роботу, а не перед людиною (менеджером). На рівні департаменту відповідальність за роботу несуть усі виконавці разом з менеджером, який поєднує в собі всі індивідуальні в групову відповідальність. Глава організації також несе сукупну відповідальність за об'єднання всієї міждепартаментальної роботи.

Елемент 4. Досягнення цілей організації за допомогою координаційних і контрольних зусиль. М. Фоллетт вважає, що не можна впровадити контроль в організації доти, поки немає єдності й кооперації між усіма її ресурсами — матеріальними й людськими. Будь-яка ситуація виходить із-під контролю, якщо не погоджені інтереси.

Основа контролю закладена в саморегулювальних і самоврядних індивідах і групах, які визнають спільні інтереси і контролюють виконання своїх завдань у досягненні цілей. Менеджер не контролює окремих елементів, а контролює складні взаємозв'язки, контролює не людей, а ситуації. Яким чином досягається така конфігурація? Мері Фоллетт звертається до нової філософії контролю, за якою функція контролювання — це:

- скоріше контроль подій, ніж людей;
- скоріше співвідносний контроль, ніж той, що перекриває всі функції та структури.

Кожна ситуація породжує свій контроль, тому саме факти, що складають ситуацію, й взаємодія різних груп у ситуації визначають відповідну поведінку. Багато ситуацій занадто складні для ефективного централізованого контролю вищим щаблем ієрархії. Тому контроль повинен здійснюватися в різних структурних елементах. Це переплетення й співвідношення ґрунтувалося на координації, яку М. Фоллетт бачила як:

1. Координацію як взаємозв'язок всіх факторів ситуації.
2. Координацію як прямі контакти всіх відповідальних працівників.
3. Координацію на ранніх стадіях виробничого процесу.
4. Координацію як постійний процес.

Це основні чотири фундаментальні принципи організації, з яких можна зробити висновок, що організування — це контроль.

Елемент 5. Визначення типу лідерства в координаційній організації. Останньою гранню філософії бізнесу Фоллетт був тип лідерства, що дозволяє діяти всій її системі. Основним завданням лідера є визначення мети організації. Лідер повинен переконати своїх співробітників у тому, що ними має бути досягнута не його, а загальна мета, породжена бажаннями і діяльністю групи.

Найкращий лідер — це той, хто просить людей служити не йому, а загальному результату. Такий лідер має не послідовників, а чоловіків і жінок, що працюють із ним.

Мета й цілі компанії повинні бути інтегровані з цілями окремих працівників і груп, а це потребує вищого стандарту лідерства. Лідер залежить не від наказів і слухняності, а від майстерності в координації, визначенні цілей.

Е. Мейо (1880—1949). Теоретичні дослідження М.Фоллетт знайшли своє підтвердження в практичних результатах, отриманих Е. Мейо. Таким чином, було сформовано «поведінкову школу», що вивчала поведінку людини у виробничому середовищі й залежність продуктивності праці від стану виконавця.

Знамениті *Хотторнські експерименти* проводилися в американській компанії «Вестерн електрик». Спочатку йшлося про саме рутинне дослідження, ціль якого полягала в з'ясуванні того, яким чином освітленість робочого місця, тривалість перерв впливають на продуктивність праці окремих робітників. Відповідно до поставленого завдання була відібрана група з шести осіб, над якою проводилися експерименти.

При поліпшенні освітленості робочих місць продуктивність праці з цілком зрозумілих причин зростає. Але подальші результати зрозуміти було важко. Після того, як освітленість стали знижувати, продуктивність праці продовжувала збільшуватися.

На основі традиційного підходу з позицій тейлоризму це пояснити було не можливо, тому було зроблено припущення, що на продуктивність впливають інші фактори.

Для їх виявлення на другому етапі експерименту, що проводився з групою збирачів реле, його умови трохи змінили. Групі була надана більша свобода, скороче-

ний робочий день, можливість робити додаткові перерви в роботі. Природно, що такі умови привели до зростання продуктивності. При скасуванні ж цих пільг продуктивність залишилася на колишньому рівні.

Це вже не можна було пояснити ніякими особливо сприятливими умовами праці і причину потрібно було шукати в іншому, а саме — у формуванні колективу, організованої соціальної групи з особливими внутрішніми відносинами, успіх діяльності якої зумовлений не тільки особистим внеском кожного, а й взаємним впливом її членів.

Щоб ґрунтовніше вивчити цей вплив, було проведено додатковий експеримент. На ділянці з виробництва банківської сигналізації було встановлено, що найбільш досвідчені працівники не тільки не відриваються від групи, прагнучи більше заробити, а навпаки — сповільнюють свій темп, пристосовуються до тих, хто працює повільніше, щоб не бути порушниками загального ритму й не створювати загрози для благополуччя інших. Одночасно ті, хто працювали відносно повільніше, намагалися підтягтися й максимально збільшити свою продуктивність.

Стало зрозуміло, що будь-яка організація являє собою щось більше, ніж просту сукупність людей, які виконують загальні завдання. Вона виявилася ще й складною соціальною системою, де окремі особистості й групи людей взаємодіють за принципами, далекими від формальних.

Показовим став експеримент, проведений Е. Мейо в 1923—1924 рр. на текстильній фабриці у Філадельфії. Щорічна плінність кадрів на прядильній ділянці цієї фабрики становила 250 %, а продуктивність була значно нижча, ніж на інших ділянках. Причому ніякі матеріальні стимули не могли виправити ситуацію. У результаті спеціальних досліджень Мейо дійшов висновку, що причинами цього є організація праці, яка виключає можливість спілкування про престижність професії. Однак після введення двох десятихвилинних перерв для відпочинку, положення відразу змінилося: плінність робочої сили різко знизилася, а продуктивність зросла.

Відкриття Мейо, пов'язане із проведенням Хотторнських експериментів, деякі дослідники відносять до найзначніших і масштабніших за всю історію менеджменту. Їх сутність полягає в тому, що соціальні й психологічні фактори значно більше впливають на продуктивності праці, ніж фізичні. Звичайно, за умови, що сама його організація є раціональною й ефективною.

У результаті цих досліджень Е. Мейо сформулював такі принципи менеджменту:

1. Індивіди мають унікальні потреби, мету, мотиви.
2. Позитивна мотивація вимагає, щоб з робітниками поводитись як з особистостями.
3. Особистісні й сімейні проблеми робітника можуть несприятливо вплинути на продуктивність праці.
4. Обмін інформацією між людьми має важливе значення, а ефективна інформація є вирішальним фактором управління.

Навіть висока заробітна плата далеко не завжди веде до зростання продуктивності й досягнення бажаних для менеджерів цілей. У той же час, люди дуже чуйні до добрих почуттів до себе, турботу з боку керівництва, й будуть трудитися продуктивно навіть при незмінній заробітній платі.

Д. Мак-Грегор. Погляди Е. Мейо та його послідовників одержали свій подальший розвиток у працях Дугласа Мак-Грегора.

Мак-Грегор проаналізував діяльність виконавця на робочому місці й виявив, що керівник може контролювати такі параметри:

1. Завдання, які одержує підлеглий.
2. Якість виконання завдання.
3. Час одержання завдання.
4. Очікуваний час виконання завдання.
5. Кошти для виконання завдання.
6. Колектив (оточення), в якому працює підлеглий.
7. Інструкції, отримані підлеглим.
8. Переконавання підлеглого в посильності покладених на нього завдань.
9. Надання відповідної винагороди за успішну роботу.
10. Розмір винагороди за проведену роботу.
11. Рівень залучення підлеглого в коло проблем, пов'язаних з роботою.

Усі ці фактори тією чи іншою мірою впливають на працюючого й визначають якість та інтенсивність його праці. На основі цих факторів Мак-Грегор сформулював два різних підходи до управління, які назвав теорією *X* і теорією *Y*.

Теорія *X* припускає, що людина споконвічно не любить працювати й буде уникати роботи, тому їй необхідно змушувати працювати насильно, примушувати до праці погрозами. Людина ледача, боїться відповідальності, позбавлена честлюбства, в неї відсутнє бажання самореалізації. Вона прагне до спокійного життя, уникає відповідальності й турбує її тільки особиста безпека.

Керівники повинні примушувати людей працювати, вимагати скрупульозного виконання посадових інструкцій, ретельно контролювати весь хід трудового процесу й впливати на працівників погрозою строгих санкцій. Ворожість до праці в людей настільки сильна, що їй важко перебороти покаранням або грошовою винагородою.

У своїх експериментах і висновках Д. Мак-Грегор доводить помилковість побудови моделі трудового процесу відповідно до теорії *X*, що полягає у відсутності яких-небудь високих моральних стимулів. Її недоліком є орієнтація лише на матеріальну винагороду, точне дотримання регламентів, посадових інструкцій і чітку формалізацію організаційної структури.

Водночас, потрібно зауважити, що методи управління персоналом у рамках теорії *X* мають свої переваги. Авторитарне керівництво забезпечує виконання більшого обсягу робіт, у більш стислий термін. Але при цьому важко розраховувати на оригінальність рішень, творчу ініціативу, більше того — загрозливо росте агресивність у взаєминах з керівником і між членами колективу. У впровадженні в керівництва за теорією *X* у колективах спостерігається загальна атмосфера сторожкості й тривоги, що може привести до конфліктних, некерованих ситуацій.

Теорія *Y* ґрунтується на таких засадах:

- робота для людини так само природня, як гра;
- зовнішній контроль — не єдиний спосіб об'єднання зусиль для досягнення цілей організації. Людина може здійснити самоврядування й самоконтроль, служачи цілям, до яких вона відчуває схильність; схильність формується як результат нагород, пов'язаних з досягненням цілей;
- середня людина прагне до відповідальності, а її бажання уникнути відповідальності — це тільки результат минулого розчарування, спричинений поганим керівництвом. Середня людина наділена високим рівнем уяви й винахідливості, які рідко використовуються в сучасному житті, що веде до розчарування людини й перетворює в супротивника організації.

Якщо теорія *X* втілює чисто авторитарний стиль управління, то теорія *Y* є демократичним стилем управління й допускає делегування повноважень, поліпшення взаємин у колективі.

Управління персоналом, засноване на концепції теорії *Y*, має раціональнішу матеріальну й психологічну основу. Працівник досягає особистих цілей успішніше, якщо застосування його творчих здатностей сприятиме досягненню стратегічних цілей колективу, якщо зовнішній управлінський контроль трансформується в природний самоконтроль і самоорганізацію. Праця є природною потребою людини, і еволюція людських відносин, заснована на підвищенні рівня освіти й розвитку сучасної техніки, сприяє гуманізації суспільства.

Теорія *Y* опирається на віру в моральний потенціал людини. Вона припускає, що людина працюватиме добре, якщо вона вдоволена не тільки своїм заробітком, а й своїм місцем і роллю в трудовому процесі. Співробітника не потрібно змушувати трудитися, загрожуючи покаранням. Відданий цілям своєї організації, він буде готовий на активну співпрацю, проявляючи при цьому ініціативу й творчість. Важливо підтримувати й розвивати ініціативу виконавця. Якщо організація не змогла одержати бажаних результатів, то в цьому винуваті не виконавці, а незадовільна організація робіт або поганий менеджер. Мудрий менеджер зобов'язаний піклуватися про своїх співробітників, цінувати їх і вірити їм. Тоді цілі співробітника й самої організації збігаються («принцип інтеграції»), співробітникам будуть створені умови для задоволення своїх високих потреб: свобода вибору, довіра й повага.

Узагальнюючи, можна сказати, що теорія *X* відповідає авторитарному, а теорія *Y* — демократичному стилю управління. На перший погляд, розумність теорії *Y* цілком очевидна, але життя таке багатогранне, складне, що іноді менеджер зовсім свідомо застосовуватиме теорію *X*, і його рішення залежатиме від багатьох факторів: конкретних умов роботи, особливостей трудового колективу, строків виконання роботи, типу завдання (постійне або разове), його важливості й т.д. Таким чином, розподіл підходів до управління на *X* та *Y* чисто теоретичний, а на практиці має місце комбінація різних стилів управління.

Абрахаам Маслоу (Abraham Harold Maslow 1908—1970). Абрахам Маслоу народився в Брукліні (штат Нью-Йорк) у 1908 р., вчився на психологічному факультеті



Висконсинського університету й був спочатку стипендіатом Карнегі в коледжі, що готував викладачів коледжів, потім ад'юнкт-професором психології в Бруклінському коледжі. У середині тридцятих років ХХ ст. він приступив до роботи над тим, що стало основною працею його життя, книгою «*Motivation and Personality*» («Мотивація й особистість»), опублікованої в 1954 р. Як пише сам Маслоу, «мені хотілося синтезувати холістичний, динамічний і культурний підходи, які були популярні в молодих психологів того часу. Я почував глибинний взаємозв'язок між цими підходами й сприймав їх як окремі аспекти єдиного всеохоплюючого цілого» (Maslow, 1954). В 1943 р. він опублікував дві праці: «*A*

Preface to Motivation Theory» («Вступ до теорії мотивації») і «*A Theory of Human Motivation*» («Теорія людської мотивації»), де сформулював позитивну теорію мотивації, зумовлену ним як «узагальнено-динамічну». Між 1947 і 1949 р. Маслоу залишив академічну кар'єру й організував Maslow Cooperaage Corporation, вирішивши зайнятися власним бізнесом. Проте він зберіг свої академічні зв'язки й продовжував публікувати статті в науковій періодиці й у цей період. Повернувшись до академічної діяльності, він став спочатку ад'юнкт-професором, потім — повним професором і керівником кафедри в масачусетському університеті Brandeis.

А. Маслоу висловив припущення, що людська поведінка визначається широким спектром потреб. Він розбив ці потреби на п'ять категорій і розташував їх у визначеній ієрархії. В основі цієї ієрархії лежали самі насущні потреби (їжа, вода, житло), а на вершині — більш високі індивідуальні запити (визнання, самовираження).

За Маслоу людина — це «тварина, що постійно чогось хоче». Коли потреби найнижчого рівня задоволені хоча б частково, людина починає рухатися до задоволення потреб іншого і не обов'язково наступного рівня ієрархії. Усе, що необхідно для підтримки життя, — їжа, одяг, житло — об'єднується в категорію фізіологічних потреб. Перш ніж людина зможе переслідувати якісь інші цілі, їй необхідно задовольнити ці основні потреби. В даний час більшість людей, що працюють і одержують зарплату, цілком спроможні задовольнити свої фізіологічні потреби, тому запити вищих рівнів стають усе більш сильним мотиваційним чинником. Наприклад, коли людина має достатню кількість предметів першої необхідності, вона ризикне застрахуватися від можливих втрат. Така потреба в безпеці і подібні їй можуть бути задоволені завдяки достатньо високій заробітній платі, що дозволяла б робити заощадження, а також завдяки системам медичного і соціального страхування та програмам пенсійного забезпечення і гарантій зайнятості.

Над потребою в безпеці знаходиться бажання людей спілкуватися, любити і бути любимими, відчувати почуття приналежності до колективу. Як показали дослідження Готорна, ці соціальні потреби можуть бути для робітників більш важливі, ніж потреби фінансові. Люди також мають потребу у визнанні — їм необхідно відчувати цінності своєї особистості як невід'ємної частини єдиного цілого. Крім того, вони потребують поваги, що ґрунтується на досягненнях у змаганні з іншими людьми. Всі ці потреби тісно пов'язані з поняттям статусу, що означає «вагу» або «важливість» людини в очах оточуючих. Можливість задоволення таких потреб може бути потужним мотивуючим чинником у роботі.

А. Маслоу визначив потребу в самовираженні як «бажання стати більшим, ніж ти є, стати всім, на що ти спроможний». Ця потреба — найвищого порядку, і задовольнити її найскладніше. Люди, що «добираються» до цього рівня, працюють не просто заради грошей або щоб справити враження на інших, а тому, що усвідомлюють значимість своєї роботи і відчують задоволення від самого її процесу.

Ієрархія Маслоу — дуже зручний засіб класифікації людських потреб, проте було б помилкою сприймати її як якусь жорстку схему. Зовсім не обов'язково, щоб потреби кожного рівня були цілком задоволені (а іноді це і неможливо), перед тим як у людини з'являться «вищі» спонукання. Насправді в кожний конкретний момент людиною рухає цілий комплекс потреб.

Наука управління або кількісний підхід (1950 — по теперішній час)

Математика, статистика, інженерні науки й пов'язані з ними залузі знання внесли істотний вклад у теорію управління. Першим їх почав застосовувати Фредерік У. Тейлор, засновник наукового методу при аналізі роботи. Але до Другої світової війни кількісні методи використовувалися в управлінні недостатньо.

Школа менеджменту, в основу якої покладені кількісні дослідження (Акофф, Рассел, С. Бір, А. Гольберген, Л. Клейн). Школа сформувалася в 50-ті роки ХХ ст. й активно розвивається. Її становлення пов'язано з розвитком математики, статистики, інженерних наук та інших споріднених з ними галузей знань. Характерною

особливістю школи є використання спеціальних моделей, методів кількісного аналізу. Такий підхід особливо важливий під час ухвалення рішення в умовах невизначеності, коли ситуація потребує оцінки кількох альтернатив. Наукові результати школи сприяли поглибленню розуміння складних управлінських проблем, усвідомленню необхідності запровадження комплексного підходу до управління.

Сучасні підходи до менеджменту

У сучасній теорії менеджменту існують три основні підходи: процесійний, системний та ситуаційний (рис. 2.1).

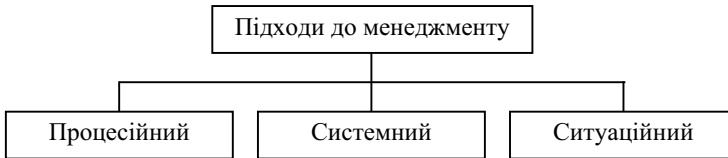


Рис. 2.1. Елементи сучасних підходів до менеджменту

Процесійний підхід розглядає менеджмент як процес безперервних взаємопов'язаних дій або функцій. Загальна сума всіх функцій управління є процесом управління.

При системному підході використовується теорія систем у менеджменті, тобто вивчення складного через пошук простого. Кожна школа менеджменту зосереджувала увагу на одній з підсистем організації. Біхевіористська школа в основному займалася соціальною підсистемою. Школа наукового менеджменту — переважно технічними підсистемами. Методологія системності дала змогу інтегрувати внесок всіх шкіл, що домінували в різний час у теорії та практиці управління, не протиставляючи, а доповнюючи і поповнюючи їх.

Системний підхід в 60—70-ті роки XX ст. стає універсальною ідеологією менеджменту, а системний аналіз — загальновизнаним інструментом. Системний підхід розглядає процеси і явища у вигляді сукупності елементів, структур, взаємовідносин і взаємозв'язків. Системний підхід — це не набір чітко визначених принципів, настанов — це передусім спосіб мислення щодо організації й управління.

Система визначається як набір спрямованих на досягнення загальної цілі та взаємопов'язаних елементів чи частин, що функціонують як єдине ціле. Системи характеризуються ієрархічною побудовою, горизонтальними та вертикальними зв'язками. Розрізняють закриті системи, що функціонують ізольовано (незалежно) від зовнішнього середовища, і відкриті, що зазнають впливу факторів зовнішнього середовища, характеризуються ентропією, синергією та взаємозалежністю підсистем. Керівники зазвичай у своїй діяльності стикаються з відкритими системами, оскільки всі організації працюють у такому режимі.

Ситуаційний підхід вивчає розв'язання окремих управлінських ситуацій, тобто конкретного набору обставин, які впливають на організацію протягом певного часу з метою найбільш ефективного досягнення цілей. У свій час відома теоретик менеджменту французька Марі Паркет Фоллет (1868—1933) з приводу ситуаційного підходу вважала, що менеджер повинен виходити із ситуації і керувати нею відповідно до того, що вона диктує, а не що написано у функціональному приписі.

Ситуаційний підхід набув поширення у 80—90-х роках ХХ ст. Витоки цього підходу ґрунтуються на тезі, що успішне вирішення конкретних проблем у конкретних організаціях залежить від спроможності менеджерів ідентифікувати основні характеристики ситуації. Ситуаційний підхід — це не простий набір настанов, він визначає можливий спосіб мислення щодо організаційних проблем та розробки способів їх вирішення. Згідно із ситуаційним підходом, для ефективного досягнення цілей організації керівникові необхідно використовувати специфічні прийоми управління.

Ситуаційний підхід найчастіше використовують у нестандартних ситуаціях, коли в умовах невизначеності потрібно реагувати на зміни у зовнішньому середовищі бізнесу. Цей підхід потребує від менеджерів гнучкості в прийнятті рішень, навичок об'єктивного аналізу і прогнозування. Ситуаційний підхід використовують для переборення кризового стану, коли не існує готових алгоритмів управлінських рішень. Таким чином, ситуаційний підхід поєднує конкретні управлінські прийоми та теоретичні концепції з поточними ситуаціями для найефективнішого досягнення цілей організації.

Методологія застосування ситуаційного підходу складається з таких чинників:

- Керівник повинен володіти сучасною технікою управління, розуміти особливості: процесу управління, індивідуальної та групової поведінки, системного аналізу, методів планування і контролю, кількісних методів підтримки прийняття управлінських рішень.
- Керівник має вміти передбачати вірогідні наслідки застосування певної управлінської методики чи концепції, оскільки кожна з них має свої сильні та слабкі сторони.
- Керівник має вміти правильно інтерпретувати ситуацію, виявляти найважливіші чинники в конкретній ситуації, визначати вірогідний ефект від зміни одного або кількох чинників.
- Керівник має вміти застосовувати відповідні управлінські навички в конкретних ситуаціях, забезпечуючи досягнення цілей організації найефективнішим шляхом відповідно до наявних обставин.

Сучасні тенденції розвитку менеджменту

Парадигмою ХХ ст. була віра в те, що існує певна рівновага, що справи організації можуть бути стабільними та ефективними. Нове бачення світу ґрунтується на усвідомленні того, що в динамічному хаотичному світі речі ніколи не будуть стабільними. Менеджери, які намагаються привести свої справи до стабільності та рівноваги, відчувають, що вирішення такого завдання неможливе. Згідно з новою парадигмою, вони мають навчитися працювати і відчувати комфортність серед постійних змін. Організації повинні знайти шлях до того, щоб зжитися з парадоксом ХХІ ст. — «Змінити все, підтримуючи все у дієвому стані». Щоб досягти цього, треба дивитися на світ іншими очима. Організація й самі менеджери мають постійно навчатись. Одна з найвідоміших концепцій організації, що навчається, належить Пітеру Сенге (Dr. Peter M. Senge). Афоризмом сучасного менеджменту стала його фраза: «Швидкість, із якою навчаються організації, може стати єдиним дієвим джерелом конкурентної переваги» (1990).

Організація, що навчається, — не нова модель побудови та розвитку компанії, а комбінація передових управлінських інструментів, зведених разом. Організація, що

навчається, розглядає навчання не як накопичення знань, а усвідомлений розвиток вмінь з використання знань.

За концепцією П. Сенге, при побудові організації, що навчається, потрібно враховувати 5 основних чинників:

1. **Системне мислення**, без якого всі інші вміння залишаються розрізненими прийомами практики управління.

2. **Спільне бачення**, якого керівники мають досягти для того, щоб їхнє особисте бачення організації, шляхів її розвитку було зрозумілим і прийняте всіма працівниками.

3. **Виклик стереотипам мислення**, побудова інтелектуальних моделей. Через стереотипи щодо управлінських ситуацій інноваційні управлінські ідеї так і залишаються без втілення та впровадження.

4. **Навчання в команді**. Вільний обмін поглядами в групах — діалозі, який сприяє надбанню результатів, неможливих для кожного окремого працівника.

5. **Особиста майстерність**. Компанія має заохочувати своїх працівників до навчання й особистого розвитку.

Уїнслоу Тейлор народився 20 березня 1856 року у Філадельфії (США) в родині адвоката із глибокими культурними традиціями. Із самого дитинства юний квакер



Фредерик був одержимий ідеєю ефективності. Він розробляв найбільш короткі маршрути від будинку до школи, носив туфлі без зав'язок, а один раз винайшов тенісну ракетку з ручкою у формі ложки й довів її переваги, вигравши з нею національну першість.

Подорожуючи по Європі, одержав освіту у Франції й Німеччині, потім — в академії Ф. Екстера, Нью-Хемпшир. В 1874 р. Ф.Тейлор закінчив Гарвардський юридичний коледж, але через погіршення зору не зміг продовжити навчання й улаштувався працювати робітником преси в промисловій майстерні гідравлічного заводу у Філадельфії. В 1878 р. завдяки своїй наполегливості (в цей час був пік економічної депресії) він одержав місце різнораба на Мідвельському сталеливарному заводі, був лекальником і механіком. З 1882 р. по 1883 р. — начальником механічних майстерень. Паралельно, навчаючись вечорами, одержав технічну освіту (ступінь інженера-механіка, Технологічний інститут Стивенса, 1883).

У 1884 р. Ф. Тейлор став головним інженером, цього року він уперше використовував систему диференціальної оплати за продуктивність праці. Оформив патентами близько 100 своїх винаходів і раціоналізаторських пропозицій.

З 1890 р. по 1893 р. Ф. Тейлор — головний управляючий Мануфактурної інвестиційної компанії в Філадельфії, власник паперових пресів у Мене й Вісконсині. Вперше в історії менеджменту він організував власну справу з управлінського консультування.

Пік його діяльності прийшов на час роботи на Бетлехемському сталеливарному комбінаті — в 1898—1901 роках. Там він одержав бойове хрещення, перетворюючи в точну науку роботу з лопатою, що була в той час одним з основних інструментів робітника. Зі своїм штатом співробітників Тейлор витратив п'ять місяців, збираючи відомості для визначення кращого способу роботи з лопатою.

Результати своїх досліджень Тейлор пізніше описував так. «Існує лише один правильний спосіб занурювати лопату в речовину певного роду — і безліч не-

правильних. Отже, щоб правильно набрати лопатою речовину, що важко піддається, потрібно сильно пригорнути верхню частину руки до верхньої частини правої ноги трохи нижче стегна, взяти кінець лопати в праву руку й, коли ви будете встромляти лопату в насипану купу, замість того щоб використовувати мускульний рух рук, що утомливо, перекиньте вагу вашого тіла на лопату; тоді лопата встромиться в насипану купу без усякого напруження й без усякої втоми для рук».

Принцип оптимізації роботи з лопатою згодом став універсальним принципом тейлоровської концепції. В її основі лежало розкладання кожної трудової операції на найпростіші дії й визначення — із секундоміром у руках — найбільш економічного способу виконання всієї операції. Так Тейлор уперше в історії зробив працю процесом, який можна було точно прорахувати. Він розчленував усю роботу виконавця на складові частини. Окремі рухи він прохронометрував, а робочий день розписав за секундами. Однак не варто думати, начебто хронометраж приводив лише до точнішого визначення можливостей фізичних зусиль робітника. Тейлор раціоналізував саму роботу й, зокрема, введення фізіологічно доцільних режимів змін праці й відпочинку. Провівши належні дослідження, Тейлор розіслав по заводу інструкторів, які навчали робочих науці роботи з лопатою. Через три з половиною роки, у результаті застосування наукового підходу, сто сорок чоловік виконували роботу за шестисот. Ті з робітників, які зберегли своє місце, одержували заробітну плату на шістдесят відсотків вищу від колишньої.

Наприклад, висококваліфікований вантажник, що переносив протягом робочого дня 12,5 тонн вантажу, використовуючи методику, запропоновану Ф. Тейлором, переносив вантаж загальною вагою 47 тонн. Причому, як показав хронометраж, робітник працював лише 26 хвилин кожної години робочого часу, а відпочивав 34 хвилини, тобто більше половини робочого часу, завдяки чому він менше стомлювався. Таким чином, Тейлор на практиці відшукав той обсяг та режим роботи, згідно з яким робітник більш раціонально може віддавати свою робочу силу протягом тривалого часу.

«Наука роботи з лопатою» стала класичним прикладом багатообіцяючих перспектив наукового управління. Тейлор заявив, що якщо він дійсно зміг перетворити в науку роботу з лопатою, то немає нічого на світі, чого він не зміг би поставити на наукову основу.

Суть своєї системи Ф. Тейлор формулював так: «Наука замість традиційних навичок; гармонія замість протиріч; співробітництво замість індивідуальної роботи; максимальна продуктивність замість обмеження продуктивності; розвиток кожного окремого робітника до максимальної доступної йому продуктивності й максимального добробуту».

«Розвиток наукової організації праці, — писав Ф. Тейлор, — припускає вироблення численних правил, законів і формул, які замінять собою особисте судження індивідуального працівника і які можуть бути застосовані з користю тільки після того, як буде зроблений систематичний облік, вимір і т.д. їхньої дії».

У 1906 р. Тейлор стає президентом Американського товариства інженерів-механіків, а в 1911 р. засновує Товариство сприяння науковому менеджменту (пізніше воно одержало назву Товариство Тейлора).

Величезне значення Тейлор приділяв правильному підбору й підготовці робітників: кожному поручалася така робота, для якої він найкраще підходив. Для цього враховувалися й фізичні, і психологічні особливості кандидатів. Однак навіть коли кандидат повністю відповідав майбутній роботі, керівництво навчало його оптима-

льним робочим рухам і інструктувало щодо порядку й способів застосування стандартизованих інструментів і матеріалів.

Відчувши себе новим месією, у віці сорока п'яти років Тейлор вирішив припинити трудитися заради грошей і разом із дружиною й трьома прийомними дітьми оселився у Філадельфії, де зайнявся письменством, вирощуванням троянд, а також активною пропагандою гольфу. В 1911 р. вийшла його головна праця — «Основи наукового менеджменту».

Ф. Тейлор вважав, що потрібно навчити робітників працювати, а керівників — управляти. Це важко, оскільки робітники ледачі, а керівники — бездарні. Як же боротися з лінню робітників? Нагороджувати робітника потрібно тільки за ретельне і відповідне виконання покладених на нього завдань. «Ініціативний» робітник може завдати шкоди виробництву: він не керівник і тому не може правильно організувати свою працю. У той же час він уважав за потрібне йти на поступки робітникам з боку керівництва, підтримувати дружні стосунки з ними, а тому рекомендував відкривати на підприємствах їдальні, дитячі садки, різні вечірні курси як засоби «для створення більше вмілих та інтелектуальних робітників». Відповідно до його поради на одній з фабрик, де трудилися в основному жінки, завели породистого kota, з яким робітниці мали можливість погратися під час перерви, що поліпшувало їхні емоції, піднімало настрій і в остаточному підсумку сприяло підвищенню продуктивності праці. Подібні дії повинні були викликати в робітників «добрі почуття стосовно хазяїв».

Ф. Тейлор заявив, що головним і єдиним будівельним матеріалом ефективної організації може бути тільки окремих, ізольований працівник. Тому він активно виступив проти групових, артільних форм організації праці. «...У тих випадках, коли робітники об'єднані в артілі, кожний з них окремо стає набагато менш продуктивним, ніж тоді, коли стимулюється його особисте самолюбство. Під час роботи великими артілями індивідуальна продуктивність кожної окремої людини неминуче падає до рівня найгіршого робітника у всій артілі й навіть нижче цього рівня».

Ф. Тейлор наполягав на необхідності платити кожному робітникові відповідно до його індивідуального виробітку, а не залежно від вироблення тієї групи робітників, у яку він входить. Диференційована відрядна оплата, на його думку, стимулює робітників до більших зусиль. Хоча відрядна форма оплати широко застосовувалася й до нього, Тейлор запропонував застосовувати її лише на основі свого наукового дослідження, що дозволяє визначити, який обсяг роботи може й повинен бути виконаний протягом певного відрізка робочого часу.

Кожному робітникові варто доручати виконання найбільш складної роботи, яку він може виконувати відповідно до його вмінь й фізичних даних, і важливо, щоб результати його праці досягли рівня кращого робітника того ж розряду. Гроші можуть бути вирішальним фактором впливу на трудову поведінку більшості робітників, і самим кваліфікованим з них варто виплачувати надбавку від 30 до 100 % порівняно із середнім заробітком. «Нагорода, — говорив Тейлор, — для того, щоб вона робила належний ефект, повинна впливати дуже швидко за виконанням самої роботи» («як і при дресируванні звірів», — відповідали йому опоненти).

У системі Тейлора надзвичайно зростала роль керівників організації: саме вони повинні були відповідати за впровадження науково обгрунтованої системи, що забезпечує постійне зростання продуктивності праці. «Тільки шляхом примусової стандартизації методів, примусового використання найкращих знарядь і умов праці й примусового співробітництва можна забезпечити це загальне прискорення темпу роботи. Обов'язок до вироблення стандартів і до забезпечення необхідного співробітництва лежить винятково на адміністрації підприємства».

Управління за старими принципами, в основу яких було покладено структуру лінійної субординації — вихідні «зверху» команди й беззаперечне їхнє виконання на всіх «поверхах», — Тейлор вважає рудиментом наївних часів. Завдання наукового менеджменту полягає в скасуванні організації військового типу й впровадженні функціонального керування. Його суть — у максимальному поділі праці, в тому числі і між самими керівниками. Робітник повинен одержувати накази від восьми різних десятників, кожний з яких виконує особливі функції й відповідає за свій елемент виробництва. З восьми «функціональних майстрів» безпосередньо в цеху повинні були перебувати тільки четверо: бригадир, інспектор, що оцінює результат праці робітника, майстер з ремонту й майстер, що встановлює темп роботи. Четверо інших повинні перебувати в спеціально влаштованій «плановій кімнаті», займаючись відповідно маршрутизацією, підготовкою карток, інструкцій, звітами про витрачений на виробництво продукції час, питаннями собівартості, виробничої дисципліни й т. д.

Тейлор вважав, що директори дуже швидко переконуються в ефективності нової системи управління: зростання кількості «невиробничих» працівників по відношенню до числа «виробників» в остаточному підсумку виявиться зростанням не канцелярщини, а економії.

Ф. Тейлор помер 21 березня 1915 року від запалення легенів. Напис на його надгробному камені говорить: «Батько наукового менеджменту».

За матеріалами:

<http://beliakov.net/taylor.htm>

<http://www.socioego.ru>

<http://www.prazdniki.ru>

2.2. Історичні етапи розвитку організації охорони здоров'я в різних країнах світу

Археологічні дослідження стверджують, що в первісному суспільстві поряд з наданням допомоги при нещасних випадках, пораненнях, пологах, впроваджувалися заходи щодо збереження здоров'я. Особлива увага приділялася тим членам племені, від фізичної сили яких залежав успіх на полюванні та можливості успішної боротьби з ворожим плем'ям. Медична діяльність була обов'язком жінок: підтримання чистоти в приміщенні; дотримання гігієнічних ритуалів членами племені; надання медичної допомоги; збирання лікарських рослин. При ускладненні форм господарської діяльності, класового розмежування, виникненні та розвитку релігії гігієнічні ритуали поступово набувають характеру священнодійства. Їх збереження і розвиток стає обов'язком старійшин роду, які поклали початок жрецькій касті, в руках якої зосереджується мистецтво зцілення від хвороб та продовження життя.

Роль охорони здоров'я як ефективного чинника внутрішньої політики відбувається вже при формуванні перших держав: встановлюються гігієнічні та протиепідемічні правила; робляться спроби регламентувати лікувальну допомогу. До них відносились ізоляція хворих на епідемічні хвороби, встановлення контролю за кваліфікацією лікаря і охорона їхніх прав по відношенню до лікувальної практики, установлення відповідальності за незаконне лікування, лікарські помилки та ін.

Організація охорони здоров'я в Месопотамії. У Месопотамії XVIII ст. до н. е. медична практика регламентувалася грошовою винагородою за успішне лікування і покаранням при невдалому результаті хвороби.

В одному з міст Месопотамії — давньому Вавилоні існував кодекс царя Хаммурапі, який було висічено на базальтовому стовпі. 210—223 статті цього кодексу визначали норми медичного бізнесу: оцінка роботи лікаря; плата за медичні послуги. Наприклад, стаття 215 має такий зміст: «Якщо лікар проводить у когось тяжку операцію з допомогою бронзового ножа і вилікує хворобу або якщо видалить у когось бронзовим ножом катаракту, вилікувавши таким чином око, він може одержати за це 10 секелій срібла». У давньому Вавилоні це був значний гонорар: він складав 10-місячну заробітну плату ремісника.

Високий громадський і матеріальний статус лікаря поєднувався з великою відповідальністю за свою працю. За будь-яку серйозну помилку при встановленні діагнозу або лікуванні лікар повинен платити великий грошовий штраф. У параграфі 218 кодексу царя Хаммурапі вказується: «Якщо лікар проводить у когось серйозну операцію бронзовим ножом і нанесе хворому смерть або якщо він видалить комусь катаракту з ока і порушить око, то він карається відтинанням руки».

Організація охорони здоров'я в Стародавній Індії. Лікарській справі надавалось великого значення в Стародавній Індії. Основні моральні принципи лікаря містяться в трактаті Аюрведа (Наука життя), у вченні давньоіндійських лікарів, насамперед Сушрути. Про високе положення лікаря в Стародавній Індії можна судити за легендами, за якими одним із 14 дорогоцінних створінь, створених богами шляхом змішування землі і моря, був учений-цілитель. Суть давньоіндійських трактатів зводилась до того, що лікар повинен володіти високими моральними і фізичними якостями, проявляти співпереживання до хворого, бути терплячим і спокійним, вселяти в хворого впевненість у сприятливому результаті захворювання. А саме: він повинен бути здоровим, охайним, скромним, терплячим, мати коротко пострижену бороду, вичищені і обрізані нігті, білий, надушений пахощами, одяг, виходячи з дому з палкою чи зонтом, зокрема уникати балаканини. Згідно вчення Сушрути, лікар повинен володіти усіма тонкощами лікувального мистецтва: він повинен бути хорошим практиком і знати теоретичну медицину.

У своєму трактаті Сушрута писав: «Лікар, який не вправний в операціях, приходить у збентеження біля ліжка хворого, подібний до боягузливого солдата, який вперше потрапив у бій.

Лікар же, який уміє тільки оперувати і зневажає теоретичними відомостями, не заслуговує на повагу і може піддавати небезпеці навіть життя царів. Кожен з них володіє лише половиною свого мистецтва і схожий на птаха з одним крилом».

Поведінка давньоіндійського лікаря регламентувалася залежно від того, яке проводиться лікування, відрізнялась у до- і післяопераційний періоди. Існували етичні норми поведінки лікаря по відношенню до того, хто помирає, та їх родичів. Особливо важливим вважалося збереження лікарської таємниці, яку складали інтимні відомості про хворого, його сім'ю, прогноз його захворювання.

Для виховання почуття обов'язку, моральних принципів у Стародавній Індії існували певні традиції при підготовці лікарів. Навчання лікарів здійснювалося спеціальними наставниками. На спеціальному ритуалі прийому в учні до лікаря наставник говорив: «Ти тепер залиш свої пристрасті, гнів, користолобство, безумство,

марнославство, гордість, заздрощі, грубість, жартування, фальшивість, лінь та інші вади поведінки...».

На урочистій церемонії, присвяченій закінченню навчання, учитель мистецтва лікування проголошував проповідь про моральний обов'язок лікаря. Вона наведена у трактаті Чарака-самхіта: «Ви повинні всією душею прагнути до видужання хворого..., не повинні зраджувати своїх хворих навіть ціною власного життя..., не повинні пиячити, не повинні творити зло або мати злих товаришів..., повинні бути розсудливими і завжди прагнути удосконалювати свої знання. Коли ви ідете в будинок хворого, ви повинні спрямувати свої слова, думки, розум і почуття ні до чого іншого, крім хворого та його лікування. Ні про що з того, що відбувається в будинку хворої людини, не потрібно говорити...».

Право на лікувальну практику давав раджа. Він же слідкував за виконанням лікарського обов'язку, виконанням етичних принципів при одержанні лікарями оплати за свою працю, використовуючи збірник вказівок про правила поведінки індійця у приватному та суспільному житті відповідно до релігійних догм брахманізму (закон Ману). Відповідно до цих законів, за неправильне лікування тварин лікар сплачував низький штраф, за неправильне лікування людей середніх верств — середній штраф, а царських чиновників — високий. заборонялось вимагати винагороду за лікування обездолених, друзів лікаря і брахманів — служителів культу.

Організація охорони здоров'я в Стародавньому Китаї. Основи медичної справи Стародавнього Китаю викладені у книзі Хуан ді Ней-дзіня «Про природу і життя». Особливістю медичної практики стародавніх китайських лікарів був психологічний підхід до пацієнта. Основні правила лікарів включали індивідуальний підхід до хворого та лікування відповідно до характеру захворювання. При лікуванні стародавній китайський лікар повинен був навіяти хворому впевненість в одужанні. Серед основних правил, яких повинен був дотримуватися лікар по відношенню до хворого, було «Вміти держати серце в грудях», тобто не допускати гарячковості та інших екстремальних реакцій.

У Стародавньому Китаї також існував філософський підхід і по відношенню до ролі медицини в житті окремої людини і суспільства. Це проявлялось у принципі: «Медицина не може врятувати від смерті, але в змозі продовжити життя, зміцнити державу і народи своїми порадами». Тому в суспільстві заохочувались бесіди лікарів з колегами, обговорення з більш досвідченішими лікарями складних випадків діагностики та лікування.

Починаючи з III ст. до н.е., досвідчені лікарі Китаю при обстеженні хворих робили докладні записи, які можна вважати прообразом сучасної історії хвороби.

Організація охорони здоров'я в Персії. Основи медичної справи в Персії були подібні до давньокитайських. Насамперед лікар повинен поважати особистість хворого і проводити діагностику та лікування, враховуючи його індивідуальність. В країні практикували три категорії лікарів: «цілителі святістю», «цілителі знанням», «цілителі ножем». Вони були дуже уважні до свого пацієнта, терпеливо за ним спостерігали і тому помічали дуже тонкі, перші прояви захворювання. Перські лікарі ставили діагноз на ранніх стадіях. Другою особливістю лікаря було вміння впливати на психіку хворого власною особистістю, своїми моральними якостями. Відношення до лікаря було як до напівбога, звідси священний трепет перед ним, віра в його мистецтво, яке сприяло вилікуванню від недуги. Більше того, в Персії та інших країнах Стародавнього Сходу деякі відомі лікарі були підняті до рангу богів. Ореол всемогутнього у поєднанні з лікарською терапією, використанням природних факторів і тонке розуміння психології хворої людини перетворили працю лікаря на мистецтво зцілення.

Організація охорони здоров'я в Стародавній Греції. Розвиток медичної справи в Стародавній Греції прийнято поділяти на 2 періоди: догіппократівський і гіппократівський.

Законами Лікурга (IX—VIII ст. до н. е.) встановлювалася система гігієнічного та фізичного виховання спартіатів. Було введено контроль за шлюбами, здорові новонароджені призначалися для суспільного виховання, кволі — знищувалися. Вся система суспільного виховання знаходилася у руках спеціальних чиновників — ефорів.

Основними принципами догіппократівської медицини були: повага особистості лікаря в суспільстві; диференційоване відношення лікаря до різних хворих.

Повага до особистості лікаря і до його мистецтва переходила в обожнювання. Одним із перших був обожнений давньогрецький лікар Асклепій.

Асклепій (Ασκληπιός) — бог лікування, син Аполлона і німфи Короніди (за іншою версією, Арсиної, дочки Левкіппа), яку Аполлон убив за зраду (Короніда виявила прихильність до Ісхия, коли Аполлон дізнався про це від ворона, він пофарбував біле пір'я ворона в чорний колір). Коли тіло Короніди спалювали на похоронному багатті, Аполлон вийняв з її черева немовля Асклепія і приніс його на виховання мудрому кентаврові Хирону, який навчив його мистецтву лікування. Асклепій дійшов зухвалої думки воскрешати мертвих (він воскресив Іполита, Капанея, Главка — сина Міноса і інших). За це розгніваний Зевс убив Асклепія блискавкою, адже життям і смертями розпоряджався Аїд і ніхто, крім нього, не мав права цього робити.

Коли Асклепій накопичив у мистецтві лікування великий досвід, Афінa дала йому кров, що витекла з жил Горгони Медузи. Кров, яка текла з лівої частини Горгони, несла смерть, а з правої частини — використовувалася Асклепієм для порятунку людей.

Культ цього божества був особливо популярний в Епідаврi, куди стікалися за зціленням зі всіх кінців Греції.

Неодмінним атрибутом Асклепія був жезл, який обвивала змія (або навіть дві). Іноді він сам асоціювався зі змією, що отримувала в храмі Асклепія жертвопринесення. Пізніше його символом стала чаша, також обвита змією.

Коли хворий видужував, у жертву Асклепію приносили півня. На острові Кіс знаходилося відоме святилище Асклепія, знамениті лікарі острова Кіс вважалися його нащадками і називалися Асклепіадами.

Асклепій мислився іпостассю Аполлона, відомі їх загальні храми і атрибути. Синами Асклепія від його дружини Епіони були Подалірій і Махаон (загинув в Троянській війні). Про них залишив згадку Гомер як про прекрасних лікарів. Серед дочок Асклепія відомі богиня здоров'я Гігея, всецілителька Панацея (Панакея) і лікувальниця Іасо. У святилищі Амфіарая в Оропі знаходився жертовник, одна з частин якого була присвячена Панацеї, Гігієї і Афіні Пеонії («цілительці»).

В образі Асклепія поєднуються риси землі-цілительки і уявлення про передачу божественних функцій дітям богів — героям, які своєю зухвалістю порушують рівновагу, встановлену в світі олімпійцями.

У римській міфології Асклепій іменується Ескулапом, його культ був введений в Римі на початку III ст. до н.е., на одному з островів Тибру. В місці, де була випущена привезена з Епідавра змія, був заснований храм Богові.

<http://www.greekroman.ru/asclepios.htm>

Норми догіппократівської медицини передбачали різну якість медичної допомоги і лікування залежно від грошової винагороди, яку одержував лікар, а також від суспільного стану хворого. Лікар не повинен був надавати допомогу безнадійно хворим і незабезпеченим громадянам і рабам.

Гіппократівський і післягіппократівський період мав вплив на розвиток медицини не лише в Стародавній Греції. Текст «Клятви Гіппократа» покладено в основу сучасних кодексів медичної етики, сучасних клятв, які дають студенти, одержуючи диплом лікарів, у більшості країн світу.

Гіппократ систематизував досвід медичної практики у своїх книгах «Про лікаря», «Про благопристойну поведінку», «Про мистецтво», «Афоризми». Основними принципами медичної практики були: регламентація норм поведінки лікаря; рівні права на одержання медичної допомоги; розвиток поняття про лікарську таємницю; норми взаємовідносин між лікарями. Гіппократ рекомендував направити всі зусилля на вилікування хворого не лише лікаря, а й усіх оточуючих. Ці обставини будуть сприяти вилікуванню хворого. Гіппократ не рекомендував лікарям надавати допомогу невиліковно хворим. На думку Гіппократа, взаємовідносини лікарів повинні бути підкорені інтересам хворого. Якщо лікар має труднощі в постановці діагнозу, то він повинен порадитися з колегами. Він говорив: «Нема нічого соромного, якщо лікар має труднощі у якомусь випадку і з причин своєї недосвідченості, просить запросити інших лікарів, з якими спільно зміг би в'ясувати стан хворого і які посприяли б йому...» Або: «Лікарі, які разом оглядають хворого, не повинні сперечатися між собою і висміювати один одного, бо я з клятвою заявляю, що ніколи судження одного лікаря не повинно викликати заздрість іншого, це означало б показати свою слабкість».

Основні положення медичної етики, що викладені в «Клятві Гіппократа» і, що зберігають актуальність і по сьогоднішній день свідчать:

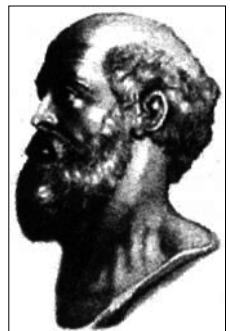
- ✓ «Non posere» (Не нашкодь!). Всяке лікування, всі дії, всі поради лікаря повинні бути спрямовані на користь хворого, приносити йому користь;
- ✓ людське життя є безумовна цінність;
- ✓ лікар повинен поважати приватне життя пацієнтів, утримуватися від аморальних вчинків;
- ✓ лікар повинен зберігати лікарську таємницю, поважати свою професію.

Про розвиток медицини в Стародавній Греції можна судити не тільки за науковими працями та авторитетом лікаря в країні, а й за рівнем організації та лікування хворих та системою підготовки лікарів. Медична допомога надавалась такими категоріями лікарів:

- жерцями асклепейонів;
- практикуючими лікарями ятрей;
- практикуючими лікарями нозокомейонів;
- періодевтами.

Медична допомога надавалась в **асклепійонах**, храмах збудованих на честь Асклепія. Частина жерців у цих храмах виконувала функції лікарів.

Гіппократ (Hippocrates, Hippokrates) (бл. 460 р. — бл. 356 або 377 рр. до н.е.) — знаменитий грецький лікар, «батько медицини». Народився на острові Кос у сім'ї потомствених лікарів. Первинну медичну освіту здобув від батька Геракліда. У двадцять років був присвячений у жерці, без чого, на ті часи, займатися медичною практикою було неможливо. Тоді ж став відомий як чудовий лікар. Медицину вивчав в різних країнах, довгий час провів у Єгипті. Школа Гіппократа розташовувалася в гробниці Асклепія на Косі. Він знав і застосовував у лікувальній практиці більше 200 цілющих трав, був прихильником масажу, занять гімнастикою, водних



процедур. Був першим лікарем, праці якого збереглися до наших днів. Могила Гіппократа довгі роки була місцем паломництва: згідно з однією з легенд, дикі бджоли, що водилися недалеко від місця поховання Гіппократа, давали мед, що володів чарівними цілющими властивостями. Нащадки визнали Гіппократа «батьком медицини». До наших днів збереглася традиція, що зобов'язує молодих лікарів приймати «клятву Гіппократа», в якій сформульовані основні етичні постулати лікаря.

Афоризми, цитати, які належать Гіппократу. *Що не виліковує ліки, те виліковує залізо; що не виліковує залізо, те виліковує вогонь; що не виліковує вогонь, те виліковує смерть. (Згідно з іншими джерелами фраза звучить інакше: «Чого не ціляють ліки, ціляє залізо; чого не ціляє залізо, ціляє вогонь, а те, чого не виліковує вогонь, слід вважати невиліковним»).*

Медицина справді є найблагороднішим зі всіх мистецтв.

Лікує хворобу лікар, але виліковує природа.

Ні насичення, ні голод і ніщо інше не добре, якщо переступити міру природи.

Протилежне виліковується протилежним.

Якщо лікар не може принести користі, хай він не шкодить.

Як сукнарі чистять сукно, вибиваючи його від пилу, так гімнастика очищає організм.

Не нашкодь хворому!

Лікар — філософ; адже немає великої різниці між мудрістю і медициною.

Наші харчові речовини повинні бути лікувальним засобом, а наші лікувальні засоби повинні бути харчовими речовинами.

Цілення — це справа часу, але іноді це також справа можливості.

Люди похилого віку хворіють менше, ніж молоді, але їх хвороби кінчаються лише разом з життям.

Деякі хворі, не дивлячись на свідомість приреченості, видужують тільки тому, що упевнені в майстерності лікаря.

У всякій хворобі не втрачати присутності духу і зберігати смак до їжі — хороша ознака; протилежне — погана.

Лікування в асклепейонах проводилося методами психотерапії та психогігієни, з широким застосуванням водних процедур, масажу, інших фізичних методів. У разі необхідності проводилися хірургічні втручання. В таких храмах існували медичні школи.

Друга категорія лікарів надавала медичну допомогу в невеличких цивільних лікарнях — **ятрейях**. Цей вид лікарень розташовувався на дому в практикуючих лікарів для кількох пацієнтів, які потребували нетривалого лікування.

Третя категорія лікарів практикувала у великих лікарнях — **позокомейонах**. У цих лікарніних закладах медична допомога надавалася стаціонарно.

Четверта категорія лікарів — лікарі-мандрівники, які мали назву **періодекти**. Вони ходили по населених пунктах і могли зупинитись у них для надання тимчасової медичної допомоги хворим.

Починаючи з VII ст. до н.е., влада давньогрецьких міст наймала лікарів для обслуговування воїнів під час військових походів та для боротьби з епідеміями.

Лікарів у Стародавній Греції готували або в асклепейонах або в приватних медичних сімейних школах.

Організація охорони здоров'я в Стародавньому Римі

На відміну від організації охорони здоров'я в Стародавній Греції, яка ґрунтувалася на приватній практиці лікарів, у Стародавньому Римі була зроблена спроба переходу до системи державної підготовки та управління діяльністю лікарів.

У Стародавньому Римі практикувало кілька категорій лікарів. Крім практикуючих лікарів, було виділено окремі посади для головних лікарів великих міст — архіатів. Згодом архіатів стали призначати і в провінціях. Архіати, як правило, надавали медичну допомогу багатим громадянам Риму. Для надання медичної допомоги іншому населенню призначались народні лікарі. Крім цих двох категорій лікарів окремо призначались лікарі, які працювали при великих видовищах: у театрах, цирках; на гладіаторських аренах. Відомий Клавдій Гален у молоді роки був лікарем гладіаторів. Лікарі Стародавнього Риму інколи брали на себе функції судових медиків. Наприклад, відомий лікар Антилл виконував роль судового медика у зв'язку з убивством Юлія Цезаря.

Система охорони здоров'я Стародавнього Риму вважається однією з найраціональніших у Стародавньому Світі. У 499 р. до н.е. контроль за санітарним благоустроєм міст та якістю харчових продуктів покладається на спеціальних міських чиновників — едилів. З часом кількість едилів у місті збільшується і впроваджується їх спеціалізація: відокремлюються едили з контролю за харчовими продуктами, за водопостачанням, наглядачі за повіями та ін.

Досягненням римської системи охорони здоров'я є спорудження шпиталів. Лікарі легіонів надавали тільки хірургічну допомогу і мали невеликі лазарети. Тих, що захворіли на тривалий строк, відправляли додому. Коли з розширенням кордонів римської імперії це стало неможливо, в стратегічних пунктах були засновані військові лікарні — валетудинарії. З часом у провінціях почали організовувати лікарні для імперських чиновників та членів їхніх сімей.

Згодом, із загрозою епідемій, почали організовувати медичну допомогу для бідних. Так, у зв'язку з епідемією чуми (166—180 pp.), Марк Аврелій задля надання медичної допомоги бідним, наказав міським радам утримувати за рахунок міської скарбниці народних лікарів. Крім надання допомоги бідним, народні лікарі мали брати на навчання учнів. Посади народних лікарів було збережено і після подолання епідемії, спочатку в Стародавньому Римі, потім у Візантії.

Наприкінці I ст. н. е. почали створювати лікарні для бідних, фінансування яких здійснювали органи міського управління. В деяких містах приватні лікарні починають отримувати субсидії від уряду і стають повністю або частково суспільними закладами.

Останніми роками існування імперії в Римі та деяких провінціях чітко регламентувалась кількість практикуючих лікарів. Підготовка майбутніх лікарів проводилась під патронатом архіатів. Найбільш кваліфіковані лікарі отримували право на практику.

Організація охорони здоров'я в VII—XVII ст.

Характерною особливістю середніх віків було утворення багаточисленних чернечих орденів (францисканський, бенедиктинський, домініканський), які відводили у монастирях місця для хворих. Згодом церква стала перетворювати ксенодохії (по-

стоялі двори Сходу) на притулки для хворих, старих, удів та сиріт. Кошти для їхнього утримання формувалися з добровільних пожертвуваль. У 370 р., у зв'язку з наслідками голоду, єпископ Василь заснував у Кесарії ксенодохію Базілла, що складалася з великої кількості упоряджених приміщень, у яких були передбачені ліжка для хворих, старих. Догляд за ними було доручено лікарям та прислужникам. Пізніше подібні шпиталі створюються в Галлії: у V ст. в Ліоні, в 651 р. — в Парижі. Таким чином створювалася система лікарень — богоділень.

Оскільки до XVI ст. була відсутня централізована державна влада, функції організації охорони здоров'я не належали державі в цілому, а здійснювалися окремими феодалами та органами міського самоврядування. В цей період особливого розвитку набуває придворна медицина при королях, папі, владних князях та система домашніх лікарів при заможних членах суспільства. До обов'язків домашнього лікаря відносилось: нагляд за їжею, благоустрій помешкань, профілактика та лікування. Починаючи з IX ст., феодали залучають хірургів для своїх дружин. Особливої сили ця тенденція набула в часи хрестових походів.

У зв'язку зі зростанням міст, починаючи з XII ст., функції управління охороною здоров'я беруть на себе органи міського самоврядування. В містах, поряд з притулками для бідних пацієнтів, будують лікарні для всіх громадян. Кошти для будівництва створювалися за рахунок внесків громадян, при цьому об'єм внеску відповідав розміру допомоги. Для керівництва шпиталів запрошувались лікарі, управління здійснювалося магістратами, з числа яких призначалось дві особи: одна — контролювала лікування, друга — господарську діяльність шпиталю.

Центрами медичної освіти в Західній Європі були університети, відкриті у VIII ст. — в Салерно, у XII—XIII ст. — у Болон'ї (1158 р.), Парижі (1125 р.), Падуй, Оксфорді, у XIV ст. — у Празі (1348 р.), Відні, Кракові (1364 р.). Спочатку це були приватні навчальні заклади, але згодом вони цілком потрапили в залежність від церкви, яка контролювала статuti, уклад життя, навчальні плани університетів. Що ж до філософських медичних обґрунтувань, то в університетах було офіційно визнано вчення Галена.

У XIII ст. в Германії почали будувати перші шпиталі (лазарет св. Іоахима у Лейпцизі, Бартоломіївський шпиталь у Дрездені), проте вони не були лікарняними закладами в повному розумінні, оскільки їхнім завданням було не лікування, а ізоляція хворих на лепру. При зниженні в Європі захворювання на лепру ці шпиталі було перетворено на притулки для сиріт та богодільні. Проте залишилася сама ідея ізоляції хворих як захід по боротьбі з епідеміями. Міська влада впроваджувала висилку за межі міста інфекційних хворих, забороняла хворим та їхнім родичам торгувати харчовими продуктами.

У XII—XIII ст. в окремих європейських країнах видаються державні установки, спрямовані на регламентацію медичної практики та поліпшення санітарного стану країни. Згідно з едиктом короля Роджера Сицилійського (1140 р.), самостійна лікарська практика на території королівства дозволялася тільки після державного випробування в спеціальній колегії. Фрідріх II Гогенштауфен (1224 р.) започатковує на території Священної Римської імперії державні випробування для хірургів, аптекарів та акушерок з обов'язковим річним стажуванням у відомого досвідченого лікаря. Медичні едикти Фрідріха II стосувалися також контролю за якістю лікарських засобів, правил очищення міст, упорядкування кладовищ.

Після пандемії чуми, яка у XIV ст. забрала життя близько 25 млн європейців та стала на заваді міжнародній торгівлі, гостро постало питання впровадження

систем протиепідемічних заходів і організації охорони здоров'я. У 1348 р. у Венеції створюється перша Санітарна рада, яка єднала керівництво лікувальною справою з санітарно-поліцейськими функціями. У 1370—1374 рр. у Венеції та Мілані впроваджується система карантинних заходів, яка передбачала ізоляцію хворих та осіб, які прибули з «підозрілої» місцевості. Карантин супроводжувався повним знищенням вогнем речей, які належали зараженим.

Венеціанська система протиепідемічних заходів та організації охорони здоров'я учинила вплив на розвиток санітарного законодавства в інших містах Європи. Наприкінці XIV ст. практично в усіх містах Західної Європи приймається система протичумних карантинів. У 1424 р. германський імператор Сигізмунд II впровадив в усіх імперських містах посаду міського лікаря — штадт-фізика, який утримувався за рахунок міської казни. Обов'язки міських лікарів полягали в проведенні заходів по боротьбі з епідеміями, керівництві лікарнями, контролі за діяльністю практикуючих лікарів, аптекарів, акушерок, боротьбі із знахарями та судово-медичні функції. У 1685 р. бранденбурзький курфюрст Фрідріх Вільгельм створює центр медичного управління — Медичну колегію, в обов'язки якої входило спостереження за діяльністю всього медичного персоналу, приймання іспитів на право самостійної практики в лікарів та аптекарів, контроль за продажем лікарських засобів. У 1719 р. для керівництва і організації боротьби з епідеміями створюється спеціальний орган — Санітарна колегія. Відповідні органи були створені в низових інстанціях, кожній провінційній раді був приданий лікар — ланд-фізик. У 1794 р. обидві колегії були об'єднані в одну оберколегію, а на місцях були створені провінційні Медико-санітарні колегії. Пруська система охорони здоров'я стала взірцем для інших германських держав.

Наприкінці XVII ст. були зроблені перші спроби визначити значення охорони здоров'я для господарської діяльності країни. В піонерських санітарно-демографічних дослідженнях Петті (1662) та Галлея (1697) робляться спроби аналізу для виявлення залежностей руху населення, причин смерті, впливу хвороб на виробничу діяльність населення.

Таким чином, протягом десяти сторіч у Європі було закладено систему протиепідемічних заходів, що дало змогу подолати пандемії і сприяло подальшому розвитку суспільства, міжнародним відносинам та торгівлі. За цей час майже всі європейські країни впровадили системи контролю за освітою та діяльністю лікарів.

Наприкінці XV ст. виникає Московська держава. Потреби економічного розвитку країни, постійна загроза військового нападу ззовні сприяли виникненню зачатків державної медицини. У зв'язку з цим у 1620 р. було створено Аптекарський наказ, що став найвищим органом медичного управління в Московській державі.

Аптекарський наказ на першому етапі своєї діяльності був придворною медичною установою, управляв царською аптекою, видав медичним персоналом. До обов'язків цього наказу входило лікування царя, його сім'ї і наближених. Виготовлені «відбіркові лікарські засоби» для царя зберігалися в особливій кімнаті («казенці»), охоронялись і відпускались тільки з дозволу дяка Аптекарського наказу. Виписування ліків і їх приготування ретельно охоронялось. Приготовані для царського двору ліки куштували спочатку доктори, що їх прописали, потім аптекарі, що їх приготували, і нарешті — особа, яка займалася постачанням ліків до царя.

У 1631 р. штат Аптекарського наказу був невеликим: два лікарі, п'ять підлікарів, один аптекар, один окуліст, два перекладачі і один піддячий.

У середині XVII ст. Аптекарський наказ з придворної установи перетворився на загальнодержавний. Значно розширилися і його функції. Аптекарський наказ запрошував на службу іноземних лікарів і займався підготовкою національних кадрів, розподілом їх за посадами, перевіркою «докторських казок» (історій хвороб) і виплатою платні. Аптекарський наказ керував аптеками, аптекарськими городами і організацією збору лікарських рослин у масштабі країни.

Військові події поставили перед Аптекарським наказом ще одну проблему — створення медичної служби в російській армії. У зв'язку з цим визначалися й додаткові функції: призначення у війська лікарів і підлікарів, постачання ліками полкових аптек, організація тимчасових військових госпіталів, огляд солдатів про придатність їх до несення військової служби.

У першій половині XVII ст. всі витрати Аптекарського наказу оплачувалися із загальної скарбниці, а згодом ця установа вже мала власний бюджет. До 1681 р. штат Аптекарського наказу значно збільшився. Серед 80 співробітників було 6 докторів, 4 аптекарі, 3 алхіміки, 16 лікарів-іноземців, 21 російський лікар, 38 учнів лікарського і костоправного діла. Крім того, було 12 піддячих, городники, товмач і господарські працівники.

Розміщення Аптекарського наказу не було постійним. Спочатку ця установа знаходилася на території Кремля, в кам'яній будівлі навпроти Чудового монастиря. У другій половині XVII ст. основні служби Аптекарського наказу було перенесено на нове місце.

У 1690 р. був виданий указ царів Івана і Петра Алексійовичів «Про поліпшення постановки аптечної і медичної справи в Аптекарському наказі». У ньому наголошувалося, що доктори і аптекарі не мають між собою доброї згоди, «без всякої причини» між ними часто спостерігаються «ворожнеча, сварка, наклеп і нелюбов». Звідси в молодших чинів до докторів і аптекарів — «неслухняність», у справах «недбалість». В указі відмічено, що при такому положенні виготовлені ліки замість користі можуть заподіяти людям страждання. Для наведення належного ладу в медичній справі і в аптеках указ наказував кожному докторові і аптекареві приймати присягу і клятву.

У 1654 р. при Аптекарському наказі відкрито Школу російських лікарів. Разом з тим продовжувала діяти і система учнівства. Учні лікарської і аптекарської справи направлялися до досвідчених докторів і аптекарів для отримання медичних знань і лікарських навичок.

У XVII ст. у російській медицині відбулися деякі якісні й кількісні зрушення. Будуються госпіталі та лікарні, впроваджується підготовка лікарів. Школа російських лікарів давала обширні знання. Лікарі перебували на державній службі, користувалися лікарськими «порадниками» і «травниками». У 1658 р. Епіфаній Славенецький вперше здійснив переклад російською мовою книги знаменитого А. Везалія «Про будову людського тіла» (1543). Серед медиків користувалася успіхом книга «Таємна таємних, або Аристотельові брами», в якій були викладені не тільки лікарські знання, а й питання медичної етики.

Перші лікарні будуються як за кошти державної казни, так і приватні. У Москві на кошти боярина Ртищева в 1656 р. було споруджено невелику цивільну лікарню з двох палат. У 1635 р. при Троїцько-Сергіївському монастирі побудовані лікарняні палати, які збереглися і до теперішнього часу.

Перший тимчасовий військовий госпіталь створений на території Троїцько-Сергіївської лаври в період польсько-литовської інтервенції і облоги цього монастиря (1611—1612 рр.). У госпіталі надавали медичну допомогу не тільки пораненим, а й хворим на цингу, дизентерію.

Другий тимчасовий госпіталь був відкритий у Смоленську в 1656 р. під час війни з Польщею. У цьому госпіталі працювала велика група російських лікарів і лікарських учнів. У Москві на Рязанському подвір'ї в 1678 р. також був створений тимчасовий госпіталь. Лікування поранених і їх медичне обслуговування в тимчасових госпіталях здійснювалися за рахунок державних коштів.

У 1682 р. цар Федір Олексійович наказав Аптекарському наказу влаштувати два постійні шпиталі (лікарні) в Знаменському монастирі і на гранатному дворі за Нікитськими воротами.

Епідемія чуми 1654—1655 рр. зумовила розробку та впровадження карантинних заходів було, розроблено перші протиепідемічні заходи. У Москві було створено карантин, встановлено застави. Всякий зв'язок із Москвою карався стратою. Листи переписували на заставах і передавали через вогонь. Будинки очищали від трупів і виморожували.

Організація охорони здоров'я в XVIII—XIX ст.

Перша реформа організації охорони здоров'я, як частина загальної системи державного управління, була проведена у Франції. В 1822 р. при міністерстві внутрішніх справ було створено вищу санітарну раду. Всі медико-поліцейські і санітарно-протиепідемічні функції було покладено на державний адміністративний апарат: при префектах створено департаментські санітарні комісії, при субпрефектах — окружні, при мерах — кантональні.

Системи охорони здоров'я, які пізніше були створені в європейських країнах, повторювали структуру французької. Майже в усіх країнах керівництво системою охорони здоров'я зосереджувалося в спеціальному відділі або департаменті міністерства внутрішніх справ. На чолі такого відділу стояв чиновник, який, як правило, не мав медичної освіти. В більшості країн при центральному органі управління охороною здоров'я створювався колегіальний дорадчий орган, до складу якого входили вчені-медики, практичні лікарі, а також представники суміжних галузей.

У провінціях керівництво охороною здоров'я входило до компетенції органів внутрішнього управління і зазвичай було представлено колегіальним органом (радою), що складалася головним чином з лікарів, які були на державній службі. Характерно, що державне управління стосувалося виключно заходів із санітарного благоустрою, контролю за санітарним станом територій, протиепідемічної роботи і не торкалося питань лікувальної допомоги. Виникнення буржуазії та прошарку службовців збільшило кількість населення, яке могло вирішити питання медичної допомоги кваліфікованим приватно практикуючим лікарем, проте надання медичної допомоги населенню з низьким рівнем доходу залишалося відкритим.

У 1848 р. в Англії був прийнятий «Білль про усунення санітарних шкідливостей та запобігання хворобам», згідно з яким у густо населених містах, якщо смертність перевищувала 23 на 1000 мешканців, засновувалося за вимогами 0,1 платників податків місцеве лікувальне управління. В цьому ж році в Англії було організовано Головне відомство громадського здоров'я. Інспектори цього відомства мали великі повноваження, навіть підвищували податки в разі різкого погіршення епідеміологічної ситуації.

У першій половині XIX ст. на новій соціальній основі поновлюється благодійна діяльність церкви і паралельно з цим з'являється значна кількість благодійних установ та фондів.

Для забезпечення медичної допомоги кваліфікованим робітникам та службовцям, які не могли звернутися до приватно практикуючого лікаря, з'являється принцип забезпечення взаємодопомоги за рахунок коштів, отриманих із систематичних внесків — страхування здоров'я.

Значне поширення отримали у Франції «Товариство взаємодопомоги», в Англії — «дружні товариства» та «робочі клуби», в Германії — «вільні допоміжні каси». В Германії в 1849 р. було прийнято Закон, згідно з яким органи міського самоврядування отримували право обкладати внесками у «вільні допоміжні каси» також і підприємців.

У 1875 р. в Англії прийнято «Закон про громадське здоров'я», засновуються санітарні ради в містах та сільських громадах, приймаються заходи щодо оздоровлення робітничих кварталів. У багатьох країнах Європи вводяться санітарні кодекси: в Германії — у 1871 р., в Австрії — в 1876 р., в Угорщині — у 1877 р., в Швеції — у 1879 р. Санітарні кодекси передбачали заходи карантинно-загороджувального порядку, встановлювали норми щодо виробництва та зберігання харчових продуктів, комунальної санітарії, правил ізоляції та госпіталізації хворих на інфекційні хвороби та ін.

Таким чином, у XIX ст. у зв'язку з розвитком та вимогами виробництва було прийнято санітарне законодавство в більшості європейських країн. Проте, незважаючи на створення служб охорони здоров'я, система медичної допомоги була далека від досконалості. Стаціонарна допомога в системі муніципальних, приватних та благодійних лікарнях здійснювалася на платній основі, позалікарняна допомога надавалася переважно приватно практикуючими лікарями. Безкоштовну медичну допомогу надавали окремі благодійні організації або лікарі органів місцевого самоврядування тільки особам, які мали посвідчення про бідність. Страхові (лікарняні) каси частково відшкодовували видатки за надання стаціонарної медичної допомоги.

2.3. Історія організації охорони здоров'я в Україні

Археологічні знахідки свідчать, що народи, які населяли територію сучасної України в давнину, мали певні медичні знання. Наприклад, скіфські лікарі володіли рядом раціональних хірургічних прийомів, технікою видалення зубів. При розкопках знайдено черепи з трепанованими отворами, інструменти, які можна було використовувати для складних хірургічних втручань. Такі знахідки можуть бути доказом досить високого рівня розвитку медичного мистецтва у скіфів та стародавніх слов'ян. Деякі скіфи займалися медичною практикою, були обізнані про медицину античних греків і використовували знання, здобуті безпосередньо в Афінах.

За часи Київської Русі склалася система підготовки та використання лікарів (лічців). Медичну допомогу надавали три категорії медиків:

- світські лікарі — емпірики служили при дворах київських князів. При княжих дворах практикували не тільки місцеві лікарі, а й фахівці, запрошені із-за кордону;
- лікарі-священники, які надавали допомогу хворим та інвалідам у спеціальних притулках при монастирях та великих церквах;

• стародавні народні (мирські) цілителі (знахарі, чудесники, волхви, ведуні та ведун'ї). Вони мали навіть своєрідну спеціалізацію: серед народних лікарів були травники, костоправи, зубоволоки та ін.

Медицина допомагала надавалась як окремими лічцями, так і при монастирях та лікарнях. Княгиня Ольга організувала лікарню, в якій впровадила обслуговування хворих жіночим персоналом.

В X ст. в Київській Русі закладаються монастирі з усіма функціями раннього християнства — лікування, піклування вдів, сиріт, людей похилого віку, жебраків. Особливу роль відіграв Києво-Печерський монастир, який мав дуже широку популярність у лікувальному мистецтві. Серед ченців Києво-Печерського монастиря були лікувальники, які працювали в лікарні при монастирі і надавали терапевтичну, хірургічну та психоневрологічну допомогу. Засновник Києво-Печерського монастиря преподобний Антоній (родом з Чернігівщини) на ознаку вдячності за зцілення отримав від київського князя Ізяслава в подарунок гору над печерами та заснував на ній Печерський монастир (1051 р.). Антоній приніс у Київ знання, ліки, спеціальну літературу з грецької гори Афон і заснував систему надання першої медичної допомоги.

Продовжувачем справи Антонія став Агапіт Печерський (відома тільки дата його поховання — 1095 рік). Він заснував першу терапевтичну школу на Русі. Він молитвою і зіллям лікував внутрішні хвороби, врятував життя багатьох людей. Медичну допомогу він надавав безкоштовно і багатим, і бідним. В літературі описано епізод, коли Агапіту було запропоновано поїхати до Чернігова до тяжко хворого князя Володимира Мономаха. Проте Агапіт дав клятву ніколи не покидати стін монастиря. І тому передав князю цілющі відвари трав з настановами щодо їх застосування. Князь видужав і надіслав лікарю в знак подяки золоті дари, які Агапіт просив роздати жебракам біля воріт монастиря.

Агапіт мав свою «школу»: його поради використовували багато печерських ченців, а також онука князя Володимира Мономаха Євпраксія Мстиславна (1108—1172 рр.). Вона вивчала народну медицину і практично допомагала хворим. Її трактат «Мазі» складався з п'яти розділів і є визнаною науковою працею тих часів. Рукопис трактату було знайдено тільки в XIX ст. у флорентійській бібліотеці Лоренцо Медічі.

Ченці Києво-Печерського монастиря, одержавши досвід лікування, йшли у сусідні землі, засновували нові монастирі і поширювали медичні знання. Таким чином виникла монастирська медицина.

Агапіт Печерський. На відміну від західноєвропейських країн, Київська держава не стояла відстороню від церковної благодійності. Статут Великого князя Володимира (996 р.) поклав на церков піклування про вдів, сиріт, старих, хворих, а також передав під підпорядкування церкви лазні, лікарні та лікарів. Відповідно до церковного статуту того часу лікарі були вільними людьми, на яких не поширювалися цивільні закони та юрисдикції світської влади.

«Руська правда» Ярослава Мудрого (1096 р.) закріплює вплив церкви в охороні здоров'я. Церквам доручається будівництво лазень та лікарень, безоплатне надання медичної допомоги, а також функції громадського піклування. Фінансове забезпечення цієї діяльності вирішується шляхом впровадження спеціального мита — десятини на користь бідних, сиріт і хворих. «Руська правда» законодавчо встановлює оплату праці лічців: людина, яка нанесла шкоду



здоров'ю іншій людині мала сплатити штраф в державну казну та видати гроші на лікування особи, що постраждала.

Ярослав Мудрий. Після прийняття християнства й розповсюдження письменності досвід народної медицини було узагальнено в численних травниках та лікувальниках.



Багато з цих рукописів загинуло під час багатьох війн. Проте до сьогодні збереглося понад 250 стародавніх травників та лікарських порадників, у яких містяться описи численних методів лікування часів Київської Русі.

Монастирські лікарні Київської Русі були також центрами просвіти: в них навчали лікувальній справі, збирали грецькі та візантійські рукописи. При перекладі цих рукописів монахи доповнювали їх зміст і власними знаннями, отриманими на власному досвіді монастирських лічців.

Однією з популярних книг XI ст. був «Ізборник Святослава», який двічі (1073, 1076 рр.) переписували для сина Ярослава Мудрого князя Святослава. Цей збірник мав риси енциклопедії. В ньому було описано деякі хвороби та уявлення тих часів щодо їх причин, лікування та запобігання їм. В «Ізборнику» надається інформація щодо лічців-різальників, які вміли «розрізати тканини», робили ампутацію кінцівок та інших частин тіла, лікувальні припікання за допомогою розжареного заліза, лікували ушкоджене місце травмами та мазями. В книзі описані ножі для розтинів та лікарські жорна, надається перелік невиліковних хвороб, які не лікували лічці тих часів.

У літопису «Повість минулих літ» наводиться опис санітарної очистки населених міст та поля бою, поховань померлих під час епідемій. Нестор описав парові бані того часу. Крім свого прямого призначення, парова баня була місцем прийняття пологів, у ній проводили перший догляд за новонародженим, вправляли вивихи й робили кровопускання, «накладали горщики», лікували застуду і хвороби суглобів, розтирали лікарськими мазями при захворюваннях шкіри.

У літературі XII ст. є відомості про жінок-лікарок, бабок-костоправок, які вправно робили масаж. Жінки залучалися до догляду за хворими.

Особливу сторінку в історії України займає Західна Україна, 600-річне перебування якої під владою інших держав наклало суттєвий відбиток на розвиток усього краю і медицини зокрема. Ці землі багаті історико-медичним минулим.

Історія медичного забезпечення в Західній Україні бере початок у XIII ст. В цей час князь Лев на честь своєї дружини Констанції — дочки угорського короля — побудував біля підніжжя Замкової гори у Львові собор Іоанна Хрестителя. А Констанція в 1270 р. віддала своє придане і виділила землю для споруди при храмі монастиря з притулком і аптекою для хворих. Цей перший медичний центр проіснував до 1480 р., його дерев'яні споруди згоріли під час пожежі (пізніше на цьому місці був побудований величний Домініканський собор і монастир). Були засновані притулки для хворих і при інших монастирях — відомий «асклепійон» при монастирі св. Юра в Львові. Подібні заклади були і при інших духовних центрах Західної України.

Лікувальною справою займалися не тільки в монастирях. У XIII—XIV ст. у Львові, як і по всій Галичині, практикували численні доморослі жерці-лікарі. Це були народні знахарі, костоправи, зубодери, зілейники-травники, ведуни, потворники, чарівники, волхви, ворожки і повитухи, лікувальна практика яких ґрунтувалася на народних традиціях.

Провідне місце серед середньовічних лікарів займали цирульники. Вони були першими лікарями в місті і допомагали пораненим і хворим, виривали зуби, проводили операції по витяганню каменів, ампутації, кровопускання, яке в народі вважалося найбільш ефективним і належало поширеним способом лікування різних хвороб. Лікарі-цирульники належали до багатих людей міста. Платня, яку вони отримували, була дуже високою, і лікування в них було недоступне для бідного населення. Вчилися цирульники в дипломованих лікарів-чужоземців, яких запрошували князі до княжого двору. Ці лікарі брали декількох учнів, що допомагали їм у роботі, виконуючи дрібні лікарські маніпуляції, і доглядали хворих. Так відбувалося об'єднання досвіду побутової медицини, якою добре володіли цирульники, з даними науки.

Крім лікарів-чужоземців, дипломованими фахівцями в XIV ст. ставали й русини, що проживали на території України. Вони здобували медичну освіту спочатку в середній медичній колегії (подібність гімназії), а після — в одному з вищих європейських університетів. У списках цих університетів серед бакалаврів, ліценціатів і магістрів є прізвища українців, яких у XIV ст. в Європі називали студентами з Рутеній (тобто з України). Серед рутенців у Сорбоннському університеті (Франція) навчались Петро Кордован (1253 р.), Іван з Рутеній (1368 р.), а з часом — Герман Вільовіч, Самійло Лінкевич, Іван Тінкевич, Андріан Заторікус. У Краківському університеті впродовж XV—XVI ст. здобули освіту 800 хлопців-українців.

Лікарі-українці на теренах колишньої Російської та Австро-Угорської імперій відігравали велику роль в охороні здоров'я населення та розвитку медичної справи. Вони були добрими знавцями своєї професії, й інші держави використовували їх для розбудови своїх державних організацій, зокрема медичних шкіл. Серед українських дипломованих лікарів, які поряд з медичною практикою успішно займалися науковою діяльністю, був перший український доктор філософії і доктор медицини Юрій (Георгій) Дрогобич-Котермак (1450—1494 рр.). У 1481—1482 навчальному році він обирався одним з ректорів Болонського університету. Ця посада вважалася однією з найпрестижніших у Болоньї. Ректор не тільки пильнував за дотриманням університетських статутів, контролював працю професорів, розподіляв лекції та організовував диспути, а й був суддею в кримінальних та цивільних справах для всіх осіб університету.

У своїх наукових працях Ю. Дрогобич не тільки застерігав від спалахів епідемій, а й вважав, що з епідемічними захворюваннями потрібно боротися.

Юрій Дрогобич був також професором Краківського університету, одним з учителів Коперника. Як лікар-практик він мав великий авторитет серед краківських професорів. Його неодноразово запрошували до Васельського замку на консиліум до хворого короля Казимира IV, після чого Ю. Дрогобич дістав право користуватися титулом королівського лікаря.

У XVI—XVII ст. в Україні відкриваються перші вищі навчальні заклади, в яких вивчали медицину: Острозька (1578), Замойська (1593) академії, найстаріший в Україні медичний факультет Львівського університету (1661).

В цей час в Україні, і зокрема в Києві, Львові, Луцьку, існували великі цехи—об'єднання цирульників. У них майстри-цирульники навчали учнів не тільки мистецтву гоління, а й певним методам лікування. Львівські та Київські цехи цирульників мали свої Статути. В Статуті Київського цеху цирульників зокрема зазначалось: «Майстерність цирульницька має полягати в тому: голити, кров жильну і зашкірну пускати, рани гоїти рубані, пробиті та стріляні, а особливо виривати зуби та виліковувати французьку і шолудну хвороби, ставити крастери та шліфувати бритви». Велику роль відігравали цирульники під час воєн, надаючи допомогу пораненим на полі бою. Цим вони завоювали собі визнання, незважаючи

полі бою. Цим вони завоювали собі визнання, незважаючи на те, що дипломовані лікарі їхню діяльність вважали непрофесійною.

Вагомий внесок у розвиток організації охорони здоров'я зробив митрополит Петро Могила (1596—1647 рр.). Він був відомим діячем православної церкви та просвіти, заснував Києво-Могилянську академію (1633 р.), у стінах якої проводилось і медичне навчання. В академії великого значення надавалося дотриманню правил гігієни, про що були відповідні вказівки у статуті навчального закладу.

У XV—XVII ст. на території України виникає, процвітає та руйнується гідне подиву явище — козацтво. Козаки — це вільні люди. Вони йшли від панів, від утисків у дикі степи Наддніпрянщини, збираючись у ватаги за дніпровськими порогами. Звідси і пішла назва — запорожці. На той час південні й східні окраїни України майже не були обжиті. Тут пролягав незримий кордон із войовничим татаро-монгольським ханством. Козаки — хотіли вони того чи ні — змушені були ставати воїнами, захисниками окраїнних земель, займаючись одночасно мисливством, рибальством, хліборобством.

Із часом на Запорозжжі, враховуючи постійне неспокійне оточення, почали виникати козацькі фортеці — січі. За переказами, першу з них князь Дмитро Вишневецький побудував у 1550 р. на острові Мала Хортиця, що розташований у руслі Старого Дніпра. Січ являла собою укріплення, усередині якого стояли церква, господарські будівлі і житлові приміщення — курені. Одне з крил церкви відводилося під лікарню.

Історики налічують вісім січей: Томаківську, Базавлуцьку, Микитинську, Чортомлицьку, Кам'янську, Олешківську, Нову і Задунайську. В різні часи вони розташовувалися в різних місцях України і проіснували майже два з половиною століття.

Неприборкана вольниця, козацтво в політичну і військову силу українського народу почало перетворюватись у другій половині XVI ст., досягши розквіту за часів славних отаманів Петра Сагайдачного та Івана Сірка. Історія козацтва — це постійні війни: з турецьким султаном, кримським ханом, шляхетською Польщею. Вміння козаків воювати вражало Європу, і багато хто з монархів не відмовлявся від послуг запорожців, у тому числі й російські цари.

Козацьку медицину виокремлюють від народної. Українська народна медицина мала такі ознаки:

- лікування для всіх;
- органічне споріднення з медициною болгар, сербів, поляків та інших слов'янських народів;
- тривале рослинне цілительство.

Для козацької медицини характерні:

- термінове професійне лікування;
- лікування споріднене з народами, з якими або проти яких воювали козаки (медицина татар, турків, російських стрільців, тощо).

Рецепти та методи козацької медицини передавалися з вуст в уста, з покоління в покоління. Вона була бездипломною, безступеневою та безкнижковою.

Церква й медицина йшли в козаків пліч-о-пліч. Серед фундаторів перших шпиталів для козаків був Іван Мазепа. У Києво-Печерській лаврі було відведено місце для лікування хворих. Подібні церкви, з спеціальним крилом для лікарні, були в Чернігові, Полтаві. Особливістю козацької медицини було поєднання допомоги лікарів (ченців, травників, костоправів) та лікування молитвами. Це було можливо із врахування глибокої релігійності козацького гурту. За допомогою молитви лікува-

ли усі неврози, значну частину психозів у початковій стадії, виразки шлунку, розлади травного каналу й печінки, навіть неvigойні рани, переломи, остеомієліти й інфекції.

Підставою звертання до Бога було те, що за будь-яких обставин щиросерде й чисте слово наше дійде до Отця нашого, і ті, хто гаряче молився Богові, одужували швидше й надійніше. При будь-якій хворобі розпочинали лікування з «Отче наш». Читали разом вголос і цілитель, і недужий. Якщо козак був непритомним, молився побратим. При гарячці (лихоманки й загальні зараження крові) возносили благання Богородиці (молитва «Пресвята Богородиця»). Лікарі перед операцією (вилучення стріли, оброблення глибокої рубаної рани на голові тощо) вдавалися до «Символа віри». Традиція ця ще донедавна жила серед козацьких нащадків-хірургів як у самій Україні, так і в діаспорі. Молитву «Слава Тобі, Боже наш...» читали перед усіма водними процедурами. Молитву повторюють тричі вранці.

В середині XVI ст., в період визволення України від шляхетської Польщі, почали застосовувати елементи евакуації поранених з поля бою. Тяжкопоранених, покалічених воїнів звозили до монастирів та притулків, де їм надавали медичну допомогу. Воїнам Богдана Хмельницького медичну допомогу надавали у шпиталях, які утримували за кошти козацького війська, при Трахтемирівському та деяких інших монастирях. Хірургічну допомогу на полі бою надавали також військові цирульники, які були в кожному полку. Їм допомагали костоправи, які надавали травматологічну допомогу. Це були не спеціально підготовлені фахівці, а народні умільці, з великим досвідом вправлення вивихів, іммобілізації кісток при переломах. Цирульники вміли зупиняти кровотечі, застосовувати рослинні губки, які стягували свіжі рани від нагосення, знали цілющі пластирі та мазі, використовували настої лікарських рослин.

З 1754 р. найбільш молодих лікарів Російської імперії посилали в університети Європи для подальшого удосконалення. Всі вони були українцями. В ті часи навіть була поширена думка, за якою медицина є «національною схильністю українського народу».

Завдяки глибокому вивченню українськими лікарями досвіду підготовки лікарів у Європі була створена самобутня вітчизняна система вищої медичної освіти. Її характеризували такі особливості:

- широка й різнобічна програма теоретичного навчання;
- клінічний принцип викладання основних медичних дисциплін («виховання лікаря біля ліжка хворого»);
- володіння студентами одночасно терапією і хірургією (студенти медичних вузів Європи на той час хірургію не вивчали).

У зв'язку з епідемією холери в середині XIX ст. в Російській імперії було прийнято тимчасове рішення, згідно з яким власники фабрик та заводів мали організовувати для своїх робітників лікарні із розрахунку 1 ліжко на 100 осіб. Поява цього документа вважається відправним пунктом започаткування фабрично-заводської медицини в Україні. Першим промисловим підприємством, де в 1870 р. було створено першу в Україні лікарняну касу, став адміралтейський завод «Руссуд» у м. Миколаєві. Використавши лікарняний збір коштів, підприємці уклали угоду з Миколаївським військово-морським шпиталем щодо надання медичної допомоги при нещасних випадках. На інших підприємствах реалізація цього рішення гальмувала, оскільки вимагала певних непередбачених фінансових витрат, зменшення прибутку власників. Так, навіть через 20 років, в 7 з 9 українських губерній елементарною медичною допомогою було охоплено 15 відсотків робітників підприємств.

За таких умов організації медичного обслуговування лікарям та пацієнтам довелося самим створювати різні страхові товариства та каси взаємодопомоги.

1910—1914 рр. — найкращий період у суспільному устрої імперської Росії, при якому було впроваджено систему триканальності фінансування медичного забезпечення. Населення України мало законодавчо визначений (у розрахунку на одного мешканця) гарантований рівень обсягу медичної допомоги.

Фінансування медичної допомоги надходило з трьох каналів і складалось з:

1. Витрат на охорону здоров'я з царської казни — 5,17 %.

2. Витрат на медичну допомогу працюючому населенню від великих земств та міст (згідно державного податку) — 76,83 %.

3. Коштів, які надходили від приватних осіб та громадських організацій — 18 %.

Прийнятий у 1912 р. Державною думою Закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби» ввів поняття лікарняних кас, визначив їхній статус у суспільстві як організаційних осередків для праці лікарів за страховим принципом. Відповідно до положення про страхування, затвердженого в Україні, джерелами фінансування системи медичного страхування, що проходило через лікарняні каси, були переважно фонди соціального страхування. Кошти формувались із внесків промисловців та робітників — членів лікарняних кас, у відношенні 40:60.

На початку Першої світової війни в Катеринославській губернії вже існувало 135 лікарняних кас, проте загальне охоплення соціальним страхуванням в Україні становило лише 2 % всього населення.

В Україні існувало два типи лікарняних кас: заводські та об'єднані. Заводські здійснювали виплату допомоги за встановленими випадками, організовували надання безкоштовної медичної допомоги постраждалим робітничим сім'ям. У 1913 році до статуту лікарняних кас уряд вніс поправку, згідно з якою лікарняним касам надавалося право організовувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Взаємовідносини «лікарняні каси—лікарня» розвивалися за двома формами: залучення фахівців до роботи в лікарняних касах і зарахування лікарів на постійну роботу.

Лікарняні каси створювалися не тільки в промислових містах, й в окремих повітах. Оскільки кількість лікарняних кас в Україні неухильно зростала, дрібніші об'єднувалися з дрібними, що сприяло утворенню ефективної медичної допомоги населенню та зменшенню залежності від підприємця. Об'єднані каси мали більші кошти і надавали більш кваліфіковану амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу. Влаштовували невідкладну медичну допомогу в нічні години, постійне чергування медичного персоналу тощо. Одним з найважливіших видів діяльності лікарняних кас стало надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, включаючи санаторне лікування.

Загалом у дореволюційний період в Україні було створено систему страхової медицини і медичного страхування з витоками фабрично-заводської медицини. Після жовтневого перевороту в 1917 р. за короткий період вона зазнала розквіту й загибки.

Відразу після проголошення самостійності (18 січня 1918 р.) справами охорони здоров'я відповідно до законів Росії, які ще діяли на той час, опікувалося Міністерство внутрішніх справ.

Під час керівництва урядом В. Винниченка (1880—1951) та В. Голубовича (1885—1939) існували окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Борис Матюшенко (1883—1944), який ще в 1917 р. почав організовувати медично-санітарну службу в Україні та Євмен Лукасевич (1871—1929) — один з організаторів Українського Червоного Хреста, випускник Цюрихського університету.

Окреме ж Міністерство здоров'я та соціальної опіки було створене за правління гетьмана П. Скоропадського (1873—1945) у травні 1918 р. Першим міністром був Всеволод Любинський, який залишався на цьому посту до занепаду Гетьманату, тобто до 26 грудня 1918 р. Директорами департаментів на той час були: медичного — Б. Матюшенко; санітарного — О. Корчак-Чепурківський (1857—1947); загального — М. Галаган; відділення очолювали: освіти — В.П. Піснячевський (1889—1933); інформаційно-видавниче — Ю. Меленевський; судової експертизи — Сулима; санітарно-технічне — інженер О. Земляніцин; демобілізаційне — О. Сидоренко.

Невдовзі після створення Міністерства здоров'я і соціальної опіки завідувач його інформаційно-видавничого відділення Ю. Меленевський почав видавати українською мовою «Вісник Міністерства народного здоров'я».

Після В. Любинського на посаду міністра здоров'я (за Директорії) було призначено спочатку Б. Матюшенка, а в 1919 р. — професора, майбутнього академіка О. Корчак-Чепурківського.

Коли головою уряду став Б. Мартос, міністром здоров'я було призначено М. Білоуса, який, щоправда, мало перебував на цьому посту. Після нього міністром здоров'я став Д. Одрина, який закінчив з відзнакою в 1916 р. медичний факультет Київського університету св. Володимира і вже в 1917 р. організовував на фронті українські санітарні частини. Після прибуття до Києва він працював у секретаріаті Центральної Ради, де займався організацією санітарно-медичної справи в українському війську, допомагав створювати Український Червоний Хрест. З 1919 р. Д. Одрина працює заступником голови Трудового конгресу України, а в червні того самого року призначається міністром здоров'я і заступником голови Ради Міністрів. У ранзі міністра він здійснює поїздки по Україні для організації нової служби охорони здоров'я. Раптово помер 16 листопада 1919 р. в Кам'янці-Подільському в розпалі епідемії тифу.

Останнім міністром здоров'я в уряді УНР був поляк за походженням С. Стеминовський.

Після утворення в листопаді 1918 р. Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР) державним секретарем здоров'я в цьому уряді був випускник медичного факультету Віденського університету галичанин Іван Куровець (1863—1931).

Міністерство здоров'я та соціальної опіки УНР організовувало надання медичної допомоги цивільному населенню та забезпечувало разом з Міністерством військових справ санітарну опіку торговельного флоту. Крім цього, воно допомагало Міністерству внутрішніх справ у репатріації наших співвітчизників. Разом з Міністерством закордонних справ займалося поверненням українських втікачів із західних країн та Далекого Сходу і, нарешті, співпрацювало з Міністерством торгівлі у справі придбання із-за кордону лікувальних матеріалів для України.

30 грудня 1922 р. у м. Москві відбувся I Всесоюзний з'їзд Рад, який розглянув питання про утворення СРСР, у складі якого була і Україна як одна з республік СРСР. Постало питання про координацію заходів у галузі охорони здоров'я всіх республік Союзу РСР. На II Всеукраїнському з'їзді відділів охорони здоров'я (1923 р.) було підкреслено необхідність приділяти увагу створенню мережі поліклінік, жіночих та дитячих консультацій, розширенню профілактичних заходів не тільки в діяльності санітарних лікарів, а й лікарів лікувального профілю. Поліклінікам надавалося все більшого значення в організації лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Великі труднощі викликало налагодження санітарного стану міст і селищ України, що пояснюється розрухою в роки громадянської війни та іноземної військової інтервенції. Були прийняті невідкладні заходи із створення санітарної організації, що являло на той час величезні труднощі з причин величезного дефіциту санітарних лікарів. Залучення старих фахівців до співробітництва з радянськими органами охорони здоров'я на перших порах викликало організований опір серед деякої частини лікарів, яка закликала до саботажу народної охорони здоров'я. Але все ж таки найбільш свідомі представники медичної інтелігенції без вагань стали співпрацювати з органами радянської влади з метою підготовки та виховання нових кадрів медичних працівників, які були так потрібні молодій державі.

З 1928 р. в Україні почала швидкими темпами розвиватися мережа санітарно-епідеміологічних станцій.

У 1929 р. було запроваджено адміністративну / централізовану систему управління народно-господарським комплексом. Фінансування охорони здоров'я стало виключно бюджетним.

На початок 1941 р. система охорони здоров'я Української РСР налічувала 29 000 лікарів та 91 000 середніх медпрацівників. Вони творчо працювали в 16 медичних інститутах, 4 інститутах удосконалення лікарів та фармацевтів, і 45 науково-дослідних інститутах республіки.

Але поряд з успіхами системи охорони здоров'я в Україні не можна не згадати про наслідки такого ганебного явища, як культ особи Й. В. Сталіна.

На видатних науковців «добродії» писали наклепи, їм було заборонено займатися науковими дослідженнями. Було закрито наукові інституції, зокрема Український інститут охорони здоров'я в Харкові, заборонено вести статистичний облік захворюваності і смертності людей, що позбавило науку її основи — факту. На зміну фундаментальним соціально-медичним дослідженням 20-х років — вивченню захворюваності і смертності в Україні наприкінці XIX — початку XX ст. (О. В. Корчак-Чепурківський), соціально-гігієнічній характеристиці українського села (С. А. Томилін) та іншим прийшли апологетичні, панегіричні дослідження 1940—1950-х і пізніших років, що прославляли рішення партії і уряду стосовно охорони здоров'я та ілюстрували успіхи виконання цих рішень невпинним зростанням лікарів та ліжок у лікарнях.

Розгром соціальної медицини мав для української системи охорони здоров'я тяжкі наслідки. До управління охороною здоров'я замість соціальних медиків і організаторів охорони здоров'я прийшли клініцисти — терапевти, хірурги, акушери-гінекологи. Кафедри соціальної медицини (гігієни) були перейменовані в кафедри організації охорони здоров'я, і були заповнені випадковими людьми. Сюди начальство і парткоми висилали нездатних адміністраторів, що провалювали справу, відставних військових чинів, науковців з інших кафедр, що відзначились «послушанієм і прилежанієм» у партійній роботі.

У роки Другої світової війни медичні працівники України виявили мужність та героїзм на фронтах і в тилу ворога. Вони сприяли зміцненню обороноздатності воїнів Червоної армії, партизан, забезпечували ефективну систему евакуації та лікування поранених і хворих воїнів, надавали кваліфіковану медичну допомогу широким верствам населення.

Переконалим показником високої дієвості військово-медичної служби Червоної армії та громадських органів охорони здоров'я є повернення до строю 72 % поранених та 90 % хворих воїнів.

Було проведено величезну роботу по відновленню матеріально-технічної бази охорони здоров'я та діяльності медичних закладів України. На початку вересня

1945 р. в Україні було 4780 амбулаторно-поліклінічних закладів та понад 800 санітарно-епідемічних станцій. Відновили свою діяльність майже всі сільські лікарські дільниці, близько 6700 фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів, закладів охорони матері та дитини, аптечна мережа. Почали випускати продукцію підприємства медичної промисловості. На визволеній території України в найкоротші строки створювалися евакуаційні шпиталі. На початок 1945 р. у таких шпиталях на Україні працювало понад 15 000 медичних працівників. У республіці на початок 1945 р. було 12 000 лікарів (не враховуючи тих, що працювали в евакуаційних шпиталях), що становило 45,3 % кількості лікарів станом на 1 січня 1941 р.

На кінець 1950 р. у лікувально-профілактичних установах України працює уже 48 600 лікарів та 136 400 чол. середнього медичного персоналу, що значно перевищило їх кількість у довоєнні роки. Завдяки проведеним заходам по упорядженню водного господарства республіки, організації лікування відповідного контингенту хворих було досягнуто великих успіхів у боротьбі з малярією. Так, у 1957 р. в Україні було виявлено лише 63 хворих на малярію проти 489 000 у 1945 р. Великий внесок у ці досягнення зробили фахівці та вчені Київського науково-дослідного інституту загальної та комунальної гігієни.

Починаючи з 1951 р., окрім коштів державного бюджету, на систему охорони здоров'я почали додатково надходити кошти з позабюджетних асигнувань. Такі надходження здійснювалися за розпорядженнями та постановами Радянського уряду «...різноманітними міністерствами та відомствами, колгоспами, громадськими організаціями та фондами і призначалися, як правило, на капітальне будівництво в охороні здоров'я». Традиційно в радянські часи проводились всесоюзні суботники, коли все працююче населення країни працювало безоплатно. Часто кошти, зароблені на суботниках, перераховувались на рахунок об'єкта охорони здоров'я, що будувався. Таким чином було частково профінансовано будівництво Всесоюзного онкологічного центру.

Таким чином, вже за радянські часи гостро постало питання з фінансуванням галузі охорони здоров'я, коли одного бюджетного фінансування для розвитку галузі не вистачало.

У медичних закладах України на початку 70-х років уже працювало 157 100 лікарів, у тому числі в системі МОЗ УРСР — 127 300. На кожних 300 жителів республіки припадало по 1 лікарю та 3 фахівці середнього медичного персоналу. Були створені спеціалізовані бригади швидкої медичної допомоги, оснащені сучасною технікою. Ще вищий рівень швидкої медичної допомоги населенню було досягнуто за рахунок об'єднання станції з лікарнею швидкої медичної допомоги. Такі об'єднання почали функціонувати в ряді міст України.

Для покращання стаціонарної допомоги сільському населенню в поліклініках усіх центральних районних лікарень було створено спеціалізовані кабінети (з 15—20 спеціальностей), що наблизило до сільського населення багато видів спеціалізованого лікування. Щоб наблизити педіатричну допомогу до сільських дітей, у 1971—1975 рр. центральні районні лікарні та сільські дільничні амбулаторії було укомплектовано лікарями-педіатрами.

Великий та складний шлях був пройдений за роки перебування України в складі Союзу РСР. Змінювалися та ускладнювалися функції Міністерства охорони здоров'я Української РСР, його колегії, апарату, Ученої медичної ради відповідно до завдань, які висувало вище керівництво на різних етапах розвитку економіки країни, соціальної політики.

Керівництво охороною здоров'я в масштабах України здійснювали та здійснюють висококваліфіковані спеціалісти.

За часи радянської влади в країні була сформована система державного (бюджетного) фінансування. Впроваджена система сприяла покращенню лікувально-профілактичної допомоги та санітарно-гігієнічного забезпечення великих промислових центрів, розширенню мережі медичних закладів у сільській місцевості. Перед системою охорони здоров'я були поставлені економічні завдання: раціональна організація медичної допомоги як чинника підйому продуктивності праці, зменшення витрат робочого часу у зв'язку з непрацездатністю, зростання ролі планування в управлінні охороною здоров'я. В організації медичної допомоги робітникам провідна роль надавалася здоров'ю пунктам, на медичний персонал яких покладалося завдання не тільки надавати первинну медичну допомогу, а й проводити профілактичні заходи. Важливим методом лікувально-профілактичної допомоги населенню стала диспансеризація. Система організації охорони здоров'я мала й негативні риси, до яких можна віднести недостатню мотивацію праці медичних працівників, що відбивалось на ефективності та якості їх роботи.

Після проголошення незалежності України перед Міністерством охорони здоров'я постало завдання організації охорони здоров'я в незалежній державі в умовах економічної кризи. Постала потреба в реформуванні галузі згідно з новими економічними умовами та розробці відповідного медико-санітарного законодавства.

Стан справ у галузі характеризується недостатнім фінансуванням і ресурсним забезпеченням. Фінансування галузі здійснюється переважно з державного бюджету. Показник видатків з бюджету на охорону здоров'я щодо ВВП країни в динаміці має хвилюподібний характер й знаходився за роки незалежності республіки в межах 2,7—4,8 %.

Низка нормативно-правових рішень заборонила надання платної медичної допомоги в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Проте платні медичні послуги та благодійні внески в загальній структурі фінансових витрат лікарень становлять 3,5—4 %.

Третім каналом фінансування галузі охорони здоров'я є залучення коштів проєктів міжнародної технічної допомоги, бенефіціантом та реципієнтом яких є Міністерство охорони здоров'я України.

Зберігши в цілому певні обсяги надання медико-санітарної допомоги, установи та заклади галузі в окремих регіонах припускаються збою. На порядку денному гостро стоїть питання перебудови.

Стратегія реорганізації медичної допомоги, на думку керівників галузі, має йти в кількох напрямках:

- слід проголосити профілактику та засади здорового способу життя головним змістом діяльності усіх установ та закладів;
- необхідно сформувати нову систему управління галуззю, яка б ґрунтувалася на засадах ринкової економіки з використанням методів сучасного менеджменту;
- потрібно створити умови для розвитку приватного сектора, впровадити засади сімейної медицини та медичного страхування як нові форми медико-соціальних та економічних відносин;
- організувати раціональну систему медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення;
- реформувати медичну освіту.

Комплексна реалізація цих заходів дасть можливість вивести галузь охорони здоров'я України на рівень розвинутих держав.

2.4. Історія розвитку аптекарської справи

Рівень розвитку фармації в різні історичні періоди визначався матеріальними умовами, ступенем розвитку продуктивних сил та характером виробничих відносин. Історія розвитку організації аптекарської справи нерозривно пов'язана з розвитком медицини в суспільстві.

Перша згадка про аптеку зустрічається в Гіппократа (400 р. до н. е.). Слово *apotheka*—грецьке і означає «сховище», «комора», бо спочатку це було приміщення в лікарів для зберігання лікарських засобів і готування ліків.

Гіппократ сформував основи зберігання лікарських засобів і класифікацію їх дії на організм. Він проголосив теорію «природа лікує, а лікар тільки допомагає». Він стверджував, що лікарські речовини мають силу, яку потрібно зберегти при заготівлі ліків, щільно закриваючи посуд, щоб під впливом вивітрювання не видихалася сила ліків.

Із лікарських засобів за часів Гіппократа застосовували слизи, солодкі, оліїсті, жирні, в'язкі, гострі, ароматичні, смолисті, бальзамичні і наркотичні речовини (наприклад, мак, мандрагору). Майже не користувалися сумішшю речовин. Рослинні препарати вживали у вигляді відварів, настоїв, соків та смол (бальзамів).

Видатним представником римської медицини і фармації був Клавдій Гален (131—211 рр. н. е.). Клавдій Гален розглядав аптеку (*officina*) як місце не тільки зберігання, а й виготовлення лікарського зілля. Гален висунув твердження, що в органах рослин і тварин є корисні речовини, якими можна користуватися для лікування. Проте в живих організмах можуть бути наявні і шкідливі, які треба відкидати. Корисні речовини, за методикою Галена, можна вилучати з рослин вином, оцтом, водою і видавлювали у вигляді соків, олії тощо. Гален пропонував застосовувати лікарські речовини у вигляді лікарських форм — порошків, пілюль, таблеток, миль, мазей, пластирів, гірчичників, зборів, настоїв, соків, олій, примочок, припарок, антидотів тощо.

Звичайно, що для приготування таких різноманітних ліків потрібні були знаряддя виробництва, бо лікарську сировину треба було різати, товкти, розтирати, настоювати або відварювати, видавлювати, розтоплювати. Потрібне було також спеціальне місце для проведення цих процедур. Крім того, збільшився асортимент запасу лікарських засобів, і для їх зберігання потрібно було створювати відповідні умови. У зв'язку з цим почали організовувати спеціальні установи — аптеки.

У III ст. н. е. у Римі вже були фахівці, які займалися тільки приготуванням лікарських засобів. Називали їх фармаколеусами, а продавців сирих лікарських матеріалів — фармакополами.

Період середньовіччя (V—XI ст.) характеризується значним впливом алхімії на лікознавство Європи. Лікарські прописи були дуже ускладнені, рецепти часто складалися з кількох десятків речовин. З'являються перші спроби збереження комерційної таємниці при виготовленні лікарських засобів. Як правило, аптекарі тримали в таємниці хімічний склад ліків. Наприклад, замість «окис заліза» писали «змійна кров», замість «плоди черемхи» — «кістки їбіса», замість «насіння кропу» — «волосся павіана» і т. д. З такою ж метою створювали «ліки від усіх хвороб», «еліксири вічного життя і молодості» тощо.

Технологію хімічних робіт алхіміки запозичали з єгипетських папірусів і в своїх пошуках збільшували кількість речовин, одержуваних штучно. Так відкрили етиловий спирт, під час хімічних перетворень мінералів і металів було добуто різні солі та окиси. У процесі виробництва вдосконалено старі і створено нові прилади та хімічну апаратуру.

Алхіміки впровадили в процес виготовлення ліків методи перегонки, фільтрування, кристалізації та інші способи очищення, виділення й поділу речовин. Отже, незважаючи на нереальну філософську основу, практична діяльність алхіміків сприяла подальшому розвитку фармації.

До кінця XI ст. в Європі не було аптек як торгових установ, де можна було б купити або замовити потрібний засіб. Лікарі або окремі особи створювали свої власні «препарати», збираючи і обробляючи рослини, мінерали та інші інгредієнти. Найпрогресивнішими з погляду методичного і системного підходів у той час були ченці, що працювали в лабораторіях і школах при монастирях. Принаймні, саме там збереглися перші джерела про препарати і лікарські рослини, зібрані і вивчені монастирськими ученими. У цих манускриптах детально описується методика збору і вирощування рослин, способи їхнього оброблення і рекомендації щодо застосування в терапевтичних цілях. Фактично можна говорити про те, що європейська фармацевтична школа своїм існуванням зобов'язана цим безвісним фармацевтам у чернечих рясах.

Поступове накопичення знань з виготовлення лікарських засобів приводить до відокремлення лікування і діагностування хвороб від лікознавства (фармації), бо досконале знання всіх цих наук уже не під силу одній людині. Спеціалістам аптечної справи почали забороняти лікування, а лікарям — постачати хворим ліки.

Перша аптека була відкрита в 754 р. у столиці Арабського халіфату — м. Багдаді. Арабська фармацевтична школа включала сотні різних лікарських засобів і методик їх застосування. Вона стає дуже популярною в Європі, активно вивчається як докторами, так і студентами в університетах Італії і Франції. В аптеках Західної Європи прихильники арабської школи повсюдно пропонують складені відповідно до мавританських і персидських рукописів усякого роду, вигляду і смаку «aromatarii», «confectionarii» і «stationarii», тобто нюхальні солі, пілюлі і порошки.

Прообрази аптек у Європі з'явилися в 1100 роках н.е. в монастирях. Ченці готували лікарські засоби і безкоштовно відпускали тим, хто мав потребу. В той же час з'явилися перші рецепти, які починалися із слів «Cum Deo!» (З Богом!).

Тільки через 100 років у Венеції, завдяки розвитку Солернської лікарської школи, стали відкриватися перші міські аптеки. Фахівців для них готували поширеним у той час практичним методом, за схемою учень — підмайстер — майстер. Проходження цього ланцюжка займало 10—15 років і залежало від старанності і здібностей того, хто опановував фармацевтичну науку.

У XI ст. аптеки з'явилися в містах Іспанії Толедо та Кордові, за згодом — у багатьох містах західної Європи. Розвиток науки спричинився до більш досконалих форм фармацевтичного обслуговування, ніж торгівля лікарськими засобами на ринку. З XII ст. у Франції (1178 р.) і в Англії (1180 р.) відкриваються аптеки і вперше з'являється назва професії.

Щоб упорядкувати роботу аптек, впроваджувалися спеціальні статuti, що мали силу законів, за якими регламентувалося функціонування, кваліфікація працівників, ціни на лікарські засоби, порядок зберігання та продажу ліків.

З перших часів виникнення аптек вони в усіх країнах мали одну спільну рису. Це їх особливе положення серед інших торгових підприємств і промислів. Стан закладу як самостійного підрозділу, сфера його діяльності, цілі, завдання, правила функціонування, кваліфікація фармацевтів, зберігання і відпуск ліків, ціни на них — усе це регламентувалося особливими статутами, що мали силу закону. Таке виокремлення обґрунтовувалося тим, що в числі ліків були отруйні речовини, які потребують підвищеної обережності і при зберіганні їх, і при відпуску.

Найбільш відомим документом, який установлював правила роботи аптек, є Арльський статут (1170) і окремі розділи Статуту Фрідріха II Гогенштауфена (1194—1250), короля Південної Італії (Сіцилії), німецького короля й імператора Священної Римської імперії. Декрет було видано в 1224 р. Він був відомий тим, що нормував діяльність аптеки і вперше розмежував функції лікаря і аптекаря. За декретом, лікарю заборонялося готувати і продавати ліки, а аптекарям — лікувати хворих, тобто кожен повинен займатися своєю справою. За цим декретом була впроваджена клятва фармацевтів, правила зберігання та відпуску отрути.

Вищезазначені документи, а також інші, в основу яких лягли ці Статуту, істотно вплинули на розвиток професії аптекарів. Основним в них було закріплення своєрідної системи контролю за діяльністю аптекарів і лікарів з повним розмежуванням цих професій.

У ці ж часи закладено основні засади аптечної рецептурної традиції. В її основу було покладено кодифікування діяльності фармацевтів. У Салернському університеті було складено першу в Європі Фармакопею (*Antidotarium Nicolai Solamitani*). Тут же встановлено одиницю маси — грам (*Granum*), який дорівнював вазі однієї пшеничної зернини. У той час це було великим уточненням, бо досі лікарі, виготовляючи ліки, користувалися різними мірками, наприклад: «жменя», «зернятко», «щіпка», «шматок» і т. п. У підручнику Салернської школи «*Circa instans*» описано багато лікарських рослин, їх застосування. Створення фармакопеї законодавчо закріпило рецептурні традиції. Салернська школа запровадила підготовку фахівців чотирьох ступенів: ліценціатів, бакалаврів (наставників), магістрів (учителів) і докторів (учених).

У XV ст. н.е. вперше з'являється термін провізор — від латинського *provisor* — передбачливий, такий, що передчуває, передбачає. Сама назва вже говорить про важливу роль провізора в процесі лікування. Лікар ставить діагноз, а провізор передбачає напрям хвороби і за допомогою ліків коригує її протікання й подальший розвиток.

До XV ст. відноситься поява аптечної монополії. В цей час на відкриття аптек давався спеціальний високий дозвіл і при цьому виключалася всяка конкуренція. Наприклад, коли архієпископ у місті Галле (Німеччина) видавав дозвіл на відкриття другої в місті аптеки, це супроводжувалося розпорядженням «ніколи більше у віки вічні не давати дозволу в цьому місті».

У цей же час впроваджується спеціальна фармацевтична освіта: так, у Франції вона складалася з 4-літнього учнівства в аптеці, наступної десятирічної роботи — в якості помічника; при цьому треба було скласти ряд іспитів.

Великий вклад у розвиток фармацевтичної справи було зроблено Парацельсом (1493—1541), якого вважають батьком лікувальної хімії або, ятрохімії. Він впровадив у медичній практиці уявлення по дозування лікарських засобів, виділив основні ознаки чистоти препарату. Під впливом ятрохіміків зросла кількість аптек, виникли нові фармакопеї, були написані праці щодо ревізії аптек. Згодом аптеки перетворилися в лабораторії, де на базі проведених дослідів було зроблено чимало винаходів.

У XVI ст. відкриваються перші навчальні заклади, які готують провізорів, — у Монпельє (південь Франції), Падуї, Барселоні (Іспанія). У Падуї створюється ботанічний сад з величезною колекцією лікарських рослин. Створенням цієї колекції було покладено основу для викладання в університеті фармакогнозії — науки про лікарські рослини. У 1581 р. в Іспанії випускається перша фармакопея — зведення правил приготування ліків. Таким чином, поступово фармація стає наукою.

Пізнє середньовіччя було наповнене запеклою боротьбою за монопольне право займатися вельми прибутковою аптечною справою, в якій конкуруючі сторони пра-

гнули повернути на свою сторону офіційні власті, не гребували доносами, організацією «накатів» і іншими цілком сучасними засобами. І вже тоді неповнота і суперечність «нормативно-правових актів» давали можливість знаходити лазівки в заборонах.

Наприклад, велінням Людовика XII в червні 1514 р. відбулося розділення бакалійників від аптекарів. Згідно з цим велінням аптекарі могли бути і бакалійними торговцями, але бакалійники вже не могли бути аптекарями. Втім неясність виразів у цьому наказі сприяла виникненню жвавої боротьби між обома корпораціями при вирішенні питань, де закінчується продаж медикаментів і де він починається

У XVI—XVII ст. у Московській державі були відкриті аптеки і створена система заготівки лікувальних трав. У 1581 р. для обслуговування царського двору в Кремлі відкрилася перша державна аптека. В Англії була куплена перша партія ліків і запрошені на роботу в аптеці доктор Роберт Якобі та аптекар Френч Якобі.

У 1672 р. в Москві була створена друга державна аптека для людей «всяких чинів». Для розміщення аптеки були звільнені палати Великого приходу. У 1673 р. відповідно до Аптекарського наказу, в аптеку прислані піддячий Данило Однолітків, алхімік Тихон Аканьїн, чергові Ларка Іванов і Івашка Михайлов. За аптекою визнано монополієне право торгівлі ліками. В указі від 18 лютого 1673 р. було сказано: «...в новій аптеці на Гостинному дворі продавати горілки і спирти і всякі ліки всяких чинів людям і записувати в книги, а гроші за ціною мати проти вказаної книги і оголосити в Аптекарському наказі...». Перша і друга аптеки в адміністративному відношенні були підпорядковані Аптекарському наказу, який узяв на себе функції не тільки управління і підбору кадрів, а й постачання аптек ліками.

У Московській державі сформувалася оригінальна система збирання і заготівлення лікувальних трав. Аптекарський наказ підбирав заготовлювачів лікарських рослин — травників, інструктував їх. Лікувальні трави надходили в Аптекарський наказ з різних місць у порядку виконання державної «ягідної повинності». У Аптекарському наказі було відомо, в якій місцевості переважно росте та чи інша лікарська рослина, наприклад звіробій у Сибіру, солодковий (лакричний) корінь у Воронежі, чемериця в Коломні, чечуйна трава в Казані, ялівцеві ягоди в Костромі. Контроль за ягідною повинністю здійснював Аптекарський наказ, за невиконання якого виносився тюремний вирок.

Найважливішим джерелом отримання лікувальних трав в Москві були аптекарські сади і городи. За розпорядженням Івана Грозного під аптекарський сад було відведено частину площі біля Кремля. Пізніше були створені аптекарські городи біля Кам'яного моста, за Мясницькими воротами, в Німецькій слободі поблизу села Ізмайлово. В окремих випадках фахівці прямували для закупівлі ліків в інші міста. Так, у 1663 р. Ф. А. Милославському доручено купити 20 пудів хінної кори «в Козільбашській землі» (Персія).

У XVIII ст. положення аптек та соціальний статус аптекарів значно підвищилися. Принцип монополії аптек, який дотримувався практично повсюдно, забезпечував високі прибутки. Аптекарі, як правило, займали почесні місця в органах міського самоврядування, особливо в країнах Центральної Європи.

Аптеки розташовувалися в центрах міст, мали характерні вивіски або спеціальні знаки, які набували характеру аптечних гербів, що закріплювалися за аптеками спеціальними рескриптами. Інтер'єри аптек стали в Європі більш-менш уніфікованими. Стіни торгового залу аптеки займали полиці, відкриті або засклені, на яких розміщувалися банки з аптечною сировиною, карафи або бутлі. Відмітним знаком аптеки стали чучела крокодилів, підвішені під стелею, а та-

кож екзотичні предмети, зокрема витий ріг, який нібито належить міфічному тваринному однорогу.

Період між першою половиною XVIII ст. і першою половиною XIX ст. називають «золотим століттям аптекарства». Ніколи — ні в епоху середньовіччя, ні після вказаного періоду — фармація не розвивалася такими швидкими темпами.

Аптеки того часу були центрами наукових досліджень, видатні фармацевти не тільки винайшли немало нового зілля, а й зробили цінні відкриття в галузі хімії та харчової промисловості. Польський аптекар-вчений Шимон Фабіан (1802—1885) у своєму тритомному підручнику «Фармація», написаному спільно з Т. Гейнріхом і виданому в 1835 р., так трактує поняття фармація: «Фармація, так звана аптекарська наука, має мету пізнання, збирання, «переховування» сирого зілля всіх царств природи, а також переробляє їх, тому можна розділити її на науку, що працює над розпізнаванням сирого зілля, так звану фармакологію, і на науку, яка займається їх переробкою, так звану фармацію».

Розвиток фармації в Європі в XVIII—XIX ст. пов'язаний насамперед з видатними відкриттями в хімії. Аптекарів цікавила діяльність Парацельса, який отримував препарати унаслідок хімічного перероблення. Цим пояснюється широке застосування в аптеках XVIII в. методів і оснащення лабораторій колишніх алхіміків. У той час видатні аптекарі відкривали нові хімічні сполуки, при цьому створювали нове зілля, а видатні хіміки, хоч і вважали хімію самостійною наукою, поєднували свої хімічні дослідження з аптечною практикою.

Такий тісний взаємозв'язок хімії і фармації пояснюється й економічними причинами. В аптечні лабораторії надходило немало замовлень на виготовлення хімічних речовин для потреб промисловості: замовлення на різні барвники, лаки, компоненти косметичних засобів і харчових продуктів. Виконуючи ці замовлення, вчені-аптекарі удосконалили технологію і методи хімічного перероблення, винаходили точнішу апаратуру для своїх досліджень.

З давніх часів аптекарство мало цеховий характер і було тією чи іншою мірою підпорядковане лікарям. Проте в XVIII ст. в Європі воно почало виходити з-під цієї опіки, а з часом перетворилося на вільну професію. Примітивна цехова освіта поступово замінювалася університетською. У другій половині XVIII ст. у багатьох університетах Європи були відкриті кафедри фармації, а також створені науково-фармацевтичні товариства і журнали.

Основи фармацевтичного менеджменту були покладені в кінці XVIII — початку XIX ст., було розроблено повні регламентовані «методичні рекомендації» щодо створення аптек. У цей період створюються й асоціації фармацевтів — «Obercollegium Medicum et Sanitatis» в Берліні (1796 р.), «Societe libre des Pharmaciens» в Парижі і «Королівська аптекарська школа» в Лондоні (1842 р.).

До середини XIX ст. медицина і виробництво лікарських засобів виокремлюються в окремі напрями. Для фармацевтів створюються спеціальні кафедри в університетах, у різних країнах і містах формуються спеціальні зведення законів і правил, які регулюють як їх професійну підготовку, так і практичну діяльність.

Навчання майбутніх аптекарів в університетах вперше започатковується в Франції і Англії на початку XIX ст. Спочатку основну увагу приділяли придбання знань і практичних навичок у виробництві і використанні ліків. Поступово курси почали включати все більше теоретичних дисциплін. Це було пов'язано з тим, що впродовж подальших десятиліть аптеки втрачали виробничі функції і все більше концентрувалися на продажу медикаментів і консультуванні пацієнтів.

В кінці XVIII — початку XIX ст., епоху французької буржуазної революції і наполеонівських походів, виникли стимули для розвитку хімії і фармації: бурхливий розвиток промисловості, тиск військових потреб.

В останній третині XIX ст. створюється фармацевтична промисловість, і аптеки стали перетворюватися на торгові установи з продажу в основному патентованих засобів, які отримували від різних фірм. Перші заводи Боме з виробництва нашатиру, Пеллет'є — хініну дали поштовх для подальшого розвитку фармацевтичних виробництв.

Аптека Меркнун у Дармштадте в 1827 р. заклав основу фабричного виробництва морфіну, хініну, стрихніну та інших рослинних продуктів. З аптекних лабораторій утворилися фірми Шерінг (Німеччина), Берроус-Велком (Англія), Парк-Девіс (Америка). Разом із заводами, що виникли з аптек, фармацевтична промисловість починає розвиватися при заводах аніліново-фарбної промисловості, базуючись на її напівфабрикатах і відходах. Таким чином виникли фірми Байер, Мейстерлюциус та ін. Переважному розвитку цих заводів у Германії сприяла вдала війна Пруссії проти Австрії (1866 р.) і Франції (1879—1871 рр.), а також закон про патенти (1877), що утруднив конкуренцію іноземних підприємств з німецькими заводами.

Сприяло розвитку фармацевтичних виробництв й введення «патентованих назв». Згідно з законом, заявник мав виняткове право користуватися придуманою ним назвою, хоча цей препарат могли випускати і іншими заводами. В результаті в самій Німеччині «аспірин» (патентована назва) продавався в 24 рази дорожче, ніж ацетилсаліцилова кислота.

Сприятлива митна політика також була на руку великим фармацевтичним заводам. До Першої світової війни Германія посідала перше місце в світовій фармацевтичній промисловості, даючи близько 20 % світового виробництва медикаментів. Пізніше центр світової фармацевтичної промисловості перемістився у США.

2.5. Історія розвитку аптекарської справи в Україні

Досвід збирання та зберігання лікарських трав, виготовлення лікарських засобів природного походження передавався з покоління а покоління ще з часів Київської Русі. В ті часи на «торжках» (базарах) були «зелені ряди», де знахарі продавали лікарські трави, настої, амулети, надавали медичну допомогу. Були широко відомі лікарські засоби у вигляді порошків (порохів), мазей (масти, мазуни), настої і відвари (питво, зілля). Лікарі готували «горошки», які потрібно було класти під язик, навіть призначали ванни з лікувальних трав. Лікарські препарати зберігали в спеціальних льохах, які вважають прообразом аптек. Проте аптек, у сучасному розмінні, в Київській Русі не було. Не існувало також поділу професійних прав і обов'язків між лікарями та аптекарями.

Історія фармації — це частина національної історії та культури, тому її слід розглядати в контексті загальної історії України, соціально-економічних та політичних процесів, які вплинули на її розвиток. Історію фармації можна поділити на два окремі напрями: західноукраїнський (на його розвиток вплинуло те, що ці українські землі майже шість століть входили до складу Польського королівства, Австро-Угорської імперії, панської Польщі) та центральноукраїнський (він визначався перебуванням Центральної України в складі Російської імперії).

Перша аптека була відкрита у Львові в 1270 р. при храмі Іоанна Хрестителя і проіснувала до 1480 р. Для порівняння: перша аптека в Московській Русі була відкрита тільки в 1581 р. і обслуговувала тільки царя та його родину; для обслуговування ж населення, аптеку в Москві була відкрита в 1672 р.

До 1490 р. аптеки задовольняли потреби монастирів у лікарських засобах, в цьому році була відкрита перша публічна аптека у Львові. У 1534 р. недалеко від Львова була заснована Замойська академія, де викладали право, філософію, медицину. У XVII ст. у Львові працювали 15 дипломованих лікарів, 5 цирульників-хірургів, налічувалося 15 аптек. Львівські аптекарі не тільки забезпечували потреби городян у лікарських засобах, а й поставляли їх до Польщі і Західної Європи.

У XVIII ст. розвиток аптекарської справи в Центральній та Східній Україні визначався законодавством Російської імперії. У 1701 р. Петро I видав наказ, згідно з яким в Москві було відкрито першу приватну аптеку і заборонявся продаж ліків у зіллейних лавках та інших місцях. З цього часу була впроваджена аптечна монополія. Згідно з наказом, у межі міста можна було відкривати тільки одну аптеку. Наказом аптекам надавалося ряд пільг: аптеки звільнялися від військових постоїв; аптекарі — від військової повинності; аптекарі звільнялися від сплати податків; засновникам аптек надавалося вільне приміщення та зарплата на перші три роки; аптеки мали право користуватися державним гербом на вивісках та упаковках; аптекарі мали право на почесне громадянство.

Особи, які бажали відкрити аптеки, повинні були подати чолобитну на ім'я царя в Польський приказ. У випадку позитивного рішення їм надавалася жалувана грамота та відводилася земельна ділянка під аптеку, надавалося право закупувати спирт для виготовлення ліків за кордоном, а також у портових містах.

Першу аптеку в м. Києві відкрили в 1709 р. на Печерську. Міська влада надавала привілеї аптекам порівняно з торговими підприємствами: ніхто не мав права відкривати інші аптеки в місті або районі без згоди власника, який це зробив першим. Фармацевтів звільняли від військової служби, іменували почесними громадянами міста.

У 1715 р., з дозволу Петра I було відкрито державну аптеку в Києві. Згодом відкрили перший аптечний магазин, який забезпечував лікарськими засобами військової частини, шпиталі, чиновників Київської губернської канцелярії та цивільне населення. Завідував магазином провізор Бірман, згодом — Іван Вендель.

Крім державних аптек, у Російській імперії існували приватні, Державні аптеки поділялись на головні, польові та госпітальні. Петро I перетворив Аптекарський приказ на аптекарську канцелярію Головної аптеки, яку в 1721 р. перейменовано в Медичну колегію, а згодом — у Медичну канцелярію, на яку було покладено контроль за відпуском ліків з аптек.

У 1728 р. було відкрито приватну Києво-Подільську аптеку. Впродовж десятиріч власниками цієї аптеки, а згодом і мережі аптек була сім'я Бунге. Андрій Бунге заснував на Куренівці ботанічний сад лікарських рослин, якими він забезпечував усе місто, а потім — половину України. За рапортом Андрія Бунге, в 1811 р. Києво-Подільська аптека складалася з двох підрозділів. До господарського відділення належали городи, сади, заготівля, транспортування та збереження лікарської сировини. До другого відділення аптеки відносились лабораторний та рецептурний відділи зі складною технологією виробництва.

20 березня 1773 р. губернатор Львова видав санітарний патент задля упорядкування медико-санітарної допомоги та роботи аптек. За патентом лікарям та аптекарям заборонялося виконувати професійні обов'язки без університетської освіти.

Для отримання дозволу на відкриття аптеки необхідно було скласти кваліфікаційний іспит. Лікарі позбавлялися права самостійно виготовляти ліки, якщо в містах були аптеки. Щорічно в кожній аптеці мали проводитися ревізії. У випадку виявлення порушень на власника аптеки накладався штраф. Патент також зобов'язував аптекарів виготовляти ліки тільки за рецептом, підписаним лікарем та складеним лікарською комісією. Задля гальмування конкурентних процесів серед аптек затверджувалися заходи щодо контролю кількості аптек у місті. Особлива увага приділялась якості ліків.

Наприкінці XVIII — початку XIX ст. аптеки розвивалися як торгові підприємства зі спеціальними виробничими приміщеннями, в яких виготовляли ліки, ветеринарні препарати, косметичні засоби. Устаткування аптек було різним і залежало від фінансових можливостей власника. Кожен провізор намагався якнайкраще оформити торговий зал, задля залучення більшої кількості покупців. З рекламною метою аптекам надавалися вишукані назви.

Аптеки відрізнялися за призначенням та організаційною структурою. Розрізняли королівські, публічні, окружні, військові, домашні, гомеопатичні аптеки та дрогерії. Дрогеріями називали аптечні магазини або магазини санітарії і гігієни, власникам яких заборонялось використовувати в назві слово «аптечний». У них покупцям пропонували хімічні та фітотовари, косметичні засоби, перев'язувальні матеріали, деякі ліки фабричного виготовлення, які можна було відпускати без рецепта лікаря. В дрогеріях було заборонено виготовляти лікарські засоби.

Найбільше було публічних аптек, які обслуговували різні верстви населення та функціонували в містах. Такі аптеки мали свого власника і могли передаватись у спадщину. Аптечні приміщення складалися з торгового залу, лабораторії, матеріальної кімнати, в якій зберігались запаси препаратів та лікарської сировини, підвалу та інспекційної кімнати.

Власники окружних аптек одночасно очолювали філії аптекарських об'єднань. Найбільш відомою з окружних вважалася львівська аптека «Під чорним орлом», заснована в 1735 р. Вільгельмом Наторптом. До функцій цієї аптеки входило забезпечення лікарськими засобами військових частин та чиновників міста.

З дозволу влади функціонували гомеопатичні аптеки, які виготовляли ліки за рецептами лікаря. Лікарі, які використовували в своїй практиці гомеопатичні засоби, не мали права виготовляти їх у домашній аптеці.

У 70-і роки XVIII ст. було відкрито аптеки в Умані, Житомирі, Вінниці та інших містах.

У 1789 р. був розроблений «Аптекарський Устав», оскільки в його складанні фармацевти не брали участі, тому в цьому документі основну увагу приділено медичній практиці. Документ діяв до початку XIX ст., а 23 грудня 1836 р. був виданий новий «Устав аптекарський». Він став основним документом, який регламентував роботу аптек протягом усього XIX ст. Було визначено професійні та моральні вимоги до аптекарів, обов'язки аптекарів щодо виконання приписань рецепта за складом та мсоою інгредієнтів, регламентувався запас лікарських засобів в аптеці.

У 1789 р. вперше була надрукована аптечна «Такса» на існуючі медикаменти і позначена вартість приготування ліків (*taxa laborum*). 3 січня 1808 р. міністр внутрішніх справ видав циркулярний наказ, яким зобов'язав працівників аптек позначати точний час отримання рецепта, а на сигнатурі — точний час виготовлення і видачі ліків.

Оскільки з початку XIX ст. аптечна мережа України почала інтенсивно розвиватися, відкриваються аптеки в усіх великих населених пунктах, збільшується їхня

кількість у містах, то для врегулювання впровадження аптекарської справи в 1873 р. Уряд видає «Правила відкриття аптек». Згідно з цим документом, дозвіл на відкриття аптеки має видавати губернатор, при цьому враховувалися чисельність населення і кількість аптек, що діють у губернії. Так, в великих містах одна аптека повинна була обслуговувати 12 тис. населення і 30 тис. рецептів, у губернських — 10 тис. населення і 15 тис. рецептів. У інших населених пунктах дозволялося відкривати аптеки на відстані не менше ніж 15 верст.

У XIX ст. роботу аптек контролювали міські, районні, обласні лікарні та інспектори. Керував ревізорами головний інспектор охорони здоров'я. В 1865 р. в Києві функціонувало 14 аптек, практично всі вони були приватними. Державні аптеки було збережено лише в губернських центрах, проте і вони здебільшого здавалися в оренду приватним провізорам. З метою поліпшення медичного обслуговування незаможних верств населення земська інтелігенція домоглася дозволу на відкриття вільних аптек, які створювались на засоби земств. Лікарські засоби у вільних аптеках відпускалися безкоштовно або за низькими цінами. Проте кількість таких аптек була недостатньою, вони були погано обладнані та мали обмежений асортимент лікарських засобів. Звичайно сам принцип забезпечення ліками бідних верств населення був гуманним та прогресивним, проте не зміг суттєво поліпшити загальний рівень медикаментозної допомоги населенню.

Вимоги з освітнього цензу виконувалися не завжди. Так, офіційні дані того часу свідчать, що в 1896 р. тільки 22 власники з 63-х (менше 35 відсотків) мали ступінь провізора. Часто керівники аптеками не здобували фармацевтичної освіти. Правда, в подальші роки положення змінилося на краще.

Для фахівців фармацевтичні ступені в Російській імперії вперше були введені в 1838 р. «Правилами про іспити медичних, ветеринарних і фармацевтичних чиновників». Таких ступенів було три: аптекарський помічник, провізор і аптекар.

У 1845 р. замість назви «аптекар» було введено вищий фармацевтичний ступінь — магістр фармації. Право присуджувати ці ступені було надано декільком університетам (насамперед Петербурзькому і Московському) й Військово-медичній академії.

Поступово монополія на відкриття аптек, яка була запроваджена ще Петром I, стала гальмувати розвиток аптекарської справи. Відчувався не тільки недолік кількості аптек, а й аптекарських кадрів. Перед Першою світовою війною виробництво ліків було частково перенесено з аптек на заводи, проте фармацевтична промисловість розвивалась дуже повільно. Сировина, апаратура, лабораторне обладнання повністю закуповувалося за кордоном. Таким чином, у галузі постачання лікарських засобів Російська імперія виявилася в повній залежності від Німеччини.

Після жовтневого перевороту почався повний демонтаж старої системи медикаментозного забезпечення, весь фармацевтичний персонал аптек було мобілізовано, запаси лікувальних засобів, предмети догляду за хворими та медичний інструментарій було передано військовим лікувальним закладам. Скоротилася кількість аптек при повній відсутності джерел поповнення ліків.

28 грудня 1918 р. радянська влада видала декрет про націоналізацію аптек, згідно з яким усе майно аптек передавалося під патронат народних комісаріатів охорони здоров'я. Разом з націоналізацією аптек було націоналізовано фармацевтичні заводи. Управління фармацевтичною справою було передано фармацевтичним підрозділам медико-санітарних відділів місцевих Рад. Останніми були розроблені положення та інструкції про порядок відпуску ліків та контролю за роботою аптек,

переліки дозволених лікарських засобів. Лікарські засоби децентралізовано розповсюджувались та відпускалися безплатно.



Аптека А. Марцинчика

Гучна слава в Києві поширювалась про аптекарську сім'ю Марцинчиків. Адольф Марцинчик, син лікаря, здобувши університетську освіту, в лютому 1847 року орендував аптеку на Хрещатику. Після стажування на хімічних фабриках Відня, Берліна в 1866 році він відкриває власну аптеку, також на Хрещатику. Аптека Марцинчика була кращим фармацевтичним закладом у місті. Після смерті батька справу успадкував син Адольф Адольфович (1846—1912), що залишався провізором 50 років. Удосконалюючи фармацевтичне виробництво, Марцинчик, до якого в справі приєднався і брат Іван, капітально перебудував аптеку, модернізував лабораторію: тут працювали вакуумні апарати, гідравлічний прес, машини для формування пігулок, виготовлення медичного і косметичного мила, апарати для виготовлення спиртних та ефірних екстрактів. На базі аптеки проводилися дослідження і аналізи, лабораторія готувала ліки не тільки для аптек, а й для інших закладів міста зі знижками 25—45 %. Крім ліків, в аптеці Марцинчика торгували косметичним і скипидарним милом, зубними еліксирами, ароматичними водами, пластирами, кефіром, киснем, а також французьким вином «Сен-рафаель», що зміцнювало, як запевняли аптекарі. У 1881 році Адольфа Марцинчика обрали головою Київського фармацевтичного товариства. Недовго думаючи, він реорганізує своє підприємство, віддавши аптечний склад братів Марцинчиків під «Південно-російське товариство торгівлі аптекарськими товарами». Принцип діяльності Товариства був досить простий, але аптеки кожного залишалися приватною власністю. Крім акціонерів, купувати препарати на складах мали право і інші аптеки. За десять років товариство створило мережу контор і відділень по всьому Південно-російському краю. Обороти Товариства за 1899 рік становив півтора мільйона рублів, працювали півтори сотні службовців і фахівців. Склади і аптеки Товариства пропонували не тільки аптекарські, а й хімічні, і косметичні товари, патентовані засоби, мінеральні води, хірургічні інструменти, медичне приладдя, прилади і реактиви для цукрових заводів, фотолабораторій.

За матеріалами: Наталья ВОЛОДЧЕНКО, Ольга ШВАГУЛЯК-ШОСТАК //
Український деловий еженедельник «Контракты». — 2005. — № 11

У цей період аптеки із самостійних державних одиниць перетворюються на придатки військових лікувально-санітарних установ. У січні 1919 р., з поверненням Червоної Армії, при тимчасовому робітничо-селянському уряді України був організований відділ народної охорони здоров'я, який з часом був реорганізований у Народний комісаріат охорони здоров'я (НКЗ). Аптечний відділ був створений у складі Лікувального управління НКЗ УРСР.

У травні 1919 р. було оприлюднено спільну постанову Наркомату охорони здоров'я і внутрішніх справ Радянської України про ліквідацію союзу власників аптек і аптечних підприємств і націоналізації їх майна «на користь забезпечення населення доступною лікарською допомогою і в цілях правильної постановки аптечної справи в Україні».

14 березня 1920 р. СНК УРСР видала Декрет «Про націоналізацію аптечної справи», в якому йшлося не тільки про передачу всіх аптек у ведення держави, а й заборонялася торгівля медикаментами, дозвіл на відпустку яких давався виключно націоналізованим аптечним установам. Крім того, замість торгівлі медикаментами, вводилася система їх централізованого розподілу. З цією метою при НКЗ УРСР був організований центральний аптечний склад, куди повинні були поступати ліки, медичне обладнання та інструментарій. На жаль, надходжень не було, тому для поповнення запасів уряд багато разів удавався до реквізиції і конфіскацій. Періодично Центральний аптечний склад розподіляв заготовлені таким чином медикаменти між губернськими відділами охорони здоров'я, а ті, в свою чергу, — між підвідділами повітів охорони здоров'я.

Таким чином, 1920—1921 рр., без сумніву, можна охарактеризувати як період занепаду фармації в Україні. Число аптек значно скоротилося. У 1920 р. в Україні працювало тільки 660 аптек — 61,86 % від рівня 1913 р., тобто в середньому одна аптека на 41 тисячу жителів (у 1913 р. — 1 аптека на 24 тисячі жителів).

Таким чином, революції і війни зруйнували систему охорони здоров'я і аптечної справи, що існувала в Україні, і процес їх відродження з настанням мирного часу обіцяв бути нелегким. У черговий раз республіка та її жителі стали заручниками політичних цілей і утопічних проектів кремлівського керівництва, яке навесні 1921 р. оголосило програму переходу до нової економічної політики, тобто повернення до ринкових відносин. Але на території УРСР продовжувалася практика широкого застосування терору, реквізицій і конфіскацій, що разом із засухою і неврожаєм в економічно виснаженій країні стало причиною небувалого голоду.

Епідемії тифу, холери, туберкульозу на початку 20-х років стали загрожувати розповсюдженню в країні Європи. Міжнародними благодійними організаціями було вирішено надати допомогу УРСР. Перші партії медикаментів від міжнародних організацій почали поступати до України в другій половині 1921 р. Так, Американська адміністрація допомоги видала амбулаторіям, лікарням і дитячим будинкам медикаментів упродовж одного року на загальну суму 4 млн крб золотом. Міжнародна комісія Червоного Хреста — «Місія Нансена» діяла під керівництвом видатного норвезького мандрівника, океанографа, громадського діяча, лауреата Нобелівської премії Миру 1922 року Ф. Нансена. Вона об'єднувала зусилля більше десятка дрібних зарубіжних добродійних організацій. За рік своєї роботи в Україні вона надала допомогу населенню медикаментами загальною вартістю в 140 тисяч американських доларів. Німецький Червоний Хрест в Україні займався організацією лікарень, лабораторій, санітарних відділів і забезпеченням їх медичними кадрами та необхідними лікарськими засобами і

приладдям. Всесвітній союз допомоги дітям на потреби медико-санітарної допомоги «Вереліф» мав фонд у 500 тисяч американських доларів. Міжнародний робочий комітет допомоги, створений восени 1921 р., поставив 100 пудів медикаментів, що врятувало сотні тисяч громадян України.

Влітку 1923 р. постачання медикаментів від міжнародних філантропічних організацій були припинені. В той же час аптечна мережа УРСР продовжувала приходити в занепад і за станом на 1924 рік на території республіки налічувалось усього 591 аптека. Порівняйте: на одну аптеку в УРСР доводилось 44,5 тисячі жителів, тоді як у 1913 році — 24 тисячі жителів.

Стабілізація, а потім поступове відродження фармації почалося тільки після того, як у республіці почалося відродження ринкових відносин. Із впровадженням політики НЕПу було вирішено відмовитися від загальної безкоштовної медикаментозної допомоги шляхом впровадження замість неї платних аптек. 23 листопада 1923 р. Рада народних комісарів УРСР видала указ, який підтверджував її права на відкриття госпрозрахункових аптечних установ. Госпрозрахункові аптеки займалися продажем лікарських засобів як населенню, так і медичним закладам. Безплатно вони відпускали ліки застрахованій частині населення. Відкривалися приватні аптеки тільки з дозволу місцевих органів охорони здоров'я.

Проте, це прогресивне починання було скасовано у 1923 р. В цьому році розпочалася політика централізації управлінської структури. Були створені додаткові ланки управлінської структури на республіканському і губернському рівнях — Укрдержмедторг (незабаром перейменований в Укрмедторг) і губмедторги. Із середини 20-х років Укрмедторг вже не здійснював керівництва фармацевтичною мережею, за ним залишалися тільки постачальницькі і, в якійсь мірі, розподільні функції. Крім того, відповідно до Постанови РНК УРСР «Про управління аптеками і аптечними закладами», кожне аптечне управління стає єдиним підприємством, а окремі аптеки або інші установи підпорядковуються йому як структурні підрозділи, які не мають статусу самостійних господарських одиниць.

З іншого боку, аптечні управління не мали правових повноважень щодо самостійного використання заробленими коштів. Так, згідно з Постановою РНК УРСР від 20 вересня 1926 р., 10 % засобів повинні перераховуватись на підготовку фармацевтичних кадрів. Урядова постанова від 25 травня 1927 р. встановлювала, що 50 % спеціального фонду повинні були використовуватися на будівництво лікарень.

Іншою характерною особливістю розвитку фармації в середині 20-х років була повна концентрація оптового продажу медикаментів у руках Наркомздорову УРСР. Позначалася тенденція до монополізації не тільки оптової, а й роздрібною торгівлі ліками.

Низова ланка системи — аптека — була позбавлена господарської самостійності і отримувала лікарські засоби не за власним вибором, а за розподілом і не мала права розпоряджатися прибутком від своєї торгової діяльності. Всі кошти переказувалися на рахунок губернських, а згодом — обласних та республіканських структур. Роздрібні ціни також установлювалися державою і були обов'язковими для всіх аптек; їх порушення кваліфікувалось як кримінальний злочин і каралося чинним законодавством.

У перші роки НЕПу був створений тип госпрозрахункової державної аптеки, який у практично незмінному вигляді проіснував упродовж багатьох десятиліть. Ці аптеки отримали назву «єдиних» аптек і займалися продажем медикаментів населенню і медичним установам, а також безкоштовною відпусткою лікарських препаратів застрахованим особам і членам їхніх сімей за рахунок засобів державної сис-

теми страхування. Поступово зросла кількість «єдиних» аптек і в 1927 році воно досягло 1096, тобто відновилися дореволюційна кількість аптек. Позитивним зрушенням стало зростання мережі аптек у сільській місцевості — в 1927 р. їх налічувалося 757. Але медична допомога, як і раніше, залишалася малодоступною, оскільки сільська аптека обслуговувала 31,8 тисяч жителів.

Особливою прикметою того часу було надзвичайне розповсюдження фальсифікованих медикаментів, що підпільно продавалися на «чорному» ринку і в державних аптеках. Боротьба з цим небезпечним для здоров'я споживачів явищем ускладнювалася загальним дефіцитом лікарських засобів, а також відсутністю достатньої кількості фахівців-фармацевтів.

У середині 20-х років відбувається новий адміністративний поділ країни. Внаслідок цього було проведено укрупнення окружних і губернських аптечних управлінь в обласні. Основною метою реорганізації було посилення плановості і централізації управління. Проте зі збільшенням кількості аптек у 1929—1930 рр. з'ясувалося, що обласні аптекоуправління не в змозі безпосередньо управляти численними аптечними закладами. Тоді було вирішено, крім обласного центру, утворити і районні аптечні управління, на які покладалося безпосереднє управління аптечною справою того або іншого району.

Постановою ВЦВК від 31 травня 1930 р. було засновано Всеукраїнське аптекоуправління, діяльність якого будувалася на принципі єдиначальності. Цей декрет мав велике значення і зробив вплив не тільки на структуру аптечної системи України, а й інших республік.

У 1917 р. підготовку фармацевтів при аптеках скасовано. На якийсь час керівництво системою охорони здоров'я вимушене було використовувати фармацевтичні кадри, які отримали освіту ще за часів Російської імперії та не встигли емігрувати. Для нагляду за ними було представлено малограмотних, але ідеологічно надійних «червоних» асистентів. Проте навіть це рішення не вирішувало кадрової проблеми 20-х років.

У цей період фармацевтична та фармакологічна освіта мінялася багато разів. У 1920 р. у Харкові А. Розенфельд заснував Інститут експериментальної фармації. Перша Всеукраїнська конференція з медичної освіти розробила головні положення про фармацевтичну освіту, в яких акцентувалася увага на підготовці фармацевтів з вищою освітою. В Україні було вирішено, що «до роботи в аптеці слід допускати людей з достатньо хорошою теоретичною і практичною підготовкою».

Хронологія формування фармацевтичної освіти в Радянській Україні:

- **1921 рік** — засновано фармацевтичні навчальні інститути з 4-річним курсом навчання (Харків, Одеса) та фармацевтичні технікуми з 3-річним навчанням (Київ, Вінниця, Харків);

- **1923 рік** — впровадження фахівців на хіміко-фармацевтичних факультетах при Харківському та Одеському університетах;

- **1930 рік** — українські фармацевтичні навчальні заклади було передано із підпорядкування системи Наркомату освіти до Наркомату охорони здоров'я. Одеський інститут було реорганізовано в медико-аналітичний, а фармацевтичні технікуми — в інститути з п'ятирічним терміном навчання;

- **1937 рік** — введено вчені звання кандидатів та докторів фармацевтичних наук;

- **1940 рік** — створено фармацевтичні факультети при Львівському медичному інституті та Київському інституті удосконалення провізорів;

- **1945—1950 рр.** — відновлення роботи фармацевтичних інститутів після Другої світової війни;

• **1954 рік** — впроваджено курси удосконалення і спеціалізації фармацевтів, заочну підготовку провізорів з осіб, які мають середню фармацевтичну освіту та стаж роботи за фахом понад 5 років. При Одеському фармацевтичному інституті відкрито факультет заочної освіти.

Українські фармакологи з 1961 р. були об'єднані в Наукове фармацевтичне товариство, яке за часів Радянської влади було членом Всесоюзного фармацевтичного товариства й підтримувало зв'язки з Міжнародною організацією фармакологів, заснованою у 1966 р.

У процесі відбудови країни після Великої Вітчизняної війни проводжуються зміни в організації та управлінні аптекарською справою. Вводиться система роздільної матеріальної відповідальності, преміальна система оплати праці. З'являються нові форми медикаментозного обслуговування населення: організовуються міжлікарняні аптеки та філіали аптек при поліклініках; поширюється відпуск ліків за рахунок суспільних фондів; зростає частка готових ліків у рецептурі. Аптеки будуються за спеціальними типовими проектами, устатковуються необхідним технологічним обладнанням та аптечними меблями.

В Українській РСР управління аптечною справою було підпорядковано Головному аптечному управлінню Міністерства охорони здоров'я СРСР. Воно здійснювало загальне керівництво аптечними закладами, визначало потребу в медикаментах та інших медичних виробках; розміщає замовлення на них у промисловості та розподіляє медичну продукцію по союзних республіках СРСР. Головне аптечне управління визначало напрям і показники розвитку аптечного господарства й розробляло нормативні документи, забезпечувало дотримання єдиних принципів і теоретичних основ.

Головне аптечне управління Української РСР мало відповідні завдання на території республіки. Йому підпорядковувались обласні аптечні управління, які здійснювали безпосереднє керівництво та контроль за діяльністю аптек та інших закладів аптечної мережі.

В Українській РСР існувало два види аптек:

- для амбулаторних пацієнтів;
- для стаціонарних хворих (лікарняні).

Аптеки, які обслуговували амбулаторних хворих, знаходились у підпорядкуванні аптечних управлінь і знаходились на госпрозрахунку. В сільських районних центрах було створено центральні районні аптеки, які не тільки забезпечували населення лікарськими засобами, а й здійснювали організаційно-методичне керівництво аптеками району. Однією з форм постачання населення медичними товарами стають аптечні філіали й аптечні пункти при поліклініках та інших медичних установах, а також аптечні кіоски.

За радянських часів обслуговування стаціонарних хворих було з аптек двох типів:

• *аптеки лікувально-профілактичних закладів*, які були відділеннями лікарень, госпіталів, клінік, розрахованих на медичне обслуговування понад 100 лікарняних ліжок і фінансувалися з державного бюджету;

• *міжлікарняні аптеки* — організовувались у великих містах з метою постачання лікарськими засобами й товарами медичного призначення кількох лікувально-профілактичних закладів, із загальною кількістю ліжок понад 500. Вони знаходились на госпрозрахунку й підпорядковувались аптечним управлінням.

За радянські часи госпрозрахункові аптеки відпускали лікарські засоби за готівку, в стаціонарах усі пацієнти отримували лікарські засоби безкоштовно.

Ціни на лікарські засоби були найнижчими в Європі, проте на діяльність аптек негативно вплинула відсутність конкуренції, мотивації праці робітників, загальнодержавний дефіцит спеціалізованих лікарських засобів, які імпортувались.

Вдосконалення управління в умовах централізованої системи господарювання було направлене на створення великих організаційних структур. В результаті окремі самостійні аптечні заклади перетворилися на структурні підрозділи різних об'єднань. Розвиток цього процесу в окремих випадках підтримувався і самими підприємствами, оскільки надавав їм можливість перейти з однієї категорії оплати праці на іншу, вищу.

Структура органів управління аптечними закладами змінювалась внаслідок збільшення проміжних ланок управління, які виконували паралельні функції. Штатна чисельність апарату управління зростала. Вже на початку 80-х років існуюча організаційна структура управління сприяла виникненню суперечності між можливостями організаційних структур і вимогами виробничих сил.

Саме тому відповідно до наміченої радикальної економічної реформи передбачалася розробка нових організаційних структур. Основою цього процесу стала Постанова ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР № 823 від 17 липня 1987 р. «Про перебудову діяльності міністерств і відомств сфери матеріального виробництва в нових умовах господарювання», суть якої полягала в значному скороченні об'єктів управління.

Намічалось формування нових органів управління — генеральних дирекцій, яким передавали в повному об'ємі і права, і відповідальність як підприємств, так і вищестоящих органів управління, з міністерств було передано солідний управлінський апарат. Нові структури управління були запропоновані з урахуванням досвіду великих промислових фірм за кордоном.

Аптечна система також, як і промислові підприємства, була залучена в реформу організаційних структур управління. ДАПУ МЗ СРСР спільно зі Всесоюзним НДІ фармації розробили пропозиції по вдосконаленню організаційної структури управління в аптечній мережі. Відповідно до цих рекомендацій було створено виробничі об'єднання «Фармація» на обласному і республіканському рівнях.

Відповідно до Генеральної схеми управління аптечною службою, в системі «Союзфармація» на 1 січня 1989 р. в восьми союзних республіках, в тому числі і в УРСР були створені республіканські виробничі об'єднання «Фармація».

В основному об'єднання утворювалися шляхом реорганізації структур аптечного управління, основними принципами господарювання були повний госпрозрахунок і самофінансування. Метою створення об'єднання «Фармація» було підвищення рівня забезпечення населення лікарськими засобами на основі спрощення організаційної структури апарату управління, ліквідації паралельних підрозділів з однаковими функціями, і дрібних ланок, істотне скорочення адміністративно-управлінського персоналу.

Зовні здається, що були проведені радикальні зміни. Але по суті вирішення організаційно-управлінських проблем аптечної служби звелось до реформи управління без радикальної перебудови організаційної структури. Справа перебудови організаційної структури управління аптечної галузі закінчилась лише заміною вивіски. Скорочення адміністративних працівників відбулося формально, були ліквідовані лише деякі відділи, в той же час укрупнені ті, що залишилися. Командна система продовжувала займатися косметикою старого, звичного механізму управління. У верхній ланці управління узурпувалися всі права, а відповідальність концентрувалась в низових ланках, була відсутня система економічної відповідальності органів управління за якість прийнятих управлінських рішень.

Така схема управління втратила сенс ще до здобуття Україною незалежності. В 1992 р. з'явилися різні організаційно-правові форми підприємств поза відомчими межами, змінилися економічні й правові умови господарювання, підприємства почали самостійно вирішувати питання про входження в ті або інші організаційні структури.

Зі здобуттям незалежності в Україні почалося створення правового поля у сфері обігу лікарських засобів. У квітні 1996 р. набув чинності Закон України «Про лікарські засоби», відповідно до якого:

- у 1996 р. було створено Центр побічної дії лікарських засобів у складі Фармакологічного комітету МОЗ України;
- у 1999 р. створено Відділ фармакологічного нагляду у складі Державного фармакологічного центру МОЗ України;
- у 2002 р. Україна стала 68-м членом міжнародної програми ВООЗ з моніторингу побічної дії лікарських засобів.

Фармаконагляд у нашій країні ґрунтується на:

- ◆ Законі України «Про лікарські засоби» (1996);
- ◆ Постанові Кабінету Міністрів України від 13.09.2000 р. № 1422 «Порядок державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу»;
- ◆ Наказі МОЗ України від 01.11.2000 р. № 281 «Інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань»;
- ◆ Наказі МОЗ України від 19.12.2000 № 347 «Інструкція про здійснення нагляду за побічними реакціями/діями лікарських засобів».

З метою досягнення гармонізації з нормами, що застосовуються в міжнародній практиці, фармацевтична галузь України керується міжнародними вимогами, зазначеними в документах:

- Міжнародної конференції з гармонізації технічних вимог до реєстрації лікарських засобів для людини та директивами Ради Європейського Економічного Співтовариства з питань фармакологічного нагляду;
- Нормативно-правових актах ЄС — директиви 2001/83ЕС Європейського Парламенту та Ради ЄС від 06.11.2001 р. «Про зведення законів Співтовариства стосовно лікарських препаратів.

Фармацевтична галузь України включає:

- ◆ виробництво лікарських препаратів і виробів медичного призначення;
- ◆ оптову і роздрібну торгівлю;
- ◆ спеціалізоване збереження і розподіл (дистрибуцію) за допомогою налагодженої мережі збуту (аптеки, аптечні пункти тощо).

Останніми роками фармація починає інтегруватися зі сферою медичних послуг. Структура внутрішнього ринку фармацевтичної галузі на 72 % складається з аптечних, на 16 % — з лікарняних та на 12 % — з державних закупівель. Аптечна націнка на фармпрепарати становить 34 %.

Фармацевтична галузь посідає значне місце і в економіці України. Вона являє собою важливий сегмент національного ринку, багато в чому визначає національну й оборонну безпеку країни, вирізняється великою наукомісткістю та розвинутим кооперуванням.

На початок 2007 р. в Україні працювало 142 фармацевтичних виробничих підприємств (з них 27 великих — «Фармак», «Індар», «Борщагівський фармацевтичний завод» та ін.), які випускають близько 7000 найменувань. 70 % реалізованих упаковок — це ліки українського виробництва. В Україні зростання темпів виробництва фармпрепаратів більший, ніж індекс виробництва промислової продукції.

Фармацевтичні підприємства модернізуються й переходять на європейські стандарти якості продукції. Українські ліки вже починають займати досить помітні позиції на ринках ближнього і далекого зарубіжжя. Євроінтеграційний вектор зовнішньополітичного курсу країни формулює нові завдання до фармацевтичної галузі. 182 препарати експортуються в країни ближнього і далекого зарубіжжя — Індію, Філіппіни, Китай, Йорданію, Грузію, Латвію, Вірменію, Білорусь, Іспанію та Італію.

В державі створена багаторівнева система контролю якості ліків, починаючи з поступлення препарату на ринок України (реєстрація), та післяреєстраційний нагляд за лікарськими засобами:

- впровадження системи контролю за складом лікарських засобів, які поставляються на ринок через Державну інспекцію з контролю лікарських засобів;
- відстеження побічних дій та ефективності ліків через систему фармаконагляду, в межах якої в кожній області працюють представники фармакологічного центру по збиранню та обробленню відповідної інформації. Ця система визнана ВООЗ і Україна є повноправними членом системи світового моніторингу за ліками

За час незалежності України фармацевтична галузь стала однією з бюджетоформуючих галузей промисловості. Вітчизняні ліки повернули собі репутацію якісних та ефективних препаратів. Усе більша частина громадян купують в аптеках українські ліки. Збереження наукової бази, створення розвинутих і спеціалізованих детермінантів конкурентної переваги держави, а також залучення іноземних інвестицій для розвитку фармацевтичної галузі — усе це створює довгострокову основу для конкурентної переваги і сприяє переорієнтації експорту українських підприємств із ринків країн з перехідною економікою в країни Західної, Центральної і Східної Європи, посиленню їхньої конкурентоспроможності. Крім того, гармонізація основних технічних вимог з вимогами Європейського Союзу одночасно є захистом українського виробника фармацевтичної продукції від конкуренції з низькоякісною фармацевтичною продукцією.

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основних учених з менеджменту. Над якими проблемами вони працювали?
2. Які існують підходи в сучасній концепції менеджменту? Розкрийте їх сутність.
3. Назвіть основні особливості медичної практики в країнах Стародавнього Сходу.
4. Які особистості сприяли розвитку медичної справи в Стародавньому Світі?
5. Які основні досягнення системи охорони здоров'я Стародавнього Риму?
6. Які тенденції можна виділити в розвитку медичної практики в середньовічній Європі?
7. Як саме епідемії впливали на розвиток охорони здоров'я в країнах Європи в епоху Середньовіччя?
8. Які тенденції розвитку системи охорони здоров'я були спричинені розвитком виробництва в XVIII—XIX ст.?
9. Назвіть основні напрями охорони здоров'я в Київській Русі.
10. Визначте вплив українських медиків на розвиток медицини.
11. Чи можливе використання досвіду лікарняних кас у сучасному процесі перебудови галузі охорони здоров'я?
12. Визначте основні періоди розвитку аптекарської справи в Україні.

Список використаної та рекомендованої літератури

1. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в медицині. — К.: За друга, 2001.
2. Веснин Р.С. Основы менеджмента. — М., 1999.
3. Голяченко А.О., Романюк В.М. Проблеми української історії медицини та фармації// Вісн.соц.гіг.та орг. ОЗ України. — 2002. — № 1. — С. 83—85.
4. Грандо О.А. Подорож у минуле медицини. — К.: РВА «Тріумф», 1995. — 176 с.
5. Грандо А.А. Немного о прошлом. — К., 2003. — 228 с.
6. Історія української медицини. Матеріали конференції. — К., 1995.
7. История медицины: Очерки / Л.Г.Малая, В.Н. Коваленко, А.Г. Каминский, Г.С. Воронков. — К.: Либідь, 2003. — 416 с.
8. История менеджмента: Учеб. Пособие / Под ред. Д.В. Валового. — М.: ИНФРА,1997.
9. Кнорринг В. И. Теория, практика и искусство управления// <http://www.bizlib.info>
10. Крейнер С. Библиотека избранных трудов о бизнесе: Книги, сотворившие менеджмент: Пер. с англ. — М.: ЗАО Олимп-Бизнес, 2005. — 355 с.
11. Лисицын Ю.П. История медицины. — М.: ГЭОТАР_МЕД, 2004. — 393 с.
12. Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории. — СПб.: Европ.дом, 2003. — 270 с.
13. Менье Л. История медицины: Пер. с франц. — М. — Л., 1926. — 368 с.
14. Мескон М.Х., М.Альберт, Ф.Хедоури. Основы менеджмента: Пер. с англ. 3-го изд. — М.: Дело, 1998. — 800 с.
15. Петровский Б.В. с соавт. Здравоохранение // БСЭ. — 1978. — Т.8. — С. 358—426.
16. Пузич Я. І. Юрій Дрогобич — перший український доктор медицини // Лікарська справа, 2000. — № 7—8. — С. 127—129.
17. Пундій П. Українські лікарі: Бібліогр. довід. — Львів-Чикаго: НТШ у Львові, 1994. — Кн. 1: Естафета поколінь національного відродження. — 328 с.
18. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.
19. Робінс С., Де Ченцо Д. Основы менеджменту. — К.: Основы, 2002. — 671 с.
20. Российский Д.М. История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения, М., 1956. — С. 23—146.
21. Скляр Г. Як лікувалися козаки// Слово лікаря. — 2002. — № 13. — С. 9.
22. Семенова И.И. История менеджмента: Учеб. пособие для вузов. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000. — 222 с.
23. Страхова медицина в Україні: історія та сучасність/ Авт. колектив: В.П.Ляховський, В.І.Євсєєв, В.І.Сергієчко та ін. — К.: Пульсари, 2003. — 82 с.
24. Ступак Ф.Я. Вступ до історії медицини. Медицина і первісне суспільство. — К., 2002. — 64 с.
25. Уорнер М. Класики менеджмента: Энциклопедия: Пер. с англ. — СПб: Питер, 2001. — 1168 с.
26. Управление — это наука и искусство / А.Файоль, Г.Эмерсон, Ф.Тейлор, Г.Форд. — М., 1992.
27. Хажински А. Гуру менеджмента. Дорога к успеху. — СПб:Питер, 2002. — 480 с.
28. Шегедин М.Б., Мудрик Н.О. Історія медицини та медсестринства. — Тернопіль.: Укр-медкнига, 2003. — 328 с.

РОЗДІЛ 3

МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 3.1. Загальні принципи формування моделі охорони здоров'я.*
- 3.2. Ринкова модель організації охорони здоров'я.*
- 3.3. Соціальна модель охорони здоров'я.*
- 3.4. Суспільно-приватна модель охорони здоров'я.*
- 3.5. Медичне страхування як система організаційних та фінансових заходів.*
- 3.6. Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження системи медичного страхування.*

3.1. Загальні принципи формування моделі охорони здоров'я

У більшості країн фундаментом національної політики в галузі охорони здоров'я є відповідна правова база, розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, викладених у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Ради Європи (РЕ), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародної організації праці (МОП).

Країни, члени Організації у економічній співробітництві і розвитку (ОЕСР) при розробці стратегії фінансування та організації охорони здоров'я дотримуються трьох основних принципів:

- забезпечення однакового доступу до медичного обслуговування для усіх громадян, заснованого на солідарній участі бідних та багатих, хворих та здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживання;
- висока якість медичної допомоги за оптимальних витрат;
- макроекономічна ефективність: максимально допустима частка національних ресурсів, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я.

Мінімальний перелік медичної допомоги, які має гарантувати держава, визначено у 2 міжнародних правових актах:

- Конвенції МОП «Про мінімальні норми соціального забезпечення» за № 130 від 1952 р., (стаття 10);
- Конвенції МОП «Про медичну допомогу і допомоги у зв'язку із захворюванням» за № 130 від 1969 р., (стаття 13);

Конвенція МОП визначає мінімальний перелік медичних послуг, які мають забезпечуватись населенню:

- загальна лікарняна допомога, зокрема допомога на дому;
- допомога, яку надають спеціалісти стаціонарним або амбулаторним хворим;
- допомога спеціалістів, яка може надаватись за межами лікарні;
- відпуск необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста;
- госпіталізація за показаннями;
- стоматологічна допомога, якщо вона передбачена національним законодавством;
- медична реабілітація, в тому числі надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством.

У кожній країні існують конкретні проблеми в галузі охорони здоров'я, які вирішуються державними програмами. Наприклад, суспільні програми допомоги матерям і дітям, у яких медична допомога доповнюється грошовою допомогою при народженні дитини.

Додаткова медична допомога, на відміну від соціального страхування, передбачає конкретний достатній розмір медичної допомоги. Достатність такої допомоги визначається відповідним законодавством кожної країни.

Формування моделі управління охороною здоров'я відбувається відповідно до соціально-економічної політики, що проводиться в державі. Всі існуючі моделі відрізняються хоча по одному з нижчезазначених показників, що є критеріальними ознаками організації управління охороною здоров'я:

- об'єм державних гарантій;
- джерело фінансування медичної допомоги;
- замовник послуг та його статус;
- виконавець (надавач) медичних послуг та його статус;
- характер взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг;
- державне управління охороною здоров'я;
- схема фінансування галузі охорони здоров'я;
- структури, які забезпечують права пацієнтів;
- структури, що забезпечують права виробника медичних послуг.

Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи охорони здоров'я, специфіку економічних відносин у цій галузі, можна виокремити кілька параметрів, що відображають її головні економічні характеристики:

- ◆ відношення власності;
- ◆ способи фінансування (отримання ресурсів);
- ◆ механізми стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів послуг);

У кожній країні формується та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Наявність у тій або іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами, проте при всіх відмінностях у системах охорони здоров'я різних країн економічні моделі формуються за визначенням ролі та функцій держави в цих процесах.

Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, можна виділити три основні **економічні моделі галузі охорони здоров'я**:

- **платна медицина**, сформована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування;
- **державна медицина**, що фінансується з державного бюджету;
- система охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах **соціального страхування** та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування.

Спосіб фінансування галузі охорони здоров'я зумовлює й систему організації охорони здоров'я. Проте в кожній країні модель фінансування охорони здоров'я складалася протягом багатьох років і залежала від багатьох чинників. Насамперед це досвід розвитку систем охорони здоров'я та історичні особливості розвитку країни. Саме тому практично в кожній країні система фінансування галузі не існує в «чистому» вигляді, є мобільною, тобто розвивається й змінюється.

У країнах з розвинутим медичним обслуговуванням незалежно від системи організації системи охорони здоров'я існує жорсткий контроль за видатками на галузь, який формується за такими принципами:

- замороження фінансування галузі на досягнутому рівні, тобто нульове зростання витрат;
- стабілізація витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні до національного доходу або до валового внутрішнього продукту;
- загальний темп зростання рівня витрат на рівні темпу інфляції в країні;
- темпи приросту обсягу витрат мають від'ємний знак;
- загальні витрати на охорону здоров'я підвищуються в обумовлених межах;
- обсяги витрат на охорону здоров'я пов'язуються з обсягом надходження податків або внесків до страхових фондів.

Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах. Основні існуючі моделі організації охорони здоров'я представлені на рис. 3.1.

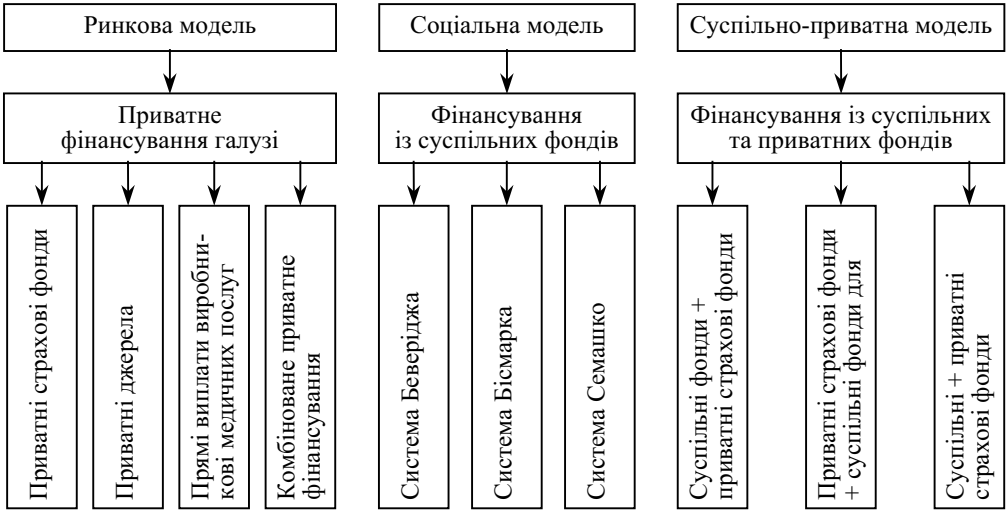


Рис. 3.1. Моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я

Незалежно від моделі фінансування та організації для країн з розвинутою системою охорони здоров'я характерні такі ознаки:

1. Фінансування з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємств, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення.
2. Фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється виключно за рахунок підприємства.
3. Вільний вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта.
4. Розвинута система добровільного медичного страхування.

Країни з розвинутою системою охорони здоров'я спрямовують свою діяльність в організації охорони здоров'я в таких напрямках:

- забезпечення адекватності медичної допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до таких послуг;

- захист доходів пацієнта;
- макроекономічна ефективність;
- мікроекономічна дієвість;
- свобода вибору для споживача медичних послуг;
- автономія для постачальника медичних послуг.

Усі перелічені на рис.3.1 моделі охорони здоров'я побудовані або на солідарній ідеології, або лібертарній. Останніми роками характерні пошуком золоті середини між обома ідеологіями. Кожна з них має свої привілеї.

В основу *солідарної ідеології* покладено принцип забезпечення однакового доступу до мінімального набору найбільш важливих медичних послуг, особливо в критичних для пацієнта станах. При цьому витрати на лікування сплачує не пацієнт, а кошти надходять через податкову систему та загальний бюджет. Соціально малозабезпечені пацієнти звільняються від оплати за медичну допомогу, проте мають вільний доступ тільки до обґрунтовано необхідної, мінімальної медичної допомоги. Впроваджується принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, а здоровий — за хворого.

Лібертарна ідеологія розглядає медицину як будь-який інший товар. Людина, яка має більше коштів, може отримати більший перелік медичних послуг і одержати більш якісну медичну допомогу. Ця ідеологія відповідає умовам добровільного медичного страхування, коли застрахований отримує ту якість та перелік медичних послуг, який лімітується розміром його страхового полісу.

Еволюційний розвиток більшості національних європейських систем охорони здоров'я відбувається в напрямі послаблення державних функцій забезпечення медичного обслуговування, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління споживанням медичної допомоги та медичних послуг.

Модернізація національних систем охорони здоров'я має такі тенденції:

- уніфікація стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- розвиток ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами системи охорони здоров'я;
- вирішення специфічних національних проблем з урегулювання видатків на медичне обслуговування населення.

Для сучасної охорони здоров'я характерні процеси централізації та децентралізації. В країнах, у яких роль держави в організації охорони здоров'я була провідною, спостерігається тенденція до децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальним органам влади. Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначення пріоритетів.

У країнах зі слабкою роллю держави в охороні здоров'я, навпаки, відбувається посилення централізації. Зайва децентралізація призводить до дроблення, послаблення центральних органів управління охороною здоров'я, нерационального та недостатньо професійного оснащення медичним обладнанням та лікарськими засобами, нерівності у споживанні медичної допомоги, політичних маніпуляцій з боку зацікавлених регіонів та груп населення. Сучасні системи медичного страхування в Європі переважно децентралізовані.

Для розвитку сучасних моделей організації охорони здоров'я характерні тенденції до оптимізації медичного обслуговування. В країнах з розвинутою системою охорони здоров'я використовується принцип переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності. Такі заходи дозволяють знизити загальну захворюваність, тяжкість протікання хвороби, рівень інвалідизації, і, відповідно, видатки на лікування. В ефективній системі

охорони здоров'я має бути впроваджено лікування захворювань на ранніх стадіях, що значно дешевше, ніж лікування захворювань середньої тяжкості або тяжких та хронічних. Така оптимізація надання медичної допомоги в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я приводить до ситуації, коли 80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта — вузькоспеціалізованими медичними працівниками. При цьому спостерігається висока частка медичної допомоги, що надається середнім медичним персоналом.

Тенденції розвитку моделей охорони здоров'я в ХХІ ст. вказують на особливу роль конкуренції в галузі. Оптимальна конкуренція приводить до ситуації, коли страховики додають максимум зусиль для надання кращої медичної допомоги за мінімальну ціну.

3.2. Ринкова модель організації охорони здоров'я

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. При її реалізації не використовується фінансування із суспільних фондів. При впровадженні такої моделі охорони здоров'я об'єм медичної допомоги формується ринком, який саморегулюється. Малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги. Роль держави обмежується:

- законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;
- окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету.

За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел:

- приватні страхові фонди охорони здоров'я;
- внески з приватних джерел;
- прямі виплати виробникові медичних послуг;
- комбінації цих трьох джерел фінансування.

Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча й забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування.

Як правило, країни поряд з ринковою моделлю використовують і інші. Або при запровадженні ринкової моделі організації охорони здоров'я застосовують комбіноване приватне та суспільне фінансування. В табл. 3.1 наведено аналіз джерел фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу.

Таблиця 3.1

ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Країна	Приватне фінансування, %	Суспільне фінансування
1. США	56	44
2. Австрія	34	66
3. Німеччина	27,5	72,5
4. Японія	26,2	73,8
5. Франція	26	74

Типовим прикладом ринкової моделі є ринок медичних послуг США. Галузь охорони здоров'я в цій країні представлено переважно системою приватних медич-

них закладів та комерційним медичним страхуванням, при впровадженні якого лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти — їх покупцями. Такий ринок найбільш наближений до вільного ринку й має всі його переваги та недоліки.

Переваги ринкової моделі охорони здоров'я:

- стимуляція розвитку нових медичних технологій;
- забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників;
- постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією;
- жорстка вибірка економічно неефективних технологій та стратегій;
- мобільність ресурсів.

Недоліки ринкової моделі охорони здоров'я:

- ◆ нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення;
- ◆ високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг;
- ◆ високі громадські витрати на охорону здоров'я;
- ◆ неможливість здійснення державного контролю за визначенням розвитку пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;
- ◆ можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг;
- ◆ посилення впливу реклами та «моди»;
- ◆ нединамічність на національному рівні.

Ринкова модель організації охорони здоров'я, з одного боку, одна з найякісніших, з іншого — одна з найбільш високо затратних. Наприклад, в СШП витрати на обслуговування галузі охорони здоров'я становлять 14 % ВВП. В умовах ринкової моделі організації охорони здоров'я пацієнт постійно змушений приймати рішення: в який ринок (фінансовий чи страховий) вкласти свої збереження.

Таким чином, з економічної точки зору ринкова модель неефективна, що потребує перевитрат коштів. Система охорони здоров'я, яка ґрунтується на ринкових засадах не надає соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги, тобто не має такої властивості, як доступність для всіх провсех населення.

3.3. Соціальна модель охорони здоров'я

Особливістю соціальної моделі є система фінансування, що ґрунтується на зборі коштів у суспільний фонд медичного забезпечення. Для цього використовуються такі канали:

- 1) податки у суспільні фонди;
- 2) внески в суспільні фонди медичного страхування;
- 3) змішана система фінансування.

Суспільний фонд охорони здоров'я формується залежно від розмірів доходів. У ряді випадків оподаткування може не залежати від розміру доходів.

Система фінансування із суспільних фондів може бути змішаною, що реалізується за рахунок податків та страхових внесків.

За рахунок податків здійснюється фінансування охорони здоров'я в Ірландії, Великобританії, Швеції, Фінляндії, Канаді, Іспанії.

На суспільному страхуванні ґрунтується система фінансування охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Люксембурзі, Нідерландах.

Збір коштів у суспільний фонд може здійснюватись на базі:

- загальнодержавної (федеральної) системи оподаткування;
- регіональної (провінційної) системи оподаткування;

- системі податків місцевого значення;
- комбінації трьох названих систем оподаткування.

До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать загальновизнані системи організації охорони здоров'я:

- ◆ Система Бісмарка (модель соціального страхування);
- ◆ Система Беверіджа;
- ◆ Система Семашко.

Система Бісмарка (модель соціального страхування). Система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в національному масштабі в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Історично це була перша державна система охорони здоров'я. Вона слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенціальних військовослужбовців. Споконвічно створені фонди соцстраху сплачували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виокремились лікарняні каси. Систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю.

За системою Бісмарка лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Держава законодавчим шляхом зобов'язує працевлаштуваних брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працевлаштувані оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники.

За системою Бісмарка страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава.

За системою Бісмарка організована система охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії. Вона фінансується за допомогою відрахувань із заробітної плати й інших державних фондів, які становлять майже $\frac{3}{4}$ сукупних видатків на охорону здоров'я.

Переваги системи Бісмарка:

- принцип солідарної оплати медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги для всього населення країни.

Недоліки системи Бісмарка:

- ◆ великий адміністративний апарат;
- ◆ складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;
- ◆ високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

Система Беверіджа (універсалістська) — система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища.

Система була запропонована англійським економістом Беверіджем. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою. Наприклад, на дітей.

На відміну від системи Бісмарка, в системі організації охорони здоров'я Беверіджа лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а виступають як

наймані працівники. Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер.

При організації системи охорони здоров'я за системою Беверіджа пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування.

Система Беверіджа запроваджена в Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії.

Переваги системи Беверіджа:

- доступність медичної допомоги для всього населення країни;
- відносно проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів;
- відносна проста система оплати праці в галузі.

Недоліки системи Беверіджа:

- ◆ відсутність ринкових стимулів економічної ефективності;
- ◆ слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг;
- ◆ необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.

Система Семашко. Система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави.

Модель заснована на заміні ринкової організації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я усуває недоліки ринкової системи.

Система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Вона фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні (в СРСР — республіканські Міністерства охорони здоров'я, в незалежній Україні — обласні управління охорони здоров'я) та місцеві органи управління охороною здоров'я. Така система характерна для країн з плановою економікою.

Переваги системи Семашко:

- ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії);
- забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги;
- високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів.

Недоліки системи Семашко:

- ◆ низькі показники розвитку медичної допомоги;
- ◆ відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;
- ◆ низький рівень заробітної платні медичних працівників.

Моделі Беверіджа та Семашко відносять до державних моделей охорони здоров'я з переважним державним фінансуванням галузі. До основних привілеїв таких систем відносяться:

1. Макроефективність Уніфікована та інтегрована державна система порівняно дешева, являє собою ефективне використання ресурсів, користується популярністю серед переважної більшості населення, полегшує розробку та виокремлення пріоритетів.

2. Мікроефективність. Внаслідок уніфікованої структури та відсутності оплати за медичні послуги спостерігається велика дієздатність до заміщення медичних професій, використання командного підходу за забезпечення вибору між медичним обслуговуванням в умовах стаціонару та на дому.

3. Механізм фінансування. Бюджетне фінансування дозволяє позбавитись проблем страхових ринків.

4. Забезпечення принципу соціальної справедливості.

5. Економія ресурсів. Забезпечується організацією оплати персоналу, тому що відсутність оплати за окрему медичну послугу не стимулює призначення зайвих діагностичних та лікувальних процедур. Заробітна плата фіксована. Жорсткий порядок формування бюджету та контроль за призначеннями лікаря.

3.4. Суспільно-приватна модель охорони здоров'я

Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я реалізується за трьома основними варіантами.

1. Фінансування галузі охорони здоров'я із суспільних фондів та з приватних страхових фондів. Прикладом такого фінансування може бути система охорони здоров'я Нідерландів.

2. Фінансування галузі охорони здоров'я з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення. Наприклад, у США соціальне фінансування медичної допомоги бідним та особам похилого віку проводиться через системи Медикейт та Медикер.

3. Фінансування медичного обслуговування населення із суспільних та приватних страхових фондів. Наприклад, у Канаді лікування пацієнта здійснюється на рахунок суспільного страхування, а придбання ліків за рецептами амбулаторних клінік та послуги дантистів — на рахунок приватного страхування.

3.5. Медичне страхування як система організаційних та фінансових заходів

Страхова медицина — система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.

Медичне страхування — система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Мета страхової медицини та медичного страхування — забезпечення громадянам соціальних гарантій та прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичення коштів при виникненні страхового випадку або для фінансування профілактичних заходів.

Завдання медичного страхування:

◆ посередницька діяльність в організації та фінансуванні медичної допомоги населенню;

- ♦ контроль за якістю та обсягом медичної допомоги населенню;
- ♦ розрахунок за надання медичної допомоги через страхові фонди.

Впровадження страхової медицини в багатьох країнах мало ряд позитивних наслідків:

- гармонійне доповнення державної системи фінансування галузі охорони здоров'я;
- контроль якості та обсягу медичної допомоги застрахованого населення;
- реалізація права пацієнта на вибір лікувального закладу та лікаря;
- впровадження ефективних форм управління галуззю охорони здоров'я та окремими медичними закладами;
- мотивація праці медичних працівників.

За даними ВООЗ, понад 30 країн Організації економічного співробітництва і розвитку використовують різноманітні системи страхової медицини, за якими компенсується майже 74 % витрат на медичну допомогу.

Системи медичного страхування розрізняються за принципами управління, організації, характером фінансування, переліком медичних послуг.

Існують такі **моделі медичного страхування**:

- ♦ обов'язкове медичне страхування для окремих категорій громадян;
- ♦ загальне обов'язкове медичне страхування (континентальна модель);
- ♦ загальне державне медико-соціальне страхування (пряма модель);
- ♦ державна монополія на медичне страхування

Державна (бюджетна) система медичного страхування фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету. Впроваджена в Англії, Італії, Данії, Ірландії.

Соціальна система медичного страхування

Особливістю соціальної системи медичного страхування є участь населення у витратах на медичну допомогу. Певні види або обсяг медичної допомоги населення сплачує самостійно незалежно від коштів, внесених на страхування. Другою особливістю соціального страхування є соціальна солідарність: здоровий платить за хворого, молодий — за людину похилого віку, заможний — за бідного. Особи з низькими прибутками та соціально незахищені верстви населення внесків не сплачують. Соціальна система медичного страхування впроваджена у Франції, Бельгії, Австрії, Японії, Німеччині, Нідерландах та інших країнах.

Форми медичного страхування. Медичне страхування за формами поділяється на обов'язкове та добровільне.

Обов'язкове медичне страхування — форма соціального медичного страхування в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я, яке є частиною системи соціального страхування. Цей вид медичного страхування здійснюється за порядком, передбаченим законодавством країни відповідно до базової програми обов'язкового медичного страхування, затвердженої урядом.

Метою обов'язкового медичного страхування є забезпечення рівних можливостей усіх громадян щодо реалізації їх конституційних прав на ефективну та доступну медичну допомогу за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування в обсягах до відповідних програм.

Джерела фінансування:

- внески з державного бюджету;

- внески роботодавців;
- внески працюючого населення.

Програми обов'язкового медичного страхування здійснюються державними страховими організаціями або організаціями, які контролюються державою. Тарифи на страхування встановлюються за єдиною методикою, затвердженою державою. Система контролю за якістю та обсягом надання медичних послуг визначається державними органами.

На 2007 рік в Україні не було прийнято закону щодо обов'язкового медичного страхування, проте в Законі України «Про страхування» (1996) медичне страхування наводиться в переліку обов'язкових видів страхування.

Добровільне медичне страхування — самостійний або додатковий вид медичного страхування в країнах, у яких запроваджено систему обов'язкового медичного страхування, започаткований на комерційній основі, програма якого визначається договором страховика та страхувальника.

Зміст добровільних страхових програм визначається станом галузі охорони здоров'я в країні та пов'язаний з дефіцитними видами лікувально-профілактичної допомоги, обсягом та рівнем медичної допомоги, гарантованою програмою обов'язкового медичного страхування. Відповідні страхові програми мають узгоджуватися з територіальними органами управління охороною здоров'я. В сучасному добровільному медичному страхуванні набули поширення диференційовані програми, за якими за вибором застрахованих осіб включають страхування життя на випадок реабілітації, стійкої та тимчасової непрацездатності, профілактичне страхування з метою оплати профілактичних і спортивно-оздоровчих послуг.

Джерела фінансування:

- особисті доходи громадян;
- прибуток працедавців (юридичних осіб).

Правила добровільного страхування визначаються страховими організаціями. Програма добровільного страхування визначається договором страховика та страхувальника, в якому встановлюються:

- ◆ тарифи на страхування;
- ◆ системи контролю за якістю надання медичних послуг.

На відміну від обов'язкового страхування, прибутки від добровільного медичного страхування страхова компанія може використовувати для будь-якої комерційної та некомерційної діяльності.

Таким чином, медичне страхування є самостійною системою товарно-ринкових відносин в системі охорони здоров'я, що впроваджується з метою поліпшення медичного обслуговування населення.

Запровадження системи медичного страхування в Україні — це відповідальний крок, який спричинить повну реорганізацію всієї галузі, а саме: зумовить перехід до:

- нових форм організації та управління системою охорони здоров'я;
- системи багатоканального фінансування;
- оплати праці за виконану роботу;
- амбулаторно-поліклінічного пріоритету в наданні медичної допомоги;
- вільного вибору пацієнтом лікувального закладу та лікуючого лікаря.

Для впровадження системи страхової медицини необхідні принципово нові організації, які мають виконувати посередницькі організаційні й управлінські функції й спеціально підготовлені кадри.

Для успішного реформування галузі на шляху впровадження системи страхової медицини доцільно враховувати досвід країн Східної та Центральної Європи, які в недалекому минулому мали подібну до України модель організації та фінансування охорони здоров'я.

3.6. Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження системи медичного страхування

У більшості країн Східної та Центральної Європи системи охорони здоров'я історично були створені на моделі Семашко і недавно пройшли період перетворення системи державного фінансування в переважно страхові системи або планують перехід від централізованого контролю до страхової системи. До цієї категорії відносять системи охорони здоров'я таких країн, як Білорусь, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Чеська Республіка, Польща, Російська Федерація, Словаччина, Словенія та Республіка Македонія.

Привабливість системи страхового фінансування для постсоціалістичних країн зумовлена її несхожістю з бюджетним фінансуванням та спробою повернутись до тих моделей охорони здоров'я, які існували в цих країнах у минулому. Обрання країнами такої системи фінансування також було зумовлено можливістю індивідуального вибору медичних послуг завдяки прямим внескам на медичне обслуговування. Такий вибір системи фінансування галузі підтримувався професійними організаціями лікарів, яким вона зумовлювала високий рівень винагород. Не останнє місце при виборі моделі фінансування галузі охорони здоров'я займав досвід західноєвропейських держав, які фінансують галузь через ту чи іншу форму медичного страхування. Основним чинником, який зумовив цей вибір, було сподівання на те, що внески на соціальне страхування дозволять збільшити загальний об'єм коштів, які використовуються на медичне обслуговування.

Досвід країн слов'янського світу дає можливість визначити загальні характеристики нових систем соціального страхування. Для систем фінансування галузі охорони здоров'я всіх країн властиві кілька спільних чинників: використання всіх коштів фондів медичного страхування тільки на фінансування галузі; додаткове бюджетне фінансування. Бюджетне фінансування, як правило, покриває витрати на медичне обслуговування громадян, які мають право на безоплатну медичну допомогу, медичну освіту, медичні дослідження, на утримання національних медичних науково-дослідних інститутів.

Організаційна структура страхових фондів, державний контроль за їх діяльністю, ступінь участі роботодавців та робітників, пакети медичних послуг, які надаються, мають свої особливості в кожній країні Східної та Центральної Європи.

У більшості країн адміністративні органи та органи, які відповідають за медичне страхування, незважаючи на підживлення своїх ресурсів з державного бюджету, мають різну фінансову незалежність від державного бюджету на різних етапах перехідного періоду. Наприклад, у Чеській республіці та Словаччині на початку реформи галузі фінансування чинилося за рахунок державного бюджету, далі — поступово відокремлювалось від державного бюджету і проводилося через фонди медичного страхування. Проте обидві країни відрізняються за державним контролем фондів медичного страхування. В Чеській Республіці Національна компанія медичного страхування та фонди медичного страхування мають статус приватних установ з державним фінансуванням, незалежним від державного контролю. Мініс-

терства охорони здоров'я та фінансів Словаччини здійснюють державний контроль за діяльністю страхових компаній.

Досвід країн Східної та Центральної Європи із запровадження страхової медицини вказує на різні варіанти організаційної структури страхового фінансування галузі. В Чеській Республіці, Словаччині та Словенії були створені центральні «національні компанії медичного страхування» з відділеннями на місцевому рівні або спеціалізованими фондами страхування на випадок хвороби. В Чехії страхова компанія національного рівня є головним страхувальником населення, яка забезпечує страхування 83 % населення. У Словаччині, при подібній організаційній структурі страхова компанія національного рівня охоплює навіть 85 % громадян. Національна компанія повинна забезпечувати контролюючу функцію за місцевими страховими відділеннями.

При проведенні реформи системи охорони здоров'я всі країни Східної та Центральної Європи були орієнтовані на право громадянина на страхове забезпечення. Російська Федерація та Словаччині при наданні громадянам права на страхове забезпечення орієнтуються на громадянство або місце проживання. Чеська Республіка в основу забезпечення такого права ставить наявність страхових внесків. Досвід цієї країни показав, що при орієнтації на страхові внески важко охопити медичним страхуванням все населення.

Система страхового фінансування галузі охорони здоров'я орієнтована на отримання страхових внесків, які розподілені між роботодавцями та робітниками, можуть установлюватися за фіксованою ставкою або залежати від доходу. У більшості країн страхові внески за безробітних та пенсіонерів сплачують фонди страхування від безробіття і пенсійні фонди відповідно. Страхові ставки та коефіцієнти участі роботодавців та робітників знаходяться у веденні уряду, і країни дуже відрізняються за цими показниками. В Чеській Республіці та Словаччині ставка страхового внеску становить 13,5 при коефіцієнті участі роботодавців та робітників 66 : 33. Найменше тягар медичного страхування відчувають громадяни Російської Федерації, де рівень ставки внеску становить 3,6, при співвідношенні участі роботодавців і робітників 100 : 1.

Незалежно від ставки внеску в країнах, де було запроваджено медичне страхування, спостерігається зростання надходжень на медичне обслуговування. Підвищується частка ВПП, яка виділяється на галузь охорони здоров'я.

Країни Східної та Центральної Європи із запровадженою системою страхового фінансування в перехідний період зазнали ряд труднощів, які доцільно враховувати при реформуванні галузі в Україні.

Фінансування галузі охорони здоров'я при соціалізмі проводилося за рахунок державного бюджету. Запроваджували цей механізм міністерства фінансів, які проводили збір податків, їх розподіл та контроль за використанням. Теоретично система страхової медицини обумовлює фінансування галузі без участі міністерства фінансів. На практиці країни з перехідною економікою натрапили на дефіцит фондів медичного страхування, який утворився через брак коштів у фондів, які субсидуються з державного бюджету (наприклад, пенсійного фонду). Тобто міністерства фінансів беруть участь у фінансуванні медичного обслуговування, проте без права контролю за витратами. Наприклад, у Словаччині та Чеській Республіці, при впровадженні страхової медицини значно зросли витрати на галузь, підвищилася частка ВПП до 6,25 та 7,2 % відповідно, що призвело до загострення відношень між фондами соціального страхування та міністерствами фінансів.

При впровадженні страхової медицини перед Хорватією, Чеською Республікою та Словаччиною виникла проблема структурного дефіциту. Суть проблеми полягає

в тому, що за певні верстви населення внески сплачує уряд із податкових надходжень. Оплата внесків за пенсіонерів та безробітних здійснюється пенсійними фондами або фондами страхування від безробіття. Проте витрати на медичне обслуговування цих громадян вище за трансферти, які отримують фонди медичного страхування. Таке становище викликає дефіцит коштів, які тільки частково покривається внесками тієї частки населення, яка сплачує медичне страхування.

Перехідний період до страхової медицини показав, що страхове фінансування охорони здоров'я більш обтяжливе, ніж вважали спочатку. Причина цього відсутність належного механізму державного регулювання діяльності страхових компаній; відсутність адекватної інформаційної технології; відсутність технічних знань в галузі страхового менеджменту, недостатній розвиток організаційної інфраструктури.

Таким чином, враховуючи досвід країн слов'янського світу із запровадження системи страхового фінансування галузі охорони здоров'я, Україні необхідно розробити програму створення страхової медичної системи з урахуванням специфіки її існуючого стану. Для подолання труднощів перехідного періоду доцільно проводити поетапне збільшення державних асигнувань на галузь охорони здоров'я; впроваджувати ефективно їх використання та підвищення якості медичних послуг; розвивати систему платних медичних послуг; сприяти конкуренції.

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні міжнародні принципи фінансування та організації охорони здоров'я.
2. За якими принципами проводиться контроль за видатками на охорону здоров'я в країнах з розвинутою системою медичного обслуговування?
3. Які джерела фінансування використовуються в ринковій моделі організації охорони здоров'я?
4. На яких принципах ґрунтуються основні системи організації охорони здоров'я, що відносяться до соціальної моделі фінансування галузі?
5. За якими варіантами реалізується суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я?
6. Які завдання в галузі охорони здоров'я вирішує медичне страхування?
7. У чому полягають відмінності між обов'язковим та добровільним медичним страхуванням?
8. Який досвід країн Центральної та Східної Європи з впровадження медичного страхування необхідно використовувати в Україні?

Список використаної та рекомендованої літератури

1. Костицький В.В. Соціально-економічні та правові проблеми запровадження страхової медицини в Україні. — К., 2001. — 16 с.
2. Мінак В.О. Основи менеджменту і маркетингу в охороні здоров'я. — Харків. — 2000
3. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування //Главный врач. — 2002. — № 4. — С. 42—44.
4. Салман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. — М.: Гэотар Медицина, 2000. — 431 с.

5. Семенов В.Ю. Некоторые итоги развития системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. — 2002. — № 3. — С. 3—8.
6. Страхова медицина в Україні: історія та сучасність/ В.П.Ляховський, В.І.Євсєєв, В.І.Сергієчко та ін. — К.: Пульсари, 2003. — 82 с.
7. Юркин Г. Правовые основы обязательного медицинского страхования в России // Врач. — 2000. — № 5. — С. 43—44.
8. Юркин Г. Система обязательного медицинского страхования: проблемы функционирования и модернизации// Врач. — 2003. — № 5. — С. 61-62.
9. Health Care Systems in Transition. Slovakia. — Copenhagen: Reg. Off. Eur. 2000. — 72 p.
10. Massaro T.A. Health System Reform in the Czech Republic// JAMA. — 1994. — V. 271. — N.23. — P.1870-1874.
11. Musgrove P. Public and Private Roles in Health. — Washington: World Bank, 1996.
12. Oreskovic S. The Miracle of Centralization// Eurohealth. — 1995. — V. 1. — N.1. — P. 25—26.
13. Skackova D., Marshall T. Health Care Systems in Transition: Slovakia. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1996.
14. Włodarczyk C. Expert Network on Health and Health Care Financing Strategies in Countries of Central and Eastern Europe, or on the Advantages of Neighborly Cooperation in Health Care Reforms // Antidotum. — 1993. — Suppl. — 1. — P. 8—21.

РОЗДІЛ 4

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

- 4.1. Організація охорони здоров'я в країнах з розвинутою системою медичної допомоги.
- 4.2. Організація охорони здоров'я в країнах із системою медичної допомоги, що розвивається.
- 4.3. Фармацевтична діяльність у різних країнах світу.
- 4.4. Регулювання фармацевтичної діяльності в країнах ЄС.

4.1. Організація охорони здоров'я в країнах з розвинутою системою охорони здоров'я

Франція. Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши національні системи медичного обслуговування світу, визнала найкращою систему організації охорони здоров'я Франції.

Становлення нормативно-правової бази охорони здоров'я Франції поділяють на три періоди. Перший — прийняття законів щодо впровадження соціальної страхової медицини (1928—1930 рр.). Закони встановлювали основні принципи надання медичної допомоги в країні: вільний вибір лікаря; умови оплати лікарських послуг. Упровадження принципів ліберальної медицини привело до розмежування інтересів лікарів та пацієнтів. На другому етапі розвитку нормативно-правової бази було прийнято Кодекс медичної деонтології та переглянуто систему тарифів на медичні послуги. Унаслідок реформування галузі було впроваджено такі засади: обов'язковість дії лікарської таємниці; свобода лікувальних призначень; пряма угода між лікарем та пацієнтом щодо гонорару; пряма виплата гонорару лікареві. Третій період було розпочато у 1971 р., із прийняттям нового закону про медичне страхування, який затвердив відносини між страховими касами та лікарями. Цей закон закріпив основні принципи організації охорони здоров'я у Франції: забезпечення рівноправності та загальнодоступності медичної допомоги для всього населення; формування засобів соціального забезпечення з прибутків працівників та роботодавців; превентивна спрямованість галузі; дотримання рівноваги між державним та приватним секторами охорони здоров'я. 31 липня 1991 року у Франції було прийнято новий закон, який поклав початок реформування галузі. Згідно з цим законом було визначено два основні інструменти планування: модифікована санітарна карта та регіональна схема організації охорони здоров'я республіки. Обидва документи визначають систему охорони громадського здоров'я: адміністративно-територіальний та географічний розподіл лікувальних закладів; організаційну структуру та види медичної допомоги.

Сучасна система охорони здоров'я Франції централізована. Контролює діяльність системи охорони здоров'я Міністерство праці та соціального забезпечення.

Лікувально-профілактичні заклади фінансуються з трьох джерел:

- державного бюджету;
- коштів обов'язкового медичного страхування;

- особистих коштів громадян.

Державна організація соціального страхування Франції «Security Social» підписує угоду (конвенцію) з лікарями, в якій чітко визначаються ціни на медичні послуги. Таким чином здійснюється регулювання цін на медичні послуги. Ціни на всі види медичної допомоги переглядаються два рази на рік, як правило, в бік зростання, що відповідно призводить до збільшення страхових внесків.

У країні існує єдина страхова організація — Національна лікарняна каса, яка має величезну кількість філіалів, розгалужених по всій республіці. Філіали не є конкурентами, а знаходяться в підпорядкуванні Національної лікарняної каси, яка регулює їхню діяльність.

У Франції існує велика кількість фірм, які надають послуги добровільного медичного страхування. Франція посідає третє місце в світі за кількістю таких компаній, після Німеччини та Голландії. 90 % страхових компаній входять до федерації страхових товариств Франції.

Медичне страхування у Франції є частиною соціального страхування Security Social. Усі працюючі отримують соціальну страховку з обов'язковим її атрибутом — страховою картою Carte Vitale. Ця картка забезпечує кожному застрахованому та членам його родини безоплатний сервіс до медичного обслуговування. Якщо в родині працюють і чоловік і дружина, то діти записуються в страхову картку одного з них. У разі нещасного випадку лікарняні каси сплачують надання медичної допомоги на 100 %. При захворюванні працівника лікарняні каси сплачують 75 % видатків на лікування. Якщо захворювання потребує лікування в умовах стаціонару, то лікарняні каси сплачують 33-добові витрати на лікування та перебування в лікарні; інші дні пацієнт сплачує самостійно. Тривалість лікування понад 2 місяці є показанням для госпіталізації в безплатну лікарню. Якщо стан здоров'я пацієнта не покращується протягом трьох років, то йому встановлюється інвалідність. У Франції передбачено дві групи інвалідності:

- перша — коли пацієнт може сам себе обслуговувати;
- друга — всі інші стани.

При нетривалому захворюванні пацієнтові надається лікарняний лист (arret de travail), який сплачує не роботодавець, а лікарняна каса.

Поряд з обов'язковим соціальним медичним страхуванням у Франції існує добровільне страхування. Все більше французьких роботодавців включають цей вид медичного страхування в соціальний пакет. Присутність добровільного страхування в соціальному пакеті компанії значно підвищує її статус. Для працівників компанії добровільне медичне страхування — це вирішення всіх проблем з грошовими виплатами за медичне обслуговування. За наявності приватної страховки працівник не сплачує за медичне обслуговування: частина витрат (75 %) покривається за рахунок соціального страхування, друга частина (25 %) — за рахунок добровільного страхування. Добровільне медичне страхування пропонує додаткові медичні послуги: пластикові лінзи; витрати на придбання дорогих окулярів, масаж, косметологічні послуги тощо.

Основна проблема організації охорони здоров'я Франції — це великі темпи зростання видатків на галузь. Вони зростають швидше, ніж загальний добробут у країні.

Великобританія. Великобританія надає безкоштовне медичне обслуговування всім, хто має право на проживання в країні, незалежно від рівня доходів та громадянства. Система охорони здоров'я ґрунтується на концепції NPSM (New Public Sector Management), основним принципом якої є впровадження спільних засад управління

державним та приватним секторами охорони здоров'я. Основні положення організації галузі охорони здоров'я на засадах NPSM представлені на рис. 4.1.

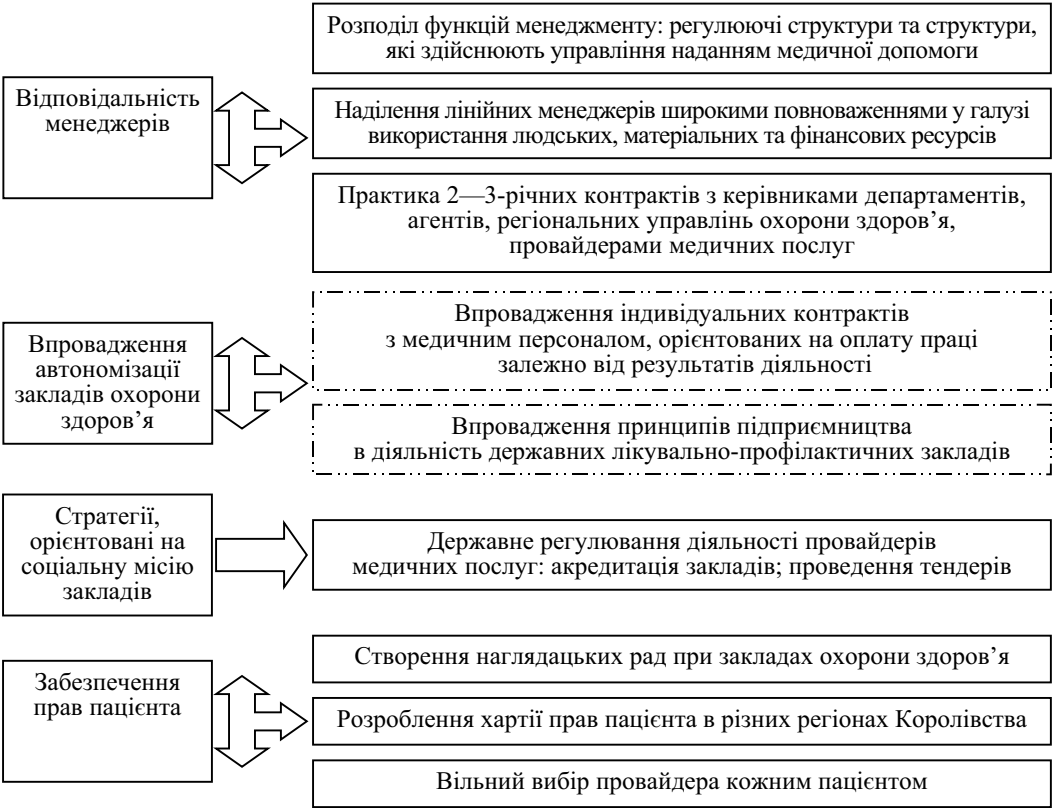


Рис. 4.1. Складові системи NPSM

Концептуальною засадою стала зміна організаційної структури та фінансових потоків: максимально використані переваги існування в країні ринку медичних послуг із збереженням контролю держави за якістю надання медичної допомоги. Основним механізмом було вибрано розподіл функцій фінансування медичних закладів та безпосереднього надання медичної допомоги. Такий підхід привів до виникнення внутрішніх «квазіринків», що привнесло в систему державно організованої системи охорони здоров'я стимули, які забезпечують конкуренцію з приватним сектором. Державні та приватні медичні заклади конкурують між собою за одержання державних фінансових ресурсів.

У Великобританії існує специфічний механізм надання медичної допомоги, в основу якого покладено державний принцип організації охорони здоров'я. Кожний громадянин приписаний до відповідного медичного центру за місцем проживання. При виникненні негараздів із здоров'ям пацієнт має записатись на прийом до закріпленого лікаря. Тривалість очікувань становить від кількох днів до тижня. В разі необхідності термінової консультації пацієнт очікує, коли в лікаря звільниться час для незапланованого прийому. Терапевт установлює первинний діагноз, направляє пацієнтів на діагностичні обстеження та на консультації до вузьких спеціалістів.

Британська національна система охорони здоров'я надає суттєві пільги на придбання лікарських засобів. Деяким категоріям громадян вони надаються безкоштовно: дітям та підліткам у віці до 16 років; студентам до 18 років; особам похилого віку, яким виповнилося 80 років. Для пенсіонерів діє система знижок на фармацевтичні препарати, яка визначається розміром пенсії та рівнем добробуту. Інше населення купує лікарські засоби за єдину ціну, яка встановлюється державою і становить близько \$10.

Деякі регіони Королівства впроваджують свої моделі організації охорони здоров'я. Обнадійливими є результати впровадження експериментальної моделі організації медичної допомоги в Оксфорді (графство Норфолк). Модель ґрунтується на командному принципі. Медичну допомогу надає спеціалізована команда фахівців, починаючи з діагностики конкретного клінічного випадку, протягом усього лікування та реабілітації.

Модель отримала назву «три перемоги», тобто у вигравші мають опинитися провайдери медичної допомоги, пацієнти та сам Оксфорд. Командний підхід забезпечує вищий рівень координації та кооперації провайдерів. Крім того, вони повністю задіяні в усьому лікувальному процесі, за що отримують грошову винагороду. Пацієнти та їх представники мають вибір, до якої команди звернутися. Вибір пацієнта ґрунтується на об'єктивних даних щодо показників роботи команд, які занесені в спеціальні комп'ютерні файли і є загальнодоступними. Оксфорд зацікавлений у такій моделі надання медичної допомоги, оскільки економить значні кошти за рахунок більшої ефективності. Провайдерів медичної допомоги приваблює в командній моделі повернення до контрольованого прийняття рішень та ціноутворення. Вони отримують більше самостійності, що потребує більшої відповідальності. Передбачається, що спеціалісти команди й лікарі первинної медико-санітарної допомоги мають працювати разом, для того щоб підібрати найадекватнішу для кожного пацієнта схему лікування. Конкуренція між командами може привести до значних негативних коливань якості надання медичної допомоги та її вартості. Тому обов'язковим елементом при провадженні моделі розробники вважають об'єктивність, доступність інформації щодо професійних якостей кожного члена команди.

Канада. У країні надання медичної допомоги організовано за принципами системи Беверіджа, за якою держава забезпечує безкоштовну, загальнодоступну і кваліфіковану медичну допомогу своїм громадянам. Система охорони здоров'я має профілактичну спрямованість. Водночас медична допомога не є безкоштовною, в повному розумінні слова пацієнти сплачують її вартість через податки. Крім цього, в країні існує мережа лікарів, які практикують приватно.

Система охорони здоров'я Канади має обґрунтовану законодавчу базу. Її формування відбувалося в кілька етапів.

На першому етапі (початок 40-х років ХХ ст.) законодавчо закріплено надання цільових субсидій для спеціальних програм охорони здоров'я та для будівництва лікарняних закладів. Така нормативно-правова база сприяла розвитку мережі лікарняних закладів у країні.

На другому етапі (1957 р.) було прийнято закон про медичне страхування, який закріпив федерально-провінційний розподіл фінансових ресурсів на медичну допомогу. При цьому якісні показники надання медичної допомоги визначалися національними вимогами.

На третьому етапі (1968—1979 рр.) було прийнято законодавчі документи, які формували канадську систему медичного страхування Медікер та встановлювали

розподіл коштів на лікарняну та позалікарняну медичну допомогу. В 1984 р. в Канаді було прийнято закон про охорону здоров'я, який закріпив основні принципи Медікєру:

- забезпечення сучасного рівня медичної допомоги в лікарнях;
- забезпечення медичною допомогою всіх громадян та тих, хто має право на проживання в країні незалежно від їх фінансового стану;
- державне управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування;
- проведення взаєморозрахунків за медичні послуги, отриманих у лікарнях Канади.

Швеція. Державна політика Швеції в галузі охорони здоров'я спрямована на забезпечення рівних можливостей в отриманні медичної допомоги та створенні здорового способу життя для всіх членів суспільства. В 1983 р. у Швеції було прийнято закон про охорону здоров'я, згідно з яким кожний громадянин має рівні права на медичну допомогу, відновлення здоров'я та профілактику захворювань. Страхова система на випадок захворювання охоплює майже все населення країни.

Політика держави в галузі охорони здоров'я надала можливість провести низку структурну реорганізацію в галузі:

- розвитку первинної медико-санітарної допомоги;
- зростання терапевтичних ліжок, завдяки чому збільшився термін перебування хворого в стаціонарі;
- наближення медичної допомоги до місця проживання пацієнта, що реалізується, шляхом:

- розширення мережі районних лікарень;
- розвитку мережі будинків медсестринського нагляду;
- інтенсифікації процесу діагностики та лікування.

Державна політика в галузі охорони здоров'я передбачає жорсткий адміністративний контроль із боку державних структур над процесом надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Цей принцип має негативні наслідки:

- ◆ тенденція до вирівнювання доходів лікарів, що зменшує мотивування праці;
- ◆ бюрократизація;
- ◆ зниження ефективності надання медичної допомоги.

Проте недоліки в системі організації медичної допомоги у Швеції мають бути нівельованими загальною державною стратегією галузі, яка реалізується за такими засадами:

- активне залучення населення до зміцнення свого здоров'я;
- пріоритет груп ризику в отриманні медичної допомоги;
- розробка довгострокової політики покращення здоров'я нації;
- пріоритет охорони здоров'я при розподілі державних фінансових ресурсів.

США. Система охорони здоров'я в країні організована за ринковою моделлю. Витрати на охорону здоров'я становлять 15 % ВВП. Більше в США витрачається тільки на харчування та житло. Основний обсяг медичної допомоги забезпечується через систему приватного медичного страхування.

У США немає загальнодержавної програми надання медичної допомоги працюючому населенню. Близько 40 % видатків із бюджету на охорону здоров'я витрачається на фінансування двох основних програм — Медікєр та Медікейд.

Програма Медікер. Згідно з цією програмою, державна медична допомога надається особам, які досягли 65-річного віку або мають серйозні вади здоров'я. Програма Медікер складається з 2-х частин.

Перша частина програми складається з:

- лікарняного страхування, яке покриває оплату медичних послуг:
 - стаціонарного лікування;
 - у критичному стані;
 - сертифікованої сестринської допомоги;
 - у стаціонарах вдома;
 - у хоспісах;
- медичного страхування, яке покриває оплату послуг:
 - лікарів амбулаторної допомоги;
 - видів медичної допомоги, які не входять у програму лікарняного страхування.

Послуги програми Медікер за видами медичної допомоги, які входять до першої частини, надаються безкоштовно таким категоріям пацієнтів:

- ◆ які досягли 65-річного віку та пропрацювали не менше ніж 10 років (до цієї категорії також відносяться їх дружини або чоловіки);
- ◆ інвалідам;
- ◆ хворим, які мають хронічну ниркову недостатність.

Медичне страхування за другою частиною є добровільним і передбачає оплату страхового внеску розміром \$50.

Програма Медікер частково фінансується за рахунок податків, які стягуються з усіх працюючих: із найманих працівників і з роботодавців. Цей податок становить майже 15 % доходу зайнятих американців. Крім цього, програма Медікер фінансується із загальних надходжень із податків на прибуток.

Програма Медікейд фінансується з загальних надходжень із податку на прибуток та передбачає:

- надання медичної допомоги малозабезпеченим проверсткам населення, переважно жінкам та дітям із бідних родин;
- перебування в притулках для осіб похилого віку пацієнтів, які потребують постійної опіки.

Програма Медікейд фінансується навпіл федеральним урядом та місцевою владою кожного штату.

У США медичне страхування добровільне, яке більшою частиною якого сплачується за рахунок роботодавців. Існує кілька видів медичного страхування:

1. **Компенсаційне страхування.** Роботодавець сплачує страховій компанії страхову премію за кожного працівника, забезпеченого відповідним полісом. Страхова компанія сплачує чеки, які надсилає багатопрофільна лікарня, інший лікувально-профілактичний заклад або лікар. Так сплачуються медичні послуги, які становлять страховий план. Як правило, страхова компанія покриває 80 % видатків за лікування, іншу частину плати за медичні послуги сплачує сам пацієнт.

2. **Страхування керованих послуг.** Страхова компанія укладає угоди з лікарями, іншими медичними працівниками, лікувальними закладами на надання всіх видів медичних послуг, передбачених цим видом медичного страхування. Медичні заклади отримують фіксовану суму, яка попередньо сплачується за кожного застрахованого. До цього виду страхування більше відноситься амбулаторне лікування.

Якщо в першому виді медичного страхування сплачуються фактично надані медичні послуги, то в другому медичний заклад отримує фіксовану суму за ко-

жного пацієнта незалежно від об'єму та вартості наданих послуг. Таким чином, якщо при компенсаційному страхуванні медичні працівники зацікавлені в наданні пацієнтам різних медичних послуг, то при страхуванні керованих послуг вони утримуються від призначення додаткових діагностичних або лікувальних процедур.

У США існує налагоджена система взаємовідносин пацієнт — страхова компанія — лікар. Взаємовідносини між учасниками процесу поділяються на такі типи:

- відносини — пацієнт — страхова компанія;
- відносини — пацієнт — лікар;
- відносини страхова компанія — лікар.

Перший тип відносин, *пацієнт — страхова компанія* встановлюється угодою про медичне страхування з гарантією сплати страховою компанією витрат за надану пацієнтові медичну допомогу.

Другий тип відносин, *пацієнт — лікар*, за якого обмовляються умови надання медичної допомоги на випадок настання страхового випадку: гостре захворювання; загострення хронічної хвороби; нещасний випадок. У кожному страховому випадку лікар діє за схемою, яка узгоджена зі страховою компанією. Протоколи діагностики та лікування включають ті призначення, які в кожному конкретному випадку найбільш необхідні, ефективні та дієві. Існує перелік лікарських засобів, які має призначати лікар при відповідному захворюванні. Призначення неефективного фармацевтичного препарату може привести до судового розгляду. Взаємовідносини страхової компанії та лікаря у США впливають на всю систему надання медичної допомоги. Наприклад, американські лікарі намагаються не призначати великої кількості фармацевтичних препаратів, у сумісності яких вони не впевнені.

Кожний лікарський засіб має певний кредит довіри, якщо фармацевтичний препарат не викликає необхідної позитивної динаміки в перетині хвороби, страхові компанії рекомендують хірургічне втручання. Тому США займають провідне місце в світі за кількістю оперативних втручань. Наприклад, страхові компанії вважають, що вартість операції на серці висока, проте вона менша, ніж вартість лікарських препаратів, які мав би приймати пацієнт тривалий час.

Третій тип відносин, *страхова компанія — лікар*, включає: виплати за надану медичну допомогу; контроль якості наданої медичної допомоги; відповідність призначень лікаря протоколам діагностики та лікування, які було прийнято та узгоджено з медичними експертами страхової компанії.

У США широко проводиться політика збереження здоров'я, яка впроваджується через систему приватних страхових компаній і організацій підтримки здоров'я. Страхові компанії зацікавлені у стримуванні витрат на надання медичної допомоги пацієнтам, тому започатковують програми поліпшення здоров'я населення шляхом надання знань про здоровий спосіб життя. З клієнтами страхових компаній проводяться заняття з визначення кров'яного тиску, цукру в сечі, тощо. Започатковано програми проти паління, програми фізичної культури, контролю маси тіла та правильного харчування. Організації підтримки здоров'я надають медичну допомогу членам сімей, які працюють за фіксовану плату.

Негативними рисами системи організації охорони здоров'я у США є її висока видатність й недостатня соціальна спрямованість. Наприклад, за даними ВООЗ, США за витратами на медичну допомогу на душу населення посідає перше (\$3724 на рік), а за якістю надання медичної допомоги — тільки 37-е місце в світі. Близько 40 млн жителів країни не мають медичної страховки.

Німеччина. В країні історично склалася система медичного страхування, яка справляється зі своїми завданнями автономно й незалежно від державного бюджету. В системі медичного страхування величина внесків відповідає ступеню платоспроможності застрахованих. Медичні послуги надаються відповідно до стану здоров'я пацієнта і не залежать від величини його особистих внесків. Ця методика забезпечує солідарне вирівнювання, при якому здорові несуть витрати за хворих, молоді — за осіб похилого віку, забезпечені — за малозабезпечених.

У Німеччині поряд з обов'язковим медичним страхуванням існує добровільне страхування. Кожний громадянин має бути членом тієї чи іншої лікарняної каси. У країні існують лікарняні каси двох видів:

- загальна лікарняна каса міста або регіону, якою користуються робітники, службовці, студенти, безробітні та пенсіонери, заробітна плата або пенсія яких не менша мінімуму, який періодично переглядається;

- лікарняні фахові каси (*ерзац-каси*) — для працівників різних галузей народного господарства. Наприклад, морська лікарняна каса об'єднує працівників морського транспорту, федеративна гірничка каса — працюючих у гірничодобувної промисловості.

Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 90 % населення республіки. Страхові внески становлять близько 13,5 % від заробітної плати. Одну половину внеску сплачує працівник, а другу — роботодавець. Порівняно невеликий відсоток забезпечених громадян користується приватним медичним страхуванням, із них 10 % отримують медичну допомогу безпосередньо через систему приватного добровільного страхування, 3 % поєднують послуги обов'язкового соціального та приватного страхування здоров'я.

Обов'язкове та добровільне медичне страхування в Німеччині регулюється збірником соціальних законів.

Об'єктом ринку медичних послуг є лікарняні каси. В країні існує кілька видів лікарняних кас:

- ◆ місцеві — переважно для непрацюючих та членів сімей застрахованих осіб;
- ◆ розташовані за місцем проживання;
- ◆ виробничі — за місцем роботи;
- ◆ ерзац-каси — для службовців;
- ◆ за відомствами: морські, гірняцькі, сільськогосподарські тощо.

Контроль та управління за діяльністю лікарняних кас здійснює урядове агентство. Щороку лікарняна каса укладає угоду з надавачем медичних послуг:

- лікувально-профілактичним закладом;
- об'єднанням касових лікарів;
- лікарем-спеціалістом.

Подавець медичних послуг один раз на квартал виставляє рахунок лікарняній касі за всі види лікувальних та діагностичних послуг. Окремий розрахунок проводиться за кожного пацієнта та за кожену послугу, яка надавалася. Суворо обумовлюється перелік медичних послуг та їхня кількість, що можуть надаватись пацієнтові безкоштовно. Пацієнт сплачує всі додаткові послуги та поліпшений медичний сервіс.

Кожний лікар, який працює в системі обов'язкового медичного страхування, є членом об'єднання лікарів. Кошти поступають з лікарняних кас в об'єднання лікарів. Визначення розміру оплати праці спеціаліста об'єднання лікарів має певні особливості.

Одиницею для фінансових розрахунків слугує «очко». Кількість очків відображає складність послуги. Сума очків для кожної медичної послуги стабільна й відо-

ма всім учасникам медичного обслуговування та медичного страхування. Список вартості медичних послуг в «очках» публікується в спеціальних довідниках. Ціна «очка» в євро переглядається щорічно, відповідно до зміни рівня цін або при зміні технології, методів діагностики та лікування. Така система дозволяє оперативно, без великих обсягів роботи змінювати ціни, реагувати на відповідні економічні умови, наприклад, інфляцію.

Кожній консультації, лікарській маніпуляції відповідає певна кількість «очків». Визначається кількість «очків» на кожного пацієнта. Робота з пацієнтом понад обумовлену кількість «очків» оплаті не підлягає.

Подібний принцип поширюється і на придбання лікарських засобів. Сума на лікарські засоби, що призначаються лікарями, фіксована. Якщо лікар приписав більше фармацевтичних препаратів, ніж визначено протоколом лікарняної каси, то 5 % їх вартості розподіляється між лікарями як штраф за перевитрату коштів. Таким чином, з одного боку, пацієнт має шанс не пройти необхідне обстеження або не отримати достатнього лікування, перелік медичних послуг зводиться лікарями до мінімуму. З іншого боку, можливість матеріального покарання дисциплінує лікарів та вберігає лікарняні каси від надмірних витрат.

Медичне страхування в Німеччині ґрунтується на двох основних принципах: солідарності та субсидіарності.

Принцип солідарності. Лікарняні каси обов'язкового медичного страхування є товариствами соціальної солідарності: сплачують страхування всі, отримують медичну допомогу тільки ті, хто захворів. Оскільки лікарняні каси зацікавлені в тому, щоб застраховані громадяни хворіли менше, то вони використовують різні засоби мотивації здорового способу життя. Для тих, хто не хворів протягом року, надаються безкоштовні туристичні путівки, проводиться додаткова оплата протезування зубів тощо.

Принцип субсидіарності обумовлює власну відповідальність застрахованих громадян за стан їхнього здоров'я, а в організації роботи лікарняних кас беруть участь платники страхових внесків.

При добровільному медичному страхуванні укладається контракт із кожним клієнтом, у якому обумовлюються умови лікування на випадок хвороби: лікарня; категорія палати; хто з лікарів буде лікувати; чи буде проводитись у випадку травм кошметична операція тощо. Сума страховки для кожного клієнта різна і залежить від переліку медичних послуг та рівня медичного сервісу.

Фінансування системи охорони здоров'я Німеччини відбувається за рахунок таких складових:

- внесків у фонди медичного страхування;
- державних коштів, які складаються з бюджетів різних рівнів;
- коштів приватного добровільного медичного страхування;
- коштів громадян.

Провайдер медичної допомоги самостійно приймає рішення щодо витрат та прибутків установи і володіє необхідною компетенцією щодо збору внесків. Наділений такими повноваженнями, він не залежить від державних дотацій та стану бюджетів.

Мінімальний гарантований обсяг медичної допомоги на випадок хвороби обумовлюється державою. Медичний поліс має включати амбулаторне та стаціонарне лікування, надання лікарських, лікувальних, допоміжних засобів, перелік стоматологічних послуг та реабілітацію на випадок тяжких захворювань або інвалідності.

Система охорони здоров'я в Німеччині має певні проблеми:

- великий адміністративний апарат, наявність якого зумовлена системою складних розрахунків із лікувально-профілактичними закладами;
- стрімке старіння населення збільшує пропорційну кількість населення, яке потребує медичної допомоги, а кількість громадян, які її сплачують, зменшується, тому принцип солідарності, який було впроваджено ще за часів правління Бісмарка, переживає не кращі часи;
- збереження недоліків ринкової моделі організації охорони здоров'я: зростання обсягів непотрібних медичних послуг; великі витрати на судово-правове регулювання взаємовідносин суб'єктів ринку медичних послуг;
- необмежена видача дозволів на приватну медичну практику;
- утримання занадто великих лікарень.

Італія. Згідно з аналізом ВООЗ, Італія посідає друге місце за якістю надання медичної допомоги населенню країни. Державна медицина доступна для всіх громадян. Фінансування системи охорони здоров'я проводиться за рахунок державного бюджету та внесків роботодавців і працюючого населення.

Систему охорони здоров'я Італії умовно поділяють на три рівні:

- національний, до якого відноситься Міністерство охорони здоров'я;
- регіональний;
- місцевий.

Вони виконують різні функції. Міністерство охорони здоров'я сплачує вартість медичних послуг. Регіональні та місцеві структури здійснюють управління переважно за рахунок контролюючої функції. Проте відмітною рисою системи охорони здоров'я Італії є децентралізованість.

Система надання медичної допомоги населенню організована в Італії так. Кожний громадянин країни має бути зареєстрований у лікаря загальної практики (General practitioner), діти до 6 років реєструються в педіатра. Пацієнти мають право на вільний вибір лікуючого лікаря. За існуючою схемою надання медичної допомоги після первинного догляду лікар направляє пацієнта на обстеження або стаціонарне лікування. Екстрена медична допомога надається терміново, а планова може бути відкладена на кілька тижнів. Італійські лікарі державних медичних закладів часто практикують приватно або надають допомогу в приватних лікарнях.

Державне медичне обслуговування передбачає безкоштовне забезпечення рецептурними лікарськими засобами. Проте встановлюється плата за виписування рецепта (prescription charges), яку має сплатити пацієнт. Безкоштовно рецепти виписуються для осіб похилого віку, інвалідів та малозабезпечених громадян. Ціни на лікарські засоби та розмір максимальних торгових надбавок контролює Міжнародний комітет цін.

Крім державної медичної допомоги, в Італії функціонує мережа приватних лікувальних закладів. Вони надають широкий спектр медичних послуг для громадян із високими доходами. Також в Італії існують медичні страхові фонди, які надають добровільне медичне страхування.

Швейцарія. Організація охорони здоров'я в країні побудована на принципі обов'язковості медичного страхування для кожного громадянина. Лікарняні каси надають обидва види страхування: обов'язкове та добровільне. Тобто пацієнт не має потреби шукати інші лікарняні каси для додаткових медичних послуг.

Друга відмітна риса системи медичного обслуговування в Швейцарії — особистий внесок пацієнта в лікарняну касу. Як і в інших європейських країнах, застрахований пацієнт сплачує тільки 10 % від загальної суми лікування. Лікарняну касу пацієнт обирає за власним уподобанням. Його внески не залежать від прибутку, проте можуть відрізнятись в різних лікарняних касах. Останніми роками громадяни Швейцарії стали надавати перевагу бонусній страховці, в якій розмір внеску зменшується за умови нечастого звертання за медичною допомогою.

Лікарняні каси працюють виключно з лікарями та медичними закладами, які включені в перелік договірних закладів та спеціалістів. Можливість працювати із застрахованими пацієнтами надається кращим лікарням, що гарантує високу якість медичного обслуговування.

Крім названих медичних закладів, у системі медичного обслуговування Швейцарії існує затверджений перелік лікарських засобів, призначення яких пацієнтові сплачується через систему медичного страхування.

Обов'язкове медичне страхування в Швейцарії включає профілактичні заходи: вакцинації проти грипу, щорічний профілактичний огляд.

Куба. За аналізом ВООЗ, Куба посідає 37-е місце за рівнем розвитку системи медичного обслуговування в країні. Для порівняння: 35-е місце займають США. Показники смертності немовлят, дітей дошкільного віку, середня тривалість життя на Кубі аналогічна показникам у високорозвинутих країнах.

Медичне обслуговування на Кубі впроваджено на базі Національної безкоштовної системи охорони здоров'я. В країні налагоджено мережу сімейних лікарів, які надають первинну медичну допомогу, проводять амбулаторний прийом, навідують своїх пацієнтів у лікарнях. Сімейний лікар вирішує питання щодо госпіталізації пацієнта. Сімейні лікарі працюють за територіальним принципом, а також на великих підприємствах, у школах, будинках для осіб похилого віку.

Лікувально-профілактичні заклади добре обладнані. Перебування в стаціонарі, проходження всіх призначених діагностичних та лікувальних процедур безкоштовне. На відміну від Великобританії, лікарні на Кубі не переповнені, ніхто з пацієнтів не чекає черги на госпіталізацію або на прийом до лікаря.

Японія. Система організації та фінансування охорони здоров'я Японії являє великий інтерес у зв'язку з тим, що в порівняно короткий термін країна досягла найвищих показників здоров'я населення. Медичне страхування проводилося в країні в декілька етапів: у 1922 р. — про обов'язкове страхування службовців, в 1938 р. — про національне страхування здоров'я, в 1939 р. — про страхування моряків, в 1953 р. — про страхування поденних робочих. У 1961 р. було введено страхування здоров'я в загальнонаціональному масштабі. На даний час у Японії склалася суспільна система охорони здоров'я, що включає суспільну гігієну, соціальне забезпечення, медичне страхування, медичне обслуговування деяких груп населення за рахунок засобів держави

Медичні послуги в Японії надаються за двома системами. Національна система страхування працює за територіальним принципом і гарантує надання медичної допомоги власникам дрібних підприємств та членам їхніх родин. Розмір страхового внеску невеликий і залежить від прибутку та складу родини. Держава фінансує половину страхової суми. Страхування здійснюють місцеві органи влади.

У Японії існує бальна система оплати медичних послуг, за якою кожна консультація, обстеження, оперативне втручання оцінюються в балах. Розцінки єдині по всій країні.

Витрати на охорону здоров'я в Японії становлять усього близько 6,6 % ВВП. Кожна медична установа є самостійною організацією. 80 % лікарень належить приватно практикуючим лікарям. В даний час медичне обслуговування Японії фінансується в основному за рахунок фондів страхування здоров'я. Переважна більшість населення Японії потрапляють під дію двох основних систем медичного страхування:

- національної системи страхування здоров'я, побудованої за територіальним принципом;
- системи страхування осіб найманої праці, побудованої за виробничим принципом.

Національна система страхування здоров'я охоплює в основному дрібних власників і членів їх сімей, інвалідів та інших непрацюючих осіб (усього майже 45 млн чоловік). Страховий внесок з них стягується місцевими органами самоврядування або Асоціацією національного страхування здоров'я. Цей внесок залежить від місця проживання, доходу, нерухомого майна, розміру сім'ї. Допомога надається у вигляді грошових виплат і пільгової медичної допомоги. Максимальний розмір пільг може скласти до 90 % вартості лікування (10 % платять самі пацієнти). Пільги для утриманців не перевищують 70 % вартості медичного обслуговування. Перебування в лікарні як самих застрахованих, так і їхніх утриманців страхові органи оплачують на 70 %, решту суми пацієнт сплачує готівкою при отриманні медичних послуг. При дуже високій вартості лікування пацієнтові відшкодовуються витрати понад установленого максимуму. Повністю за рахунок пацієнта сплачуються ліки, постійний догляд приватної медичної сестри, перебування в окремій палаті. Оплата медичної допомоги проводиться по рахунках медичних установ, які щомісячно надаються по лінії соціального страхування. Заздалегідь ці рахунки перевіряють консультанти-медики для встановлення раціональності наданих медичних послуг. Розрахунок проводиться за тарифами на медичні послуги і ліки, затвердженими Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення.

У системі національного страхування здоров'я діє програма страхування осіб, що вийшли у відставку після досягнення пенсійного віку, і членів їхніх сімей та програма страхування осіб літнього віку. Згідно із законом про добробут, особи, старші за 60 років, мають право на щорічний огляд. Безкоштовною є консультативна лікарняна й сестринська допомога особам літнього віку вдома, медична допомога особам старше 70 років.

Система страхування осіб найманої праці охоплює найнятих робітників і їх утриманців. Ця система охоплює найбільшу частину населення в Японії (понад 61 млн осіб). У рамках системи страхування осіб найманої праці діють різні програми. Державна програма страхування здоров'я поширюється на працівників середніх і дрібних підприємств (страховиком є сама держава). У програмі охорони суспільного здоров'я страховиком виступає страхове товариство, створене адміністрацією і працівниками одного підприємства або декількох підприємств однієї галузі.

Близькими до системи страхування осіб найманої праці є програми страхування здоров'я моряків, поденних робітників, окремих категорій робітників і службовців, програми асоціацій взаємодопомоги державних установ, працівників органів місцевого самоврядування, суспільних корпорацій, учителів і приватних навчальних закладів.

У системі страхування осіб найманої праці фонди утворюються за рахунок внесків застрахованих, відрахувань держави і підприємств. Розмір внеску залежить від заробітку, але не може перевищувати встановленої межі. Найбільший внесок (8,4 % заробітку) встановлений для програми державного страхування здоров'я, при цьо-

му половину його вносить сам застрахований, половину — держава. Аналогічно, але в розмірі 8,2 % заробітку, стягується внесок при страхуванні моряків. З подених робітників внески стягуються в твердому розмірі (а не у відсотках від заробітку).

Крім системи медичного страхування, в Японії існують суспільні фонди, за рахунок яких на підставі законів здійснюється: профілактика туберкульозу, психічних, і інфекційних, венеричних, спадкових захворювань, прокази, компенсація збитку, заподіяного здоров'ю забрудненням навколишнього середовища.

Фінляндія. Система охорони здоров'я Фінляндії формувалася протягом багатьох років. Її відмітні риси — фінансування за рахунок податків, надання переважної більшості медичних послуг державними закладами й установами муніципального управління.

У структурі управління охороною здоров'я виділяють два основні рівні — центральний (уряд) і місцевий (муніципалітети). Крім того, в керівництві охороною здоров'я беруть участь лянни (губернії) — адміністративні одиниці країни, а в керівництві лікарнями — лікарняні округи (об'єднання муніципалітетів). Важливе завдання лікарняних округів — забезпечити загальнодоступність, якість і рентабельність медичного обслуговування.

Міністерство соціального забезпечення і охорони здоров'я видає основні закони у сфері охорони здоров'я і соціального забезпечення і стежить за їх виконання. Рада із захисту прав людини, що діє при міністерстві, гарантує якість і загальнодоступність медичного обслуговування в муніципальних медичних установах. Крім того, при міністерстві існують:

- Науково-дослідний центр з питань охорони здоров'я і соціального забезпечення.
- Відділ судової медицини.
- Управління по лікарських засобах.

У Фінляндії проведено реформу системи державних субсидій, тому охорона здоров'я стала менш централізованою. Місцеві власті отримали більше самостійності, а центральне управління зосередилося на розвитку інформаційних мереж, розробці законодавчої бази та експериментальних програм. В той же час держава залишила за собою право регламентувати ряд важливих питань, наприклад визначення максимального рівня цін на медичні послуги. В результаті організація медичного обслуговування і його тактика в різних муніципалітетах істотно розрізняються, так само як і витрати на охорону здоров'я з розрахунку на душу населення.

У країні існують 20 лікарняних округів (об'єднань муніципалітетів), відповідальних за спеціалізоване медичне обслуговування на своїй території. Кожен муніципалітет відноситься до певного лікарняного округу.

До обов'язків муніципалітетів (їх 448) входять зміцнення здоров'я населення, профілактика і лікування захворювань, реабілітація і стоматологічна допомога. Плануванням і організацією місцевої охорони здоров'я займаються муніципальний комітет охорони здоров'я (іноді він об'єднаний з комітетом із соціального забезпечення), муніципальна рада і виконавчий комітет. Всі вони звітують безпосередньо перед населенням.

Щорічно муніципалітети кожного лікарняного округу обговорюють організацію стаціонарної медичної допомоги на території свого округу. Лікарняний округ встановлює ціни на медичні послуги і не є покупцем цих послуг. Таким чином, постачальники і покупці медичних послуг поки не розділені. У середині лікарняного

округу існує механізм вирівнювання витрат, згідно з яким витрати на дороге лікування розподіляються між усіма муніципалітетами, що входять до складу округу.

Прийнятий у 1979 р. закон про охорону праці зобов'язав працедавців забезпечувати профілактику професійних захворювань і виробничих травм. Працедавці можуть організувати власний медичний центр або оплачувати послуги приватних і муніципальних медичних установ.

Медична допомога надається всім постійним жителям Фінляндії і фінансується переважно за рахунок податків (як загальнодержавних, так і місцевих). У 2002 р. частка муніципалітетів у фінансуванні охорони здоров'я становила 43 %, частка державних субсидій — 18, частка державної системи медичного страхування — 15, частка приватних джерел (головним чином це населення) — 24 %.

Політика охорони здоров'я Фінляндії спрямована на скорочення передчасної смертності, продовження активного і здорового життя людей, забезпечення кращої якості життя для всіх і усунення відмінностей у стані здоров'я різних верств населення. На додаток до широкомасштабної профілактичної діяльності в галузі охорони здоров'я особлива увага приділяється ефективності і доступності медичного обслуговування для всього населення країни.

Пропаганда здорового способу життя є одним з пріоритетів охорони здоров'я Фінляндії. Як державні органи, так і неурядові організації активно проводять просвітницьку діяльність з охорони здоров'я, яка фінансується головним чином із коштів муніципального бюджету. Крім того, уряд щорічно виділяє асигнування на потреби пропаганди здоров'я і санітарної освіти.

Відповідно до програми вакцинації населенню безоплатно надають вакцини в дитячих установах, шкільних медпунктах і центрах здоров'я. У програму імунізації входять вакцини від туберкульозу, дифтерії, правця, кашлюку, поліомієліту, епідемічного паротиту, кору, краснухи. Людям старших за 65 років і групам ризику за медичними показаннями проводять щорічну вакцинацію від збудників гострих респіраторних захворювань. Обмеженим групам ризику проводять вакцинацію від гепатиту.

Державна система медичного обслуговування доповнюється приватними послугами, обсяг яких щорічно зростає.

У Фінляндії діють закони, що визначають права пацієнта. Закон про статус і права пацієнтів розповсюджується на всі види медичних послуг, що надаються установами соціального забезпечення.

Відповідно до цього закону:

- лікування не може проводитися без згоди пацієнта;
- форми лікування повинні узгоджуватись з пацієнтом;
- за індивідуальною вимогою пацієнти можуть отримати інформацію про стан свого здоров'я, об'єм передбачуваного курсу лікування, чинники ризику і можливі альтернативні форми лікування;
- пацієнти мають право на перегляд і виправлення даних, записаних у їхні історії хвороби;
- пацієнтам, що очікують на курс лікування, повинні бути повідомлені причина очікування і його термін;
- пацієнти, не задоволені курсом лікування, мають право подати скаргу у відповідну інстанцію;
- установи медичного обслуговування повинні мати уповноваженого (з прав людини) для роботи з клієнтами, в обов'язки якого входить інформування пацієнтів про їх права і надання їм допомоги при подачі скарги або петиції, а також подачі клопотання на відшкодування збитків;

- повинна братися до уваги точка зору неповнолітніх пацієнтів при досягненні ними віку, коли вони в змозі висловлювати свою думку;

- батьки дитини або його опікуни не мають права на відмову від лікування, якщо воно запобігає ризику для здоров'я або врятовує життя неповнолітньої особи.

Профілактичне медичне обслуговування, в т. ч. жіночі і дитячі консультації, безкоштовні для пацієнтів. Крім того, амбулаторне обслуговування в центрах здоров'я, наприклад послуги терапевта або стоматолога, безкоштовні для дітей у віці до 18 років, але за їх лікування в стаціонарі може стягуватися плата за перші 7 днів.

У Фінляндії продаж ліків дозволений тільки в аптеках. Це поширюється як на ліки, що виготовляються за рецептами, так і роздрібний продаж. У Фінляндії налічується 800 аптек.

Витрати на медичне обслуговування у сфері охорони здоров'я постійно зростають. Зростання витрат вдалося дещо стримати прийнятим у 2003 р. законом про адекватну заміну ліків. Адекватна заміна ліків означає, що аптека повинна запропонувати клієнтові максимально дешевий або середній за вартістю аналогічний засіб, що містить у тих самих кількостях ту саму речовину, що і в рецепті, який випирав лікар. Клієнт вирішує сам, чи хоче він замінити свої ліки дешевшим аналогом.

Останніми роками в різних районах країни розробляють місцеві програми, мета яких — розділити постачальників і покупців медичних послуг, а також експериментальні проекти із створення інтегрованої системи первинної і спеціалізованої медичної допомоги шляхом об'єднання медичних установ в одну організацію за допомогою інформаційних технологій.

Бельгія. У Бельгії медичне страхування громадян здійснюється в рамках системи соціального забезпечення, що має 5 видів діяльності. До програми медичного страхування входить страхування через хворобу й інвалідність. Управління й контроль за системою страхування через хворобу й інвалідність здійснюється централізовано Національним інститутом хвороб й інвалідності (NIXI). Очолює NIXI Генеральна рада, членами якої є представники організацій роботодавців, робітників та службовців, страхових компаній, медичних установ, а також лікарі, фармацевти, середній медичний персонал. NIXI складається з 4 спеціалізованих відділів, у т.ч. медичного страхування, до складу якого входять:

- медико-технічна рада, що встановлює номенклатуру послуг, які підлягають страховому відшкодуванню, а також розраховує та встановлює відносну вартість медичних послуг і допомоги, контролює якість надання медичних послуг;

- департамент адміністративного управління страховими організаціями.

У Бельгії функціонує 5 страхових компаній і одна громадська організація (допоміжна страхова каса), що забезпечують, відповідно до закону, всю роботу з обов'язкового страхування. Вони різні за розмірами та й забезпечують надання медичної допомоги різній кількості населення:

- ◆ християнська страхова компанія охоплює 45,3 % населення;
- ◆ соціалістична страхова компанія надає послуги 27 %, населення країни;
- ◆ професійна страхова компанія — 15,8 % населення;
- ◆ незалежна страхова компанія — 4,5 % населення;
- ◆ ліберальна страхова компанія — 6,6 % населення;
- ◆ допоміжна каса — 0,7 % населення країни.

Законом визначені компетенції й права страхових компаній, система їхньої організації й функціонування. Компанії не мають права розподіляти дивіденди, одержані доходи вони повинні інвестувати відповідно до соціального призначення цих компаній.

Міністерство охорони здоров'я Бельгії визначає:

- політику охорони здоров'я країни;
- критерії й нормативи планування лікарняних ліжок;
- придбання лікарнями складного медичного устаткування та медичної техніки;
- визначає критерії якості надання медичної допомоги.

У Міністерстві охорони здоров'я Бельгії зосереджуються:

- ◆ всі фінансові звіти лікарень;
- ◆ всі епікризи на вибулими зі стаціонару хворих у вигляді «Короткого клінічного резюме» (ККР);

- ◆ відомості по медичних кадрах та інша документація.

Фінансування обов'язкового медичного страхування забезпечується:

- 55 % — соціальними внесками;
- 40 % — дотацією держави (для безробітних, пенсіонерів);
- 2,55 % — внесками пенсіонерів;
- 2 % — за рахунок оподатковування зі страхування автотранспорту.

Соціальний внесок утворюється із внесків підприємств і внесків незалежних працівників. Для працівників підприємств внесок роботодавця становить 3,80 % від фонду заробітної плати підприємства, внесок працівника — 2,55 % від його заробітної плати. Роботодавець вносить весь соціальний внесок у Національне бюро соціального забезпечення (НБСЗ), куди також надходять дотації від держави. Потім НБСЗ перераховує в НІХІ частину коштів, передбачених для страхування через хворобу й інвалідність. Для незалежних працівників внесок становить 3,3 % від їхніх доходів за останні 3 роки. Для цієї категорії людей медичне страхування покриває тільки видатки, пов'язані з госпіталізацією або проведенням спеціальних методів обстеження й лікування. Діти автоматично застраховані страховкою одного з батьків.

Така форма фінансування забезпечує доступність медичної допомоги всьому населенню й дотримання принципу солідарності людей з низькими й високими доходами як здорових так і хворих, тому що розмір страхового внеску залежить тільки від рівня доходів і не пов'язаний зі станом здоров'я застрахованої особи.

Кожний громадянин Бельгії має право вільного вибору страхової компанії. Хворий має право вибрати лікаря й лікарню.

Для медикаментозного забезпечення застраховані, що потребують амбулаторної медичної допомоги, поділяються на 4 категорії. Страхове відшкодування для першої категорії становить 100 %, для другої — 75, для третьої — 50 і для четвертої — 40 %.

Лікарські засоби, віднесені до «комфортної» категорії, не підлягають страховому відшкодуванню. За законодавством Бельгії, НІХІ повинен розподілити внески й дотації між різними страховими компаніями відповідно внесків членів кожної компанії. Однак така система несправедлива, оскільки компанія, члени якої мають менше доходів або частіше хворіють, буде збитковою порівняно з іншими компаніями. З такої причини в цей час НІХІ розподіляє фінанси між медичними страховими компаніями відповідно до обсягу медичної допомоги, зробленої членам кожної компанії. Таким чином, страхові компанії практично не несуть фінансової відповідальності. Механізм розподілу ресурсів (страхових внесків) не входить до компетенції страхових компаній. Доходи й можливості страхових компаній визначаються видатками від надання медичної допомоги їх клієнтам, і тому вони не зацікавлені в раціональному обмеженні витрат на медичну допомогу.

Оплата праці медичного персоналу здійснювана за фактично наданим медичні послуги й за ліжко-днями, приводить до надмірних витрат і невиправданого збіль-

шення кількості медичних процедур. Найчастіше навіть без обліку показань для пацієнта, а тільки з метою збільшення доходів і амортизації фіксованих видатків. Це призвело до досить значного збільшення витрат на біохімічні й рентгенологічні дослідження. Щоб уникнути нестримного зростання видатків, у країні було введено часткове бюджетне фінансування лікарень. Однак покищо бюджети формуються переважно за принципом історичного підходу, без обліку потреб установи.

Австрія. Керівництво охороною здоров'я Австрії здійснює Міністерство охорони здоров'я й охорони навколишнього середовища, до компетенції якого входять:

- формування національної політики у сфері охорони здоров'я;
- підготовка до затвердження в парламенті законопроектів з охорони здоров'я;
- підготовка й удосконалення медичного персоналу;
- контроль за якістю медикаментів;
- дотримання санітарних норм і правил у закладах охорони здоров'я;
- технічний нагляд за службами охорони здоров'я.

В Австрії відсутнє планування лікарняного забезпечення на федеральному рівні. Міністерство охорони здоров'я й охорони навколишнього середовища не має безпосередніх повноважень по відношенню до місцевих служб охорони здоров'я. Вони перебувають у підпорядкуванні місцевим органам управління. Уряди земель, відповідно до Федеральної конституції, користуються досить широкою автономією й несуть повну відповідальність за забезпечення населення лікувально-профілактичною допомогою. У той же час губернатор кожної землі відповідає за виконання директив Міністерства охорони здоров'я й охорони навколишнього середовища. В цих питаннях йому надає допомогу Консультативна Рада з охорони здоров'я.

В Австрії в рамках системи соціального страхування існує три основних види соціального захисту:

- соціальне страхування, кошти якого складаються на тристоронній основі з внесків застрахованих, роботодавців і бюджетного фінансування;
- державне соціальне забезпечення певних контингентів;
- соціальна допомога, надавана на рівні земельного уряду.

Питання соціального страхування, що включають страхування через хворобу, від нещасних випадків і пенсійне страхування, входять до компетенції федерального уряду.

Системою обов'язкового соціального страхування охоплено майже 90 % населення. Фонди соціального страхування різні для працюючих, службовців, працівників сільського господарства й осіб, що займаються дрібним приватним підприємництвом. Обов'язкове соціальне страхування є обов'язковою умовою при будь-якій професійній діяльності й забезпечує охоплення страхуванням на випадок хвороби, нещасних випадків і пенсійне забезпечення.

Відповідно до закону Австрії «Про вид діяльності», застрахований не має права самостійно вибирати страховий фонд, а прикріплюється до певного з них залежно від виду своєї діяльності. При зміні професії або території проживання застрахований автоматично переходить у відповідний фонд. Страховий внесок розподіляється між працівником і роботодавцем навпіл. Відсоткова ставка внеску визначена Законом і різна для працюючих і службовців. Так, для службовців вона становить 6 % (тобто по 3 % на роботодавця й працюючого), для робітників — 8,6 % (по 4,3 % на кожного). Верхня межа заробітної плати, що підлягає оподаткуванню, становить 39 000 шилінгів*, а з 40-ї тисячі внесок уже не платиться. Внески перераховуються

* 1 долар США приблизно дорівнює 10 шилінгам

роботодавцем у територіальний фонд соціального страхування, що потім здійснює платежі на пенсійне страхування й страхування від нещасного випадку.

Основним принципом австрійської системи охорони здоров'я є право громадян на одержання якісних медичних послуг. Державна система страхування здоров'я забезпечує медичними послугами всіх працюючих, пенсіонерів, безробітних, родичів працюючих і осіб, що перебувають під особливою юрисдикцією (біженці), тобто практично всіх громадян. Вона включає невідкладну медичну допомогу, позалікарняне й лікарняне обслуговування, а також соціальний захист населення. Рівень надання медичної допомоги однаковий для всіх громадян, але обсяг особистих виплат неоднаковий у різних страхових організаціях.

Майже всі види позалікарняних послуг забезпечуються національною системою охорони здоров'я без додаткової оплати. Невідкладна допомога гарантується всім особам, що перебувають на території Австрії. Кошти на охорону здоров'я розподіляються головним чином через фонди страхування національної системи страхування.

Кошти медичного страхування на 88 % складаються зі страхових внесків, решта розподіляється так: 1 % із федеральних внесків, 11 % — з інших джерел фінансування.

Позалікарняна медична допомога надається лікарями загальної практики, що мають контракти із системою соціального страхування. Відсоток компенсації розраховує в кожному випадку служба соціального страхування. Ставки компенсації обмовляються в угодах, що підписуються з лікарями загальної практики й приватно-практикуючими лікарями службою соціального страхування.

До допомоги із захворювання входять:

- лікування (лікарська допомога, лікарське забезпечення, допоміжні кошти);
- догляд у медичній установі;
- догляд удома.

При придбанні ліків за рецептом застрахований платить особисто 34 шилінги за кожну упаковку ліків, а різницю вартості оплачує фонд страхування. У договірних відносинах зі страховими фондами працює 9580 аптек.

Стаціонарна допомога надається населенню в лікарнях різного рівня, залежно від якого змінюється й обсяг спеціалізованої допомоги. Існують три рівні надання стаціонарної медичної допомоги:

- рівень громади;
- рівень землі;
- університетські клініки.

Лікарні громад створюються для обслуговування територій з населенням 50—90 тис. чоловік. У них є відділення терапії, хірургії, педіатрії, гінекології й акушерське відділення. Лікарні земельного рівня створюються для територій з населенням 250—300 тис., а університетські клініки — 1 млн чоловік.

Обсяг лікувально-діагностичних заходів і хірургічних втручань у стаціонарах одного рівня, як правило, однаковий. Вартість лікування не залежить від профілю відділення лікарні. Оплата госпіталізації здійснюється за кількістю днів, проведених пацієнтом у стаціонарі. Частина цієї вартості не компенсується системою соціального страхування й виплачується самим пацієнтом.

Більшість лікарень працюють із дефіцитом бюджету, що щорічно поповнюється через фонди федерального бюджету. Більше фінансування одержують державні лікарні порівняно із приватними, стаціонари хірургічного профілю — порівняно з терапевтичними.

На підставі закону про створення Об'єднаного Фонду лікарень Федеральний уряд та уряди земель, громади й заклади соціального страхування направляють до Фонду кошти для надання лікарням субсидій, призначених на покриття оперативних і додаткових видатків.

В Об'єднаному Фонді зосереджено до 15 % коштів, необхідних для надання лікарняної допомоги населенню країни. Ці кошти використовуються для розвитку стаціонарів тих територій, де їх недостатньо, для придбання діагностичного обладнання й надання медичної допомоги літнім людям. Крім того, за рахунок цих коштів частково фінансується програма Федерального міністерства охорони здоров'я по створенню спеціальних відділень або відділень стаціонарів для лікування хворих з гострими та хронічними захворюваннями.

Добровільне соціальне страхування, як і обов'язкове, містить у собі страхування на випадок хвороби, від нещасних випадків, пенсійне страхування. Крім цього здійснюється страхування батьків для одержання тривалої відпустки по вихованню дитини до 4-літнього віку. Існують три основних варіанти добровільного медичного страхування.

Перший і найбільш вичерпний — повне покриття всіх лікарняних видатків. Такий варіант страхування мають 14 % населення. Другий варіант укладається в оплаті лікарняних послуг за днями госпіталізації. Такий тип страхування мають 22,8 % австрійців. Позалікарняне обслуговування в плани добровільного страхування практично не включається, і цим типом страхування користується 1,2 % жителів. При добровільному страхуванні внески виплачуються з особистих доходів. Добровільне страхування надає пацієнтові право вибору лікарні й покриває медичні видатки на невідкладну допомогу й стаціонарне лікування гострих і хронічних захворювань. Компенсації видатків добровільного страхування становлять третину загальних видатків на охорону здоров'я.

Загальні видатки на охорону здоров'я в Австрії становлять 8,2 % від валового національного продукту. ВВП на душу становить 28110 \$ США. На надання медичної допомоги на одну людину витрачається 1124 долара.

Ізраїль. Керівними органами системи охорони здоров'я Ізраїлю є Міністерство охорони здоров'я й Фонд страхування на випадок хвороби для працюючих (КХК), що перебуває у підпорядкуванні потужної Федерації праці (Хистадрут).

Міністерство охорони здоров'я Ізраїлю:

- відповідає за розробку національної політики в галузі охорони здоров'я;
- здійснює керівництво службами охорони здоров'я країни;
- фінансує деякі служби довгострокового догляду в стаціонарі.

Міністерству підпорядкована майже половина лікарняних ліжок для пацієнтів з гострими захворюваннями. Воно також відіграє важливу роль в управлінні іншими організаціями в системі охорони здоров'я.

Фонд страхування на випадок хвороби для працюючих (КХК) є головним постачальником і страхувальником основних медичних послуг. Приблизно 70 % населення Ізраїлю застраховані й одержують медичну допомогу в рамках КХК. Фонду підпорядковано приблизно 1/3 лікарняних ліжок для пацієнтів з гострими захворюваннями. Для вступу в КХК необхідно вступити в Хистадрут і заплатити загальний внесок, що розподіляється між фондом страхування на випадок хвороби (72 %) і Хистадрут (28 %). Кожна особа, що вступає в Хистадрут, автоматично стає членом фонду страхування на випадок хвороби КХК. Особлива роль КХК у системі охорони здоров'я Ізраїлю пояснюється масштабами його діяльності й орієнтацією на соціальне забезпечення: цей

фонд взяв на себе зобов'язання надавати медичну допомогу всім, хто її потребує, а не тільки тим членам, які можуть внести свій внесок.

Інші фонди страхування на випадок хвороби забезпечують страхування іншим 25 % населення, але 4—5 % населення не застраховані.

Основний набір медичних послуг фондів страхування на випадок хвороби забезпечує широке охоплення страхуванням у сфері первинної медичної допомоги, послугами медичних працівників, госпіталізації й забезпечення ліками. Всі послуги, які не були спеціально виключені, входять у перелік основних послуг, охоплюваних страхуванням.

Стоматологічна допомога, довгостроковий догляд у стаціонарі й профілактичних службах звичайно виключалися з переліку медичних послуг, що входять до страхування.

При фінансуванні медичної допомоги для своїх членів фонди страхування на випадок хвороби використовують підхід, орієнтований на соціальне страхування: населення оплачує страхові внески залежно від доходу, роботодавці також роблять страхові внески залежно від доходу на ім'я своїх службовців. Чинне законодавство передбачає, що тільки 4 існуючі фонди страхування на випадок хвороби мають право одержувати внески від роботодавців залежно від доходу. Це обмеження знизило зацікавленість комерційних страховиків щодо охоплення страхуванням ряду послуг, аналогічних тим, які забезпечують фонди страхування на випадок хвороби.

Майже половина всіх видатків на медичну допомогу фінансується безпосередньо споживачами: 31 % становлять особисті платежі споживачів і 18 % надходять за рахунок виплат страхових внесків у фонди страхування через хворобу. Внески роботодавців, які надходять у Національний інститут страхування й потім перерозподіляються між фондами страхування через хворобу, становлять 30 %. Величина відрахувань визначається спеціальним Стандартом, що мінімально враховує рівень доходів членів фонду.

Крім охоплення страхуванням основних медичних послуг, кожний з чотирьох фондів страхування через хворобу забезпечує також обов'язкове додаткове медичне страхування.

Комерційне медичне страхування на окремі види послуг забезпечується приватними страховими компаніями. Обидва типи страхових полісів призначені для надання медичних послуг, що не входять до набору послуг у рамках фонду страхування на випадок хвороби. У рамках обов'язкового додаткового медичного страхування, що забезпечується фондами страхування на випадок хвороби, покриваються видатки за такі види медичних послуг, які можуть бути отримані тільки за кордоном. Наприклад, пересадка серця, легенів, нирок, унікальні хірургічні операції з порятунку життя, спеціалізовані процедури, тобто послуги, які виключаються із загального переліку.

Для своєчасного надання допомоги пакети обов'язкового додаткового страхування також сплачують медичні послуги, що надаються в приватних медичних установах, і в деяких випадках дозволяють населенню вибрати лікаря.

Більшість фондів страхування на випадок хвороби містять окремий фонд для фінансування медичних послуг, що сплачується за рахунок додаткового страхування, що часто використовується комерційними страховиками. Більшість полісів комерційного медичного страхування оплачують медичну допомогу, пов'язану з якимсь певним захворюванням, і відшкодовують видатки, пов'язані з хірургічним втручанням за своїм вибором, одержанням допомоги в приватній лікарні, стоматоло-

логічною допомогою або довгостроковим доглядом (сестринський та індивідуальний догляд).

Реформи охорони здоров'я, які проводяться в Ізраїлі, спрямовані на:

- надання медичної допомоги споживачам медичних послуг при запобіганні подальшого зростання кількості незастрахованих осіб;
- забезпечення гарантії прав громадян на одержання основних медичних послуг;
- послаблення зв'язку між можливістю заплатити за медичну допомогу й видами допомоги, яку фактично одержує населення;
- забезпечення незалежності споживачів медичних послуг;
- підвищення відповідальності постачальників медичних послуг;
- зміцнення позицій окремих груп споживачів;
- встановлення контролю за видатками за допомогою надання уряду відповідних повноважень.

Прийняття закону про індивідуальне фінансування надання медичної допомоги сприяло наступному:

- ◆ фонди страхування забезпечили повним охопленням медичним страхуванням через хворобу;
- ◆ покупці медичних послуг отримали право вибирати лікувально-профілактичний заклад та фонд страхування.

В основі реформ фінансування охорони здоров'я Ізраїлю лежить принцип, відповідно до якого за допомогою централізації фінансової системи й децентралізації в наданні медичних послуг буде створена більш ефективна, загальнодоступна й справедлива система охорони здоров'я. Закон гарантує права громадян на страхування для одержання основних медичних послуг, і, оскільки права споживачів на медичну допомогу будуть кодифіковані, позиція окремих споживачів буде зміцнена, і окремі особи будуть мати юридичну основу для захисту «прав на здоров'я». Передбачається, що загальна сума коштів, які надходять у систему охорони здоров'я, повинна збільшитися, оскільки буде усунута фінансова залежність від «загального податку» КХК. Всі кошти, що надходять до фонду уряду, будуть резервуватися винятково на охорону здоров'я.

Досвід різних країн свідчить, що системи охорони здоров'я з централізованими структурами фінансування традиційно домагаються більших успіхів у стримуванні видатків, ніж системи з децентралізованою системою фінансування. Частково це пояснюється тим, що фрагментарна система, яка використовує множинні джерела фінансування, гірше стримує попит лікарів на вищу зарплату. Інша причина в тому, що, одержуючи подушні виплати на кожного члена, фонди страхування через хворобу мають фінансову зацікавленість щодо забезпечення ефективною медичною допомогою за мінімальну вартість.

4.2. Організація охорони здоров'я в країнах із системою охорони здоров'я, що розвивається

Польща. До реформування галузі систему охорони здоров'я Польщі було побудовано за моделлю Семашка, в основі якої було покладено державно-адміністративний принцип. Організація охорони здоров'я була соціально спрямована, мала низьку технологічність і забезпечувала невисокий, проте однаково доступний рівень медичної допомоги всьому населенню країни.

У період переходу до ринкової економіки організація охорони здоров'я за системою Семашка почала дедалі «пробуксовувати»: спостерігалось хронічне недофі-

нансування галузі; застарілість матеріальної бази; відсутність фармацевтичних препаратів у лікарнях; низька заробітна плата медичних працівників; відсутність мотивації праці. Ці причини зумовили необхідність проведення реформи галузі, яка розпочалась 01.01.1999 р. із вступом у дію закону про обов'язкове медичне страхування. Фінансування медичної допомоги на контрактній основі, шляхом компенсації затрат лікувальним закладам взяли не себе регіональні державні страхові фонди — лікарняні каси. В Польщі організовано 16 крайових та одна військова лікарняні каси. Шляхи надходження коштів у каси залежить від категорій пацієнтів:

- ♦ дорослі жителі, включаючи пенсіонерів, відраховують до лікарняних кас 7,75 % особистого прибутку;

- ♦ держава (фонд соціального страхування, державні відомства) сплачує страхові внески за осіб, звільнених від податку на прибуток (працівники сільського господарства) та за громадян, які тимчасово не мають прибутків (безробітні), дітей-сиріт, інвалідів;

- ♦ міська адміністрація сплачує внески за осіб, які не мають прибутків та визначеного місця проживання.

Збором коштів до лікарняних кас займається Фонд соціального страхування, який відповідає за:

- фінансування системи обов'язкового медичного страхування;
- виплату соціальних та трудових пенсій на солідарній основі;
- виплати у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю та інвалідністю.

Керівництво лікарняною касою здійснює Наглядова рада, яка складається з 7—9 осіб, що обираються поіменно сеймом воєводства. Члени ради отримують за свою роботу винагороду, яка не може перевищувати двох третин від середньої заробітної плати по країні. Рада обирає голову правління та двох заступників, з фінансових та медичних справ. Лікарняні каси мають організаційну самостійність і фінансову незалежність. Адміністративний контроль за дотриманням фінансової дисципліни в роботі лікарняних кас здійснює урядовий наглядовий комітет.

Основним механізмом взаємодії лікарняної каси з медичним закладом є укладання угод на конкурсній основі, незалежно від форми власності лікувально-профілактичного закладу.

В Польщі діють два основних типи медичних закладів: публічні (колишні державні) та приватні. Внаслідок адміністративної реформи державні лікарні було реорганізовано в самостійні публічні заклади охорони здоров'я. Ці заклади не фінансуються державою, мають повну господарську самостійність та відносяться до власності місцевих громад. Останніми роками в Польщі спостерігається тенденція, за якою органи місцевого самоврядування передають приміщення лікарень у довгострокову оренду за пільговими або нульовими орендними ставками. Приватних лікарень у Польщі дуже мало.

Щодо амбулаторних та поліклінічних закладів спостерігається інша тенденція. Мережа поліклінік та амбулаторій включає як приватні, так і публічні заклади охорони здоров'я. Проте більшість поліклінічних публічних закладів готується до приватизації.

Оплата послуг медичних установ здійснюється за фактично наданим обсягом медичних послуг. Основним принципом оплати є сплата фіксованої суми за кожний випадок госпіталізації, який залежить від терміну лікування: лікування до 3 діб; лікування до 10 діб; лікування понад 10 діб. Амбулаторна медична допомога оплачується за кількістю звернень при лікуванні конкретного захворювання. Збільшується популярність послуг закладів сестринської медичної допомоги та опіки.

Найпомітніші зрушення в системі охорони здоров'я в Польщі відбуваються на рівні первинної медичної допомоги. Змінено основні загальні принципи надання медичної допомоги лікарями загальної практики. Лікар загальної практики отримує винагороду залежно від кількості зареєстрованих у нього пацієнтів. Базова ставка сімейного лікаря становить 48 злотих на рік за надання медичної допомоги пацієнтами від 6 до 65 років. За лікування інших категорій пацієнтів встановлено коефіцієнти збільшення винагороди:

- 1,7 — за надання медичної допомоги дітям, молодшим за 6 років;
- 1,3 — за медичне обслуговування осіб, старших за 65 років;
- 1,8 — за медичне обслуговування осіб, які утримуються в будинках соціальної опіки та опіки інвалідів з дитинства.

Крім цього, лікар первинної ланки медичної допомоги отримує по 8 злотих за забезпечення цілодобової медичної допомоги. Проте таку медичну допомогу він може надавати сам, а може передати право на забезпечення нагляду лікарям швидкої медичної допомоги.

Незважаючи на позитивні чинники перебудови галузі охорони здоров'я, в Польщі експерти відмічають такі негаразди.

1. За період реформування системи охорони здоров'я Польщі витрати на галузь збільшилися з 4,5 % до 6,6 % ВВП. Проте збір коштів у лікарняні каси виявився меншим очікуваного: якщо відрахування з підприємств та організацій надходили справно та вчасно, то держава й місцева адміністрація затримували виплати за громадян, які звільнені від соціальних податків або не мають прибутків. Механізму впливу на державну та місцеву адміністрацію немає, тому складається ситуація, коли медична допомога незастрахованим громадянам надається за рахунок тих, хто регулярно відраховує страхові внески.

2. Відсутність єдиних стандартів медичної допомоги зменшує ефективність реорганізації охорони здоров'я в країні. Лікарі прагнуть заробляти гроші екстенсивно, шляхом лікування великої кількості пацієнтів з невеликим терміном видужування. Лікарям став економічно вигідним пацієнт у перші дні госпіталізації в стаціонар. На цей період припадає максимальна кількість ресурсомістких діагностичних і лікувальних операцій, які оплачують лікарські каси. В Польщі спостерігається різке зростання кількості госпіталізацій при низькій ефективності. Статистичні дані свідчать, що понад 100 днів на рік ліжко пустує.

3. Відсутність затвердженого переліку обсягу медичної допомоги, яка надається за коштів обов'язкового страхування. Понад 16 % пацієнтів стверджують, що вони доплачують за діагностику та лікування.

4. Відсутність єдиних стандартів, які визначають страхові гарантії, не узгодженість тарифів на медичні послуги роблять неможливим адміністративний контроль за рівнем витрат. Недосконалість контролю призвела до зростання цін на лікарські засоби, медичне обладнання та товари медичного призначення.

Перелічені негативні чинники польської системи медичного обслуговування призвели до ситуації, коли 90 % населення республіки негативно ставляться до реформи охорони здоров'я, почастішали страйки середніх медичних працівників, які зумовлені низькою заробітною платою.

Естонія. Реорганізація організації та фінансування галузі охорони здоров'я в Естонії розпочалася в 1990 р. в двох напрямках:

- децентралізація управління системою охорони здоров'я;
- перехід до фінансування через соціальне медичне страхування.

Усі інші зміни (збільшення частки генериків у структурі споживання лікарських засобів, введення інституту лікарів сімейної практики в систему первинної медичної допомоги, скорочення кількості лікарняних ліжок і т.д.) також зіграли свою роль.

Процеси децентралізації адміністративної системи проводилися шляхом розподілу країни на 15 округів, з покладанням відповідальності за планування медичного обслуговування на муніципалітети. Ці заходи призвели до підвищення вартості медичних послуг. Крім того, оскільки рішення про децентралізацію було впроваджено без відповідної підготовки, управлінський персонал виявився неготовим до таких реорганізацій. Результатом було таке: в одних муніципалітетах гостро встало фінансове питання, а в інших катастрофічно не вистачало професійних кадрів.

Тому наприкінці 1990 р. в Естонії було знову проведено часткову централізацію, функції округів обмежено, а загальне планування перейшло під контроль Міністерства соціального забезпечення (Sotsiaalministeerium).

У 2001 р. на зміну центральному й регіональним державним фондам медичного страхування прийшов Естонський фонд медичного страхування (Eesti Haigekassa, далі — ЕФМС) з декількома філіями, утвореними шляхом злиття регіональних фондів.

Право на одержання послуг, що надає ЕФМС, мають усі жителі Естонії, а також особи, прирівняні до них на підставі закону про медичне страхування або відповідного договору. Особи, застраховані в ЕФМС, поділяються на чотири категорії:

- ті, хто сам платить за медичне страхування;
- ті, за кого платить держава;
- ті, хто має право на безкоштовне страхування;
- застраховані за міжнародними угодами.

Наймані робітники й самостійно зайняті особи платять внески в ЕФМС у вигляді цільового податку на заробітну плату, що включає внески на соціальне медичне страхування й відрахування до пенсійного фонду. Соціально незахищеним верствам суспільства, таким як пенсіонери, інваліди, студенти й діти, надається страховка без будь-яких внесків; особи деяких інших груп (безробітні й ті, що знаходяться у тимчасовій відпустці по догляду за дитиною або інвалідом) користуються державними субсидіями.

Крім того, в Естонії можна одержати Європейську картку медичного страхування (the European health insurance card), що видається безкоштовно за наявності діючої медичної страховки, і надає право одержувати медичну допомогу на території країн Європейського Союзу.

Таким чином, протягом 16 років Естонія впровадила обов'язкове медичне страхування, підвищила якість медичних послуг і поліпшила соціально-демографічні характеристики, такі як тривалість життя й дитяча смертність. Однак при значному масштабі впровадження системи соціального страхування посилилася гострота фінансових проблем.

Після об'єднання внесків у страховий і пенсійний фонди в загальний соціальний податок (13 і 20 % відповідно; зараз він становить 33 % трудового доходу) був гранично посилений контроль за його збором з боку податкового відомства. Проте останніми роками в країні збільшилася кількість осіб, прирівняних до застрахованих, гроші за які в ЕФМС не надходять.

Незважаючи на певні успіхи в реорганізації галузі охорони здоров'я, проблем у секторі охорони здоров'я Естонії чимало. Ще відчутна нерівність у стані здоров'я різних соціальних груп, низький рівень професійної підготовки й недостатня забез-

печеність медичним персоналом, у лікарнях спостерігаються довгі черги на госпіталізацію.

Росія. До моменту перебудови (1985 рік) стали очевидними недоліки системи охорони здоров'я. Насамперед гостро постало питання про якість медичної допомоги. Хоча в СРСР кількість лікарів була найбільшою в світі, стандарти їх підготовки явно не відповідали західним. Медицина перестала бути престижною професією. 70 % лікарського персоналу становили жінки, заробітна плата медиків не перевищувала 70 % середньостатистичної. Все частіше лікарі отримували неформальні платежі від пацієнтів, деколи не за краще лікування, а просто за лікування. Таким чином, концепція загальної безкоштовної медичної допомоги ставала все більш далекою від реальності.

Найвища кількість лікарняних ліжок у світі (в 4 рази більше ніж у США на 1985 рік) свідчила про те, що в СРСР розвиток системи охорони здоров'я продовжувався по екстенсивному шляху. Так само багато лікарень, особливо в сільській місцевості, не відповідали елементарним стандартам: близько чверті лікарень не мали навіть системи центрального водопостачання.

Заробітна плата лікаря залежала від спеціалізації і кваліфікації, а не від якості його роботи. Єдине, до чого за допомогою і зарплат і неформальних платежів приводила матеріальна стимуляція лікарів, це до вузької спеціалізації і до прагнення працювати переважно (близько 80 %) в лікарнях. Фінансування лікувально-профілактичних закладів ґрунтувалися на кількості лікарняних ліжок і стимулювало неефективність. Згідно із законом Ромера, за умов фінансування лікарень, виходячи з кількості лікарняних ліжок, управління лікарні прагнуть роздути ліжковий фонд до максимально можливих розмірів і тримати їх заповненим, збільшуючи кількість госпіталізацій або середньої тривалості госпіталізації, часто необґрунтованих з погляду медичних показань.

Питання щодо стимулювання роботи лікарів і раціонального фінансування охорони здоров'я почалася задовго до безпосереднього реформування галузі.

Реформування системи охорони здоров'я в Росії розпочалося з прийняття Закону РФ «Про обов'язкове медичне страхування». Закон, введений у дію з січня 1993 р., регулює добровільне та обов'язкове медичне страхування. Закон ставив перед собою дві мети:

- шляхом створення страхових фондів знайти додаткові позабюджетні кошти для потреб медичної допомоги і підвищити ефективність системи охорони здоров'я в федерації;
- відокремити фінансування охорони здоров'я від процесу надання медичної допомоги.

Обов'язковому медичному страхуванню підлягають усі громадяни. Страховий внесок становить 3,6 % до фонду оплати праці та сплачується роботодавцем. Особи, не застраховані підприємствами та організаціями (утриманці, безробітні, інваліди, пенсіонери), мають отримувати державну страховку.

Внесок на ОМС передбачений у єдиному соціальному податку. Натомість громадянин РФ отримує медичний страховий поліс, із яким зобов'язаний звертатися по медичну допомогу або приходити на прийом у поліклініку. Якщо в людини немає поліса, то зобов'язана сплатити навіть первинний прийом у терапевта. З цією метою в поліклініках функціонують «комерційні відділи».

При виклику лікаря додому наявністю поліса і його номером цікавляться вже по телефону, якщо поліса немає, то візит оплачується. Повністю договорами про ОМС

охоплено близько 130 млн (майже 90 %) жителів РФ. На договірній основі з ОМС працюють близько 6,5 тисяч амбулаторно-поліклінічних і 4,4 тисячі стоматологічних установ. Засоби ОМС посідають друге місце серед джерел фінансування охорони здоров'я (близько 32 % усіх витрат).

За оцінками міжнародних експертів, у Росії немає страхової медицини в європейському розумінні. Просто замість фінансування охорони здоров'я з держбюджету, як це робиться в Україні, частина коштів акумулюється в позабюджетному фонді, які потрапляють до медичних закладів, тільки з додатковими бюрократичними складнощами.

Перехід до страхування здоров'я відображав насамперед ідеологічні зміни в державі, перехід від адміністративно-командної ієрархії до ринкових відносин. Ринок є способом досягнення балансу між попитом і пропозиціями, стимулює ефективність і зацікавленість виробників. У охороні здоров'я реформи привели до розділення платників і виробників послуг, що сприяло розвитку конкуренції. Проте вільний ринок — не панацея ні в якій галузі, а тим більше в охороні здоров'я. Ринкові відносини приводять до позитивного ефекту лише в умовах сильного уряду, строгого виконання законів, захисту та дотриманні прав на приватну власність та економічної стабільності. Ринок у державному секторі, «внутрішній ринок» відповідно до британського терміну, неможливий при сьогодиншньому рівні корупції чиновницького апарату в Росії.

Медичне страхування було радикальним переходом від бюджетного фінансування до виокремлення коштів, призначених для галузі охорони здоров'я, не дозволяючи зменшити фінансування галузі. 3,6 % від фонду оплати праці ділилися між регіональним (3,4 %) і федеральним фондами (0,2 %). Останній повинен був зрівнювати доступ до медичної допомоги в бідніших регіонах і виділяти кошти в разі катастроф та епідемій.

Страхові компанії мали отримувати кошти від фондів та фінансувати надавачів медичних послуг за контрактною основою. Така система мала впровадити елементи конкуренції в галузі охорони здоров'я: боротьбу за споживача, прагнення ефективного використання коштів.

Проте в Росії, через корумпованість усіх рівнів влади, замість регульованого ринку, склалася ситуація найбільш повно описана в закон Капоне. Страхові компанії не вважали за потрібне залучати споживача до процесу ухвалення рішень щодо системи охорони здоров'я. Капіталісти, як завжди, виявилися головними ворогами капіталізму. Мирно поділивши населення Росії, страхові компанії просто пропускають фінансові потоки через себе, залишаючи частину коштів на свій розвиток.

Останнім часом, намітилися деякі позитивні тенденції, хоча повноцінного права вибору страхової компанії, лікаря споживачі так і не отримали. Росія досі залишається єдиною країною, де кошти, спрямовані на фінансування охорони здоров'я, проходять спочатку через фонди, а потім через страхові компанії: у розвинутих країнах адміністративний апарат має лише одну з цих ланок. Функції кожної з цих організацій незрозумілі, багато в чому вони взаємозамінні.

Цікавим є той факт, що бюджетне фінансування частково збереглося. Зокрема, виплати з ряду статей витрат лікувально-профілактичних закладів за лікування тих, хто не працює, деяким відомчим установам проводяться з федерального або регіональних бюджетів.

Законом про медичне страхування передбачено добровільне медичне страхування (ДМС), що забезпечує на основі різних програм додаткові медичні послуги

ги понад програми ОМС. За інформацією Всеросійського союзу страховиків, поліси ДМС мають близько 3 млн. росіян, при цьому близько 90 % витрат на страховку оплачують компанії. Працедавці, що страхують своїх співробітників по ДМС, мають податкові пільги, а вартість найдешевшого страхового поліса становить близько \$200.

Добровільне медичне страхування, не дивлячись на значну кількість страхових компаній, навряд чи коли-небудь стане прийнятним для більшості російських громадян. Сімдесят років безкоштовної медицини надовго зробили такий підхід до фінансування охорони здоров'я ментально малоприйнятним. Крім того, страховим компаніям важко конкурувати з лікарями, що займаються напівпідпільною практикою, отримуючи неофіційні платежі з пацієнтів, не сплачуючи при цьому податків і використовуючи державне медичне устаткування.

Кажучи про недосконалість системи охорони здоров'я Росії і про причини, з яких багато що з того, що було заплановане, не вдалося в повному обсязі втілити в життя, не можна не сказати, що ця галузь, практично не реформуючись протягом 70 років, останніми роками зробила могутній крок уперед. Хоча вибрана модель охорони здоров'я має недоліки (великий адміністративний апарат), основні причини невдач лежать за межами власних реформ сектора й пов'язані з корупцією, економічними труднощами, ментальністю людей, які звикли до «безкоштовності» послуг охорони здоров'я. Не менш важливим моментом є намагання змінити фінансування системи, а не реорганізувати організацію в системі охорони здоров'я і медичних практик. Страхова медицина — це один з можливих способів фінансування галузі, вона автоматично не впроваджує грамотної системи у організування галузі, з збалансованим попитом і пропозиціями, з високою якістю медичної допомоги, раціональним і ефективним використанням ресурсів.

У Росії спостерігаються процеси депопуляції, що ускладнюються погіршенням здоров'я всіх вікових і соціальних груп і верств населення. Більше половини новонароджених у Росії мають відхилення в стані здоров'я. До закінчення школи здоровими залишаються тільки 10 % дітей. Усе частіше в них виявляють затримки у фізичному і психічному розвитку.

У кризовому стані знаходиться система охорони здоров'я в Росії. Ресурсне забезпечення галузі не тільки не відповідає потребам у медичній допомозі, а й підводить систему охорони здоров'я до остаточного розвалу. Обов'язкове медичне страхування не компенсує скорочення державних бюджетних асигнувань на охорону здоров'я. Державні лікувальні установи вже не можуть забезпечити навіть того рівня медико-санітарної допомоги, який був досягнутий наприкінці 1980-х років. У провідних клініках і наукових центрах, що періодично закриваються через неплатежі, кваліфіковані медичні консультації, операції поступово перетворюються на важкодоступну розкіш.

Розпочавши реформування системи охорони здоров'я в Росії законодавцями не було враховано низку специфічних особливостей країни, які гальмують процес:

- ◆ недостатньо високий відсоток працюючого населення, здатного платити страхові внески;
- ◆ невідповідність реальних доходів (заробітна плата «в конверті») населення фіксованим, що визначають розмір страхових внесків;
- ◆ необхідність великих адміністративних витрат;
- ◆ необхідність спрямування фінансових ресурсів на створення нових організацій, фондів, страхових компаній.

Болгарія. Результатом майже 18-річних фундаментальних реформ у Болгарії, в тому числі і в галузі охорони здоров'я, став вступ країни з 1.01.2007 р. в Європейське Співтовариство.

Система охорони здоров'я Болгарії була побудована на принципах панування суспільного сектора з властивим йому плановим наданням медичних послуг, бюрократизмом і надлишком медичних установ. Першим кроком у 1989 р. стало введення таких змін:

- децентралізація, приватизація лікувально-профілактичних закладів та інших об'єктів охорони здоров'я;
- зміна системи фінансування;
- прагнення зберегти загальну доступність системи охорони здоров'я.

Наслідками такої політики стало скасування монополії держави і стрімкий розвиток приватної ініціативи. Розвиток приватної ініціативи не був цілеспрямованою політикою у сфері охорони здоров'я. Так, перехід медичних закладів у приватну власність супроводжувався простою відміною заборони на приватну медичну практику. Демонізація надання медичних послуг було закріплено законодавчо, для того щоб через механізм приватизації лікувальних установ стимулювати приватні інвестиції в амбулаторну і стаціонарну допомогу.

Кардинальні зміни в системі охорони здоров'я Болгарії відбулися в 1997 р., коли при владі перебував уряд, сформований правими партіями. Їм було розроблено три базові закони, що дозволили прискорити процес реформування сектора охорони здоров'я.

Закон 1 — «Про страхування на випадок хвороби» (1998), згідно з яким у Болгарії було створено Національний фонд обов'язкового медичного страхування (НФОМС) — громадську організацію, сформовану на принципі управління за участю працедавців, держави і страхувальників.

Структура НФОМС представлена Центральним правлінням і районними фондами обов'язкового медичного страхування. Основне завдання НФОМС — здійснення і адміністрування обов'язкового медичного страхування в Болгарії щодо питань управління зібраними коштами і оплати наданих видів діяльності, лікарських засобів в обсязі достатньому для задоволення потреб застрахованих осіб. Збір обов'язкових внесків медичного страхування було покладено на Національний інститут забезпечення.

НФОМС виконує такі функції:

- здійснення обов'язкового медичного страхування;
- участь у переговорах і підписанні Національного рамкового договору (НРД) про обов'язкове медичне страхування з представниками професійних організацій лікарів і стоматологів;
- надання та забезпечення гарантій щодо доступності і рівноправ'я при отриманні медичної допомоги в рамках гарантованого пакету послуг, а також у рамках повної або часткової оплати лікарських засобів;
- проведення аналізу та внесення пропозицій щодо об'єму і цін на медичну допомогу за окремими видами медичної діяльності;
- управління резервом засобів НФОМС;
- розподіл коштів районних фондів;
- розробка річного бюджету НФОМС і звітування щодо його виконання;
- створення, розвиток, управління національною системою інформації з метою вирішення завдань обов'язкового медичного страхування;
- укладання договорів з виробниками, постачальниками і аптеками про оплату ЛС і витрат споживання згідно з переліком НРД;

- систематична інформація застрахованих громадян щодо заходів з охорони і зміцнення здоров'я;
- здійснення медичного і фінансового контролю за проведенням обов'язкової медичної освіти.

Районні фонди обов'язкового медичного страхування також беруть участь у формуванні регіональної політики охорони здоров'я відповідною діяльністю на місцях і надають інформацію про свою діяльність Центральному правлінню.

Закон 2 — «Про професійні організації лікарів і стоматологів»(1998). До початку реформ професійні асоціації не мали істотного значення в процесі визначення політики охорони здоров'я. Союз болгарських лікарів був відновлений у 1998 р. й чинить великий вплив на політику охорони здоров'я. Прийнятий у 1998 р. Закон про професійні організації лікарів і стоматологів додав цим асоціаціям (Союз болгарських лікарів і Союз стоматологів Болгарії) статус партнерів у підготовці й підписанні НРД. До функцій таких організацій входять:

- представлення своїх членів і захист їх професійних прав та інтересів;
- представлення своїх членів в одній зі сторін НРД про обов'язкове медичне страхування;
- розробка Кодексу професійної етики лікарів, стоматологів, здійснення контролю за його дотриманням; застосування санкцій, передбачених кодексом;
- складання і ведення національного і районного реєстрів членів союзу;
- участь в організації кваліфікаційних курсів для своїх членів;
- участь через своїх представників у роботі вищої медичної ради при Міністерстві охорони здоров'я;
- внесення своїх пропозицій за проектами нормативних актів у галузі охорони здоров'я.

Через велику чисельність (порівняно зі стоматологами, фармацевтами), а також у зв'язку з професійними обов'язками професійний союз лікарів чинить найбільший вплив на політику у сфері охорони здоров'я.

Союз болгарських лікарів зберігає єдність і за принципом асоційованого і колективного членства об'єднує багато інших асоціацій (Асоціація лікарів загальної практики, Асоціація лікарів приватної практики, Асоціація приватних медичних установ, Асоціація медичних юристів, Асоціація директорів окружних лікарень, Асоціація керівників санітарно-епідеміологічних інспекцій та ін.).

У Болгарії зареєстровані і асоціації лікарень, проте не створено національної структури, що об'єднує інтереси всіх закладів охорони здоров'я й бере участь у процесі формування політики в цій сфері.

Закон 3 — «Про заклади охорони здоров'я» (1999) — встановлює категорії лікувально-профілактичних закладів: лікарні для активного лікування; лікарні для доліковування і тривалого лікування; санаторії для реабілітації й тривалого лікування.

Згідно з законом, лікарні поділяються:

- за спеціалізаціями (спеціалізовані, багатопрофільні, центри швидкої медичної допомоги, центри трансфузійної гематології, диспансери, соціальні інституції, хосписи тощо);
- територіальні (районні, обласні, міжобласні і т. п.).

Наступними етапами реформування стали:

- реформування первинної медичної допомоги і стоматологічних послуг з 1.07.2000 р.;
- реформування стаціонарної допомоги з 1.07.2001 р.

Сенс реформ зводився до забезпечення переходу до договірних відносин між постачальниками медичних послуг і НФОМС, а також з комерційними структурами страхування від хвороб. Наслідком такої трансформації охорони здоров'я стало перетворення галузі в прибутковий сектор економіки, підвищення якості медичних послуг. Було визначено, що якісна медична послуга — це товар, за який потрібно платити, і держава шляхом обов'язкового медичного страхування забезпечує отримання цієї послуги населенням.

Проте проведення реформ поставило ряд проблем, зумовлених раннім введенням соціальної моделі медичного страхування при дефіциті бюджету у сфері охорони здоров'я.

У країнах Євросоюзу відрахування у сфері охорони здоров'я становлять 7—8 % ВВП, а в Болгарії — близько 4 %. Кошти, що виділяються, не покривають усіх витрат, що приводить до недофінансування системи у вигляді заборгованості НФОМС перед лікувальними установами за безкоштовні препарати, необхідності пацієнтам доплачувати за послуги, які НФОМС не може сплатити. Тривалий час різні міжнародні організації надавали, та й продовжують надавати, донорську допомогу Болгарії, зокрема у сфері охорони здоров'я (Всесвітній банк, Міжнародний валютний фонд, Американське агентство з міжнародного розвитку). Але такі заходи не могли вирішити проблеми з фінансуванням галузі, а були лише тимчасовою допомогою при форсованому проведенні реформ.

Відсутність конкуренції в системі медичного страхування пояснюється тим, що монополістом виступає НФОМС зі всіма його недоліками. У Болгарії існують приватні страхові компанії, але страхування в них не по кишені середньому громадянину.

Домінуюче положення лікарів при визначенні політики охорони здоров'я і розподілі ресурсів має й негативну сторону і часто веде до блокування позитивних змін, якщо вони зачіпають фінансові інтереси Союзу болгарських лікарів. Проте і в самому Союзі лікарів немає єдності, оскільки лікарі загальної практики переважають над вузькими фахівцями, а їхні інтереси різняться, іноді кардинально.

Іншою проблемою, що виникла з ухваленням зазначених законів, є неефективний механізм захисту прав пацієнтів. Реформа передбачала, що саме громадськість відіграватиме основну роль у виборі виконавців медичної допомоги та управлінні НФОМС. Проте пацієнт виявився крайньою, а не центральною ланкою в ланцюгу: постачальники медичних послуг — пацієнти — НФОМС.

Звичайно, важливим чинником, що гальмує процес реформування системи охорони здоров'я, стала корупція на всіх рівнях. Управління коштами, що поступають до лікувальних установ з бюджету і НФОМС, — досить непрозорий процес. Зберігається неофіційна плата лікарям з боку пацієнтів, є питання щодо власності у фармацевтичному секторі. Виникають конфлікти інтересів при ухваленні нових законів і поправок до тих, які потрібно прийняти у зв'язку зі вступом країни до Європейського Союзу і приведенням законодавства Болгарії у відповідність із його прозорими регуляторними вимогами.

Угорщина. Падіння комуністичного режиму наприкінці 1980-х років поклало початок великомасштабній реформі охорони здоров'я і відродженню фондів соціального медичного страхування.

До головних напрямів реформ відносяться децентралізація і скорочення витрат. Фінансування і функція покупця медичних послуг були передані єдиному Національному фонду медичного страхування. Проте після того, як у 1998 р. в цілях поси-

лення контролю за витратами було відмінено самоврядування, Фонд медичного страхування потрапив під жорстке централізоване управління. Відповідальність за надання медичних послуг перейшла до місцевих органів влади, що отримали у власність більшість медичних установ. Приватний сектор охорони здоров'я розвинутий слабо.

В 2002 р. Угорщина витратила на охорону здоров'я 7,8 % ВВП. Три чверті витрат було покрито за рахунок держави.

Реформи 1990-х років були зроблені в пошуках виходу з кризи, в якій опинилася система охорони здоров'я, що була побудована за соціалістичними принципами і не відповідала вимогам рівності та економічної ефективності. Перебудова галузі включала розподілення функцій постачальників і покупців медичних послуг у рамках соціального медичного страхування, введення плати за фактично надані послуги, а також скорочення і територіальний перерозподіл ліжкового фонду.

Конституція Угорщини гарантує всім громадянам повне медичне обслуговування. Поточні витрати на нього оплачує Фонд медичного страхування. Центральний уряд визначає політику охорони здоров'я і виділяє кошти з держбюджету на капітальні вкладення.

Що стосується надання медичної допомоги, то тут роль держави обмежена лише деякими видами спеціалізованої допомоги. Наприклад, Міністерству охорони здоров'я належить служба швидкої медичної допомоги, служба переливання крові і деякі спеціалізовані заклади охорони здоров'я. Університетські клініки належать Міністерству освіти. Власні медичні установи є в міністерств оборони, транспорту і внутрішніх справ.

Адміністрація Національного фонду медичного страхування — головний покупець медичних послуг у країні. Після того, як у 1998 р. управління закладами стало більш централізованим, засоби до Фонду медичного страхування поступають через Державну податкову службу. Основні рішення, що стосуються Фонду, — розмір відрахувань, бюджет і методи фінансування медичних установ — приймаються централізованим однопалатним Парламентом (Державними зборами), Урядом і Міністерством охорони здоров'я.

З 2001 р. Міністерство охорони здоров'я зобов'язане покривати дефіцит у бюджеті Фонду медичного страхування зі свого власного бюджету і уповноважене вимагати перерозподілу засобів між розділами і підрозділами бюджету Фонду медичного страхування.

Основні постачальники медичних послуг — місцеві органи влади; їм належить більшість медичних установ, включаючи лікарні, поліклініки і пункти надання первинної медичної допомоги. Крім того, вони мають право укладати договори з приватними медичними установами. Проте приватний сектор розвинутий слабо, за винятком рівня первинної медичної допомоги, де широко застосовується схема функціональної приватизації.

З 1990 р. зростає кількість і значущість професійних і добровільних організацій. Ліцензуванням і професійним саморегулюванням займається Угорська медична палата. Планування, нормування і управління бюджетом Фонду медичного страхування та його розподіл за розділами визначає Парламент. Чисельність медичного персоналу і ліжковий фонд нормуються державою за допомогою договорів, проте об'єм і якість послуг не нормуються. Інші аспекти медичного обслуговування (реєстрація і ліцензування персоналу, лікарських засобів і медичного обладнання, а також ціни на послуги системі соціального страхування) ретельно регламентуються.

Останнім часом охорона здоров'я Угорщини зазнала значної децентралізації. Фінансування здійснює Фонд медичного страхування, а за надання медичної допомоги відповідають регіональні і місцеві власті. Приватизація торкнулася лише фармацевтичних компаній, первинної медичної допомоги і декількох лікарень, що раніше належали церкві.

У 2000 р. 85 % лікарів загальної практики працювали за договорами функціональної приватизації, тоді як майже всю спеціалізовану медичну допомогу надавали штатні лікарі лікарень.

У 2001 і 2002 рр. був прийнятий закон, що встановлював порядок управління і володіння лікарнями і залучення до надання послуг некомерційних організацій і приватно-практикуючих лікарів. Проте в середині 2002 р. новий уряд, припинив дію більшості статей цього закону. Натомість він має намір провести широкомасштабну приватизацію на основі надійної нормативно-правової бази. Проте, такі плани натрапляють на серйозний опір у суспільстві.

У 2001 р. фінансування охорони здоров'я Угорщини на 63 % забезпечував Фонд медичного страхування, на 12 % — місцеві і регіональні влади. Решта засобів надійшла з приватних джерел: 21 % становили прямі платежі населення і 1 % дали приватні страхові компанії.

В Угорщині діє обов'язкове державне медичне страхування для всього населення. Працедавці відраховують 11 %, працівники — 3 % доходу. Після відміни самоврядування в 1998 р. внески медико-соціального страхування збирає Міністерство охорони здоров'я. До Фонду медичного страхування входять місцеві (територіальні) відділення, які укладають договори з медичними установами і відшкодовують їх витрати відповідно до єдиних державних розцінок.

Медичне страхування гарантує медичну допомогу в повному обсязі. Серед нечисленних винятків є масаж або стерилізація без медичних показань. Деякі види спеціалізованої допомоги, наприклад, високовартісні медичні втручання з використанням сучасної медичної техніки, а також програми суспільної охорони здоров'я і послуги швидкої медичної допомоги, оплачуються (і надаються) державою.

Місцеві органи влади відповідають за фінансування і амортизаційні витрати медичних установ і соціальних служб, що їм підпорядковані. Уряд надає суттєву допомогу, виділяючи цільові субсидії, здійснює велику частину капітальних вкладень і сплачує деяку частину поточних витрат. Крім того, центральний уряд покриває витрати осіб з невеликими доходами і фінансує санітарну освіту, медичні дослідження і розробки.

Приватні джерела фінансування становлять головним чином платежі населення, оскільки приватне комерційне і некомерційне медичне страхування розвинуте слабо. Платежі населення складаються з неофіційних платежів і доплат. Велика частина доплат стягується за лікарські засоби, доплачувати доводиться також за протези та інші медичні пристосування, бальнеотерапію, догляд за хронічними хворими і додаткові зручності при госпіталізації. Часткова оплата встановлена і за допомогу фахівців, коли хворий звертається до спеціалізованих установ без направлення лікаря загальної практики. Повністю оплачуються пацієнтом послуги, що не входять в основний набір, і послуги лікарів, що займаються приватною практикою й за договорами, які були укладені поза Національним фондом медичного страхування.

Практика неофіційних платежів набула значного поширення ще за часів соціалістичної Угорщини й від тих пір тільки розширилася. Масштаби виплат у вигляді «подяки» точно не відомі, але відомо, що поширене це явище нерівномірно і залежить від спеціальності та кваліфікації лікаря й виду наданих послуг.

За даними ВОЗ, у 2002 р. Угорщина витратила на охорону здоров'я 7,8 % ВВП. Не дивлячись на строгий постійний контроль за витратами, Фонд медичного страхування відчуває брак коштів, з одного боку, внаслідок недостатнього їх надходження, з іншого — через ситуації в економіці і на ринку праці, ухилення від сплати податків і труднощі їх збирання.

Частка приватних витрат неухильно зростає. Витрати на лікарські засоби підвищуються, тоді як витрати на лікувальну допомогу скоротилися. Розподіл засобів Фонду медичного страхування, виділених на лікування і профілактику, між амбулаторним і лікарняним секторами за останні сім років майже не змінився.

Відповідальність за надання медичних послуг населенню покладено на регіональні і місцеві органи влади. Згідно з принципом розділення обов'язків, місцеві власті — муніципалітети — відповідають за первинну медичну допомогу, регіональні власті — за стаціонарне і, в ряді випадків, за спеціалізоване медичне обслуговування. Проте відповідно до принципу субсидіарності, якщо муніципалітети згодні і здатні надавати стаціонарну допомогу, регіональні власті повинні передати їм такі повноваження. Місцевим властям не обов'язково організовувати стаціонарне обслуговування своїми силами; вони можуть укласти контракт з приватними медичними установами. При цьому, згідно з таким зобов'язанням до приватних медичних установ переходить і відповідальність за капітальні витрати.

З 1992 р. хворі дістали можливості вибору сімейного лікаря і переходити від одного лікаря до іншого, але не частіше, ніж один раз на рік. Сімейний лікар не має права відмовляти в реєстрації хворому, що проживає на його ділянці. Місцеві власті зобов'язані забезпечити населенню такі види медичної допомоги:

- медичну допомогу сімейного терапевта і педіатра;
- стоматологічну допомогу;
- цілодобові медичні консультації;
- медичну допомогу в школах.

Муніципалітети розподіляють свою територію на ділянки за таким розрахунком:

- ♦ один сімейний терапевт повинен обслуговувати як мінімум 1200 дорослих;
- ♦ один сімейний педіатр — не менше ніж 600 дітей.

Крім того, муніципальні власті мають право вирішувати, надавати послуги сімейної медицини своїми силами чи укласти договір з приватними медичними установами.

У 2000 р. в Угорщині з 6729 практикуючих сімейних лікарів:

- 85 % працювали за договорами функціональної приватизації (тобто отримували плату за послуги з Фонду медичного страхування і орендували приміщення і устаткування у місцевих властей);
- 15 % лікарів працювали на інших договірних умовах, наприклад у приватних хірургічних клініках.

Щоб отримати право на відшкодування витрат за рахунок Фонду медичного страхування, приватно-практикуючий лікар повинен довести, що обслуговує як мінімум 200 хворих. Спеціалізовану амбулаторну допомогу надають головним чином штатні лікарі державних поліклінік і диспансерів.

Теоретично, щоб потрапити на прийом до фахівця, необхідно мати направлення від сімейного лікаря. Ті пацієнти, що звертаються безпосередньо, повинні частково оплачувати консультацію. Проте всілякі пільги і лазівки зводять диспетчерські функції сімейного лікаря майже нанівець і на практиці потрапити до фахівця без направлення досить легко. Порівняно з іншими країнами Центральної і Південно-

Східної Європи в Угорщині кількість звернень за спеціалізованою і первинною медичною допомогою досить високе — в середньому 12 за рік.

Послуги з охорони здоров'я матері і дитини на дільничному рівні і медичну допомогу в школах надають висококваліфіковані медсестри.

Служба суспільної охорони здоров'я при Міністерстві охорони здоров'я організована за територіальним принципом і включає центральні органи, а також регіональні і місцеві муніципальні служби. У її ведення входять охорона здоров'я матері і дитини, суспільна гігієна, охорона праці, боротьба з інфекційними хворобами і санітарна освіта. Крім того, Службі суспільної охорони здоров'я передані численні обов'язки, що виконувалися раніше Міністерством охорони здоров'я, — обов'язкова реєстрація і ліцензування, а також визначення вимог до медичного обслуговування і професійного рівня медичних працівників. Програми суспільної охорони здоров'я реалізуються в співпраці з іншими структурами. Наприклад, Служба охорони суспільного здоров'я узгоджує програму обов'язкової імунізації і поставляє вакцини, а сімейні терапевти і педіатри та медичний персонал шкіл вакцинують дітей. Ймовірно, таким ретельно організованим програмам Угорщина зобов'язана своїми блискучими показниками рівня імунізації.

Стаціонарну і спеціалізовану допомогу надають головним чином державні поліклініки, диспансери і багатопрофільні лікарні. У 2000 р. 77 % ліжкового фонду належало місцевим органам влади, 2 % — релігійним і добродійним організаціям і 21 % — центральним органам влади (10 % — Міністерству освіти, 7 % — Міністерству охорони здоров'я і 4 % — іншим міністерствам).

До 2002 р. кількість ліжок було зменшено до 6,0 на 1000 населення. Середня тривалість госпіталізації в тому ж році склала 6,9 днів, а середня зайнятість ліжка — 72 %. На лікарні було витрачено лише 28 % всіх витрат на охорону здоров'я.

Не дивлячись на введення нових методів оплати, вдосконалення управління і скорочення ліжкового фонду, ряд недоліків (наприклад, невиправдані госпіталізації) знижують економічну ефективність лікарень.

Малозабезпечені та інваліди мають право на соціальну допомогу, включаючи безкоштовні медичні послуги і лікарські засоби. Інваліди отримують первинну соціальну допомогу, яка надається на дому, й спеціалізовану соціальну допомогу в медико-соціальних установах. До послуг первинної соціальної допомоги відносяться доставка продуктів, допомога по дому і в сім'ї. Соціальні установи обслуговують осіб похилого віку, людей з фізичною або психічною інвалідністю, наркоманів і бездомних. Цим категоріям громадян надається тривалий догляд в інтернатах і будинках для осіб похилого віку, реабілітація, допомога в денних стаціонарах та інтернатах короткочасного перебування.

Особливий вид соціальної установи представляє комунальний інтернат: у ньому живуть інваліди (звичайно 8—14 чоловік) із соматичним або психічним захворюванням, що здатні хоч би частково обслуговувати себе.

Залучення приватних установ на договірній основі в секторі соціальної допомоги практикується ширше, ніж в охороні здоров'я в цілому. У 2000 р. майже чверть установ соціальної допомоги були недержавними організаціями.

Соціальна допомога фінансується з декількох джерел. Центральний уряд узяв на себе два типи подушних витрат і, крім того, надає субсидії для окремих заходів; місцева влада може доповнити ці заходи власними доходами від місцевих податків

Бюджет охорони здоров'я в Угорщині складається з трьох частин:

- бюджету Фонду медичного страхування;
- державного бюджету;
- місцевого бюджету.

В основі розподілу бюджетних коштів лежить принцип розділу капітальних і поточних витрат (подвійне фінансування) як у лікарняному, так і в амбулаторному секторі.

Капітальні та амортизаційні витрати оплачують центральні і місцеві влади.

Фонд медичного страхування відшкодовує тільки поточні витрати. У бюджеті Фонду медичного страхування понад дванадцять розділів.

Ключові рішення по розподілу засобів ухвалюються централізовано. Парламент щорічно визначає суму внесків, бюджет Фонду медичного страхування і його розподіл по розділах. Витрати за всіма розділами, за винятком фармацевтики, строго обмежені. З 1999 р. допускається перерозподіл засобів між розділами. Парламент Угорщини визначає також методи фінансування медичних установ у різних секторах охорони здоров'я з тим, щоб уникнути перевитрати бюджетних коштів.

У 1987 р. почався поступовий перехід до фінансування лікарень за системою клініко-витратних груп. З 1993 р. ця схема застосовується по всій країні, і лише деякі дорогі втручання, наприклад трансплантація кісткового мозку, сплачуються окремо.

Тривале лікування оплачується за кількістю ліжко-днів з урахуванням тяжкості протікання захворювання.

При соціалізмі охорона здоров'я в Угорщині фінансувалася постатейними бюджетами. Економічна ефективність такого фінансування була низькою, країна була забезпечена медичним обслуговуванням украй нерівномірно.

Зараз, в умовах фінансування за клініко-витратними групами при обмеженому бюджеті, розвиваються такі явища, як невинуваті госпіталізації, підтасовування звітності за клініко-витратними групами і приписки. У лікарень немає матеріальної зацікавленості лікувати хворих амбулаторно і відмовлятися від невинуваті госпіталізації.

Медичні кадри і навчання в Угорщині. У 2003 р. на 1000 населення припадало 3,2 лікаря і 8,6 медичних сестер. Проте за цими досить високими показниками ховається нерівномірність їх розподілу по країні і диспропорції в чисельності лікарів різних спеціальностей. Так, сімейною медициною займається лише 20 % усіх лікарів. Навчання і перепідготовка медичних працівників організовані на високому рівні. Набір в медичні інститути і училища регулюється квотами.

Зарплата сімейних лікарів залежить від кількості прикріплених пацієнтів. Деякі лікарі займаються приватною практикою, зазвичай за сумісництвом. Приватні послуги оплачують хворі. Більшість фахівців та інших медичних працівників входять до числа державних службовців і отримують заробітну плату відповідно до тарифної мережі, затвердженої Парламентом Угорщини.

Працедавці, переважно місцеві органи влади, отримують кошти з Фонду медичного страхування за відповідною схемою. Наприклад, за методом глобальних бюджетів для диспансерів або за фактично надані послуги для амбулаторної спеціалізованої допомоги. Оскільки бюджет обмежений, розцінки на ці послуги коливаються. Визначення обсягу наданих послуг та їх оплата проводяться щомісячно.

У 2002 р. уряд підвищив заробітну плату всім працівникам державних установ у середньому на 50 %. Крім того, медичним сестрам і іншим працівникам середньої ланки охорони здоров'я, що працюють не менше 4-х років, виплачуються винагороди за вислугу років. Проте середня зарплата в працівників охорони здоров'я, як і раніше нижча, ніж в інших галузях.

Реформи 1990-х років були зроблені в пошуках виходу з кризи, в якій опинилася система охорони здоров'я, побудована за соціалістичними принципами. Вони проходили в умовах глобальних політичних, соціальних і економічних змін.

Перші реформи — створення договірної системи, введення оплати за надані послуги, сприяння зростанню економічної ефективності — були успішними. Подальшим перетворенням перешкодила політика жорсткого обмеження витрат, централізація управління і пряме втручання уряду в роботу системи охорони здоров'я. Уряд, що перебував при владі з 1998 по 2002 р., ввів на регіональному рівні регульовану медичну допомогу і знов децентралізував планування. Крім того, Парламент Угорщини прийняв закон про особливий порядок управління і володіння лікарнями.

Парламент Угорщини обговорює законопроект, що дозволяє приватизацію медичних установ комерційними організаціями і навіть фармацевтичними фірмами. Найбільші диспути в парламенті викликав законопроект, що гарантує приватним організаціям отримувати чистий прибуток на капітал і амортизацію через Фонд медичного страхування. Уряд має намір розширити експеримент щодо впровадження регульованої медичної допомоги, але не відмовляється і від планів введення конкуренції між фондами медичного страхування.

Чеська Республіка. На території країни існують державні і недержавні установи охорони здоров'я. Майже всі заклади є договірними — тобто вони уклали договір про надання і оплату медичних послуг з агентством медичного страхування. Медичні послуги надаються пацієнтам, застрахованим у відповідному страховому агентстві, без прямої оплати.

Медичні послуги в Чеській Республіці надає система амбулаторних закладів, клінічних (лікарняних) закладів і інститутів, заводських лікувально-профілактичних закладів, пунктів невідкладної медичної допомоги, організацій із перевезення хворих, поранених і породіль (швидка допомога), санаторно-курортних закладів, так само як і аптекарських закладів по забезпеченню лікарськими засобами і виробами медичного призначення (засобами медичної техніки) та стоматологічними препаратами.

У разі захворювання пацієнт спочатку звертається до лікаря первинної медико-санітарної допомоги, який знаходиться поблизу його місця проживання. Це дільничні лікарі для дорослих, дільничні лікарі для дітей і підлітків (педіатри), зубні лікарі (стоматологи) і жіночі лікарі (дільничні гінекологи).

Якщо пацієнт з яких-небудь причин не знає, до якого лікаря або медичного закладу він відноситься, він може з'ясувати це в окружному управлінні. Можна також звернутися в страхове агентство або знайти лікаря самостійно по телефонному довіднику.

При виборі лікаря необхідно мати на увазі, що пацієнт може записатися на прийом тільки до того лікаря, в якого розміщений договір з тим же самим страховим агентством, у якого він застрахований.

У всіх лікарів первинної медико-санітарної допомоги пацієнт зобов'язаний спочатку зареєструватися. Відмовити пацієнтові лікар міг би тільки у випадку, якщо він має таке навантаження, що не дозволяє надати кваліфіковану допомогу або даному пацієнтові, або іншим, зареєстрованим у нього, пацієнтам.

У разі потреби надання невідкладної допомоги (травми, раптового гострого захворювання) лікар не має права відмовити пацієнтові. Проте після надання допомоги він повинен направити пацієнта до його лікаря, що його лікує. У разі відмови в

прийомі, пацієнт має право вимагати від лікаря письмового підтвердження про відмову. Якщо в пацієнта виникнуть виправдані сумніви з приводу причин відмови, він має право надати прохання про перевірку в комісію з охорони здоров'я відповідного окружного управління.

Якщо районний лікар погоджується зареєструвати пацієнта, він стає його лікуючим лікарем, і повинен заповнити на нього реєстраційну карту, тим самим беручи на себе зобов'язання систематично піклуватися про цього пацієнта, тобто надавати йому первинну медико-санітарну допомогу (включаючи відвідини вдома), а в разі потреби, забезпечити йому спеціалізовану допомогу в лікарів-фахівців або в лікарні.

Клієнти договірного медичного страхування в лікарів не реєструються. Медичну допомогу їм надають договірні лікарі або договірні заклади охорони здоров'я — Агентства загального медичного страхування.

Якщо характер захворювання вимагає стаціонарного лікування, дільничний лікар або лікар-фахівець запропонує пацієнтові лікування в лікарні або сам безпосередньо домовляється про його госпіталізацію.

Після закінчення обстеження і лікування в лікарні пацієнта виписують, видають необхідні ліки на три дні вперед, а для лікаря, що лікує, видають довідку про хід і результати лікування в лікарні, з рекомендацією подальшого лікування. Проте право на письмовий висновок лікаря законом не встановлюється, і допускається практика, коли лікар стаціонару власноруч посилає висновок дільничному лікареві або лікареві-фахівцю, який направив пацієнта на стаціонарне лікування.

Разом з лікарняними закладами, стаціонарне лікування може надаватися також у мережі спеціалізованих лікувальних закладів. Це заклади для хронічних хворих, психіатричні лікарні, реабілітаційні центри, здравниці і нічні профілакторії, диспансери для хворих на туберкульоз і респіраторні захворювання, санаторно-курортні заклади.

Надання медичної допомоги забезпечується і в разі раптового захворювання або травми, які відбулися поза прийомними годинами дільничного лікаря або за його відсутності. Надання цієї допомоги здійснюється залежно від місцевих умов — у невеликих містах вона забезпечується співпрацею лікарів, коли один заміщає іншого за його відсутності. У великих населених пунктах — організацією невідкладної допомоги в спеціальних лікувальних закладах або ж у пунктах невідкладної медичної допомоги, що працюють при лікарнях. Такі самі пункти існують і для надання невідкладної стоматологічної допомоги.

Індія. В країні на охорону здоров'я щорічно виділяється 1,8—2 % ВВП. У спадок від колоніальної системи Індія отримала систему охорони здоров'я, за якою майже всі лікарні були зосереджені в містах, у сільській місцевості не було налагодженої структури надання медичної допомоги. Вся медична допомога в країні була платною.

Після проголошення в 1947 р. незалежності було прийнято закон про реформування охорони здоров'я в Індії. У 22 штатах та 9 з'єднаних територіях було створено державні та приватні лікувально-профілактичні заклади. Реформування галузі відбувається в напрямі створення багатоукладного фінансування, яке передбачає надходження коштів з державного бюджету, страхових фондів, муніципальних і благодійних коштів.

З метою налагодження медичної допомоги сільському населенню було розроблено програми підготовки працівників охорони здоров'я для сільського населення. Стратегічний план реформування галузі передбачає, що в кожному селі буде пра-

цювати громадський працівник охорони здоров'я. Програма його підготовки та функціональні обов'язки аналогічні підготовці фельдшера в нашій країні.

Малі. Країна африканського континенту, система організації охорони здоров'я якої являє собою певний інтерес у зв'язку з проголошенням у 1961 році стратегічного напрямку на реформування галузі в бік створення державної медичної допомоги. В країні існує Міністерство охорони здоров'я і соціальних справ, якому підпорядковані всі лікувально-профілактичні заклади.

За стан та організацію охорони здоров'я в областях країни відповідає директор обласної служби охорони здоров'я. Він призначається наказом Міністра охорони здоров'я і соціальних справ та виконує обов'язки технічного радника з питань охорони здоров'я при губернаторі. До обов'язків директора обласної служби входить контроль та координація діяльності обласних закладів охорони здоров'я та також закладів соціального спрямування.

У кожному із 45 районів країни створено центр охорони здоров'я, яким керує головний лікар, який відповідає за всі медико-соціальні служби району та підпорядкований обласному директорові служби охорони здоров'я. У країні створено також 266 окружних центрів, які є основою первинної медико-санітарної допомоги. Очолює такий центр державна медична сестра. У великих селах існують бригади охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу. У великих містах відкриті квартальні амбулаторії й амбулаторії залізниць.

Приватний сектор охорони здоров'я представлений 30-ма диспансерами при католицьких та протестантських місіях.

4.3. Фармацевтична діяльність у різних країнах світу

Данія. Згідно з законодавством країни, всі аптеки мають бути незалежними, тому в Данії немає централізованої аптечної мережі. Аптеки розташовані у великих містах та передмістях, у сільській місцевості функціонують філії аптек або пункти доставки в магазинах. На відміну від деяких інших скандинавських країн, у Данії лікарняним аптекам не дозволено продавати лікарські засоби населенню. Лікарні також не мають права розповсюджувати фармацевтичні препарати. Проте в країні існує 4 Інтернет-аптеки. Фармацевтична асоціація запропонувала всім аптекам використовувати систему Інтернет-продажу. Нещодавно в країні було прийнято законодавство, згідно з яким супермаркети, заправні станції та інші місця отримали дозвіл на продаж відібраного асортименту безрецептурних лікарських засобів.

Підготовка фармацевтів (магістрів природничих наук) проводиться лише в Королівській Датській школі фармації. Тривалість навчання — 5 років. Загальним фармацевтам для збереження ліцензії не обов'язково продовжувати післядипломну освіту. В Данії існують суворі інструкції, згідно з якими фармацевти не можуть відкривати нові аптеки, а мусять купувати вже існуючі.

Аптеки в Данії проводять активну діяльність щодо профілактики захворювань, збереження та підтримку здоров'я:

- надають усну та письмову інформацію щодо профілактики захворювань, приймання лікарських засобів;
- проводять індивідуальні та групові заходи з припинення тютюнопаління;
- надають індивідуальні та групові медичні послуги щодо зменшення маси тіла;
- надають медичні послуги із вимірювання артеріального тиску;

- проводять вимірювання цукру в крові;
- надають медичну допомогу діабетикам 2-го типу.

Крім владних структур, фармацевтичну діяльність у країні формує Датська асоціація фармацевтів, що представляє власників аптек і має такі структури:

- ◆ Фармаком, Датський центр досліджень та практичної освіти, який розробляє концепції обслуговування та проводить продовжене навчання (професійні курси розвитку) для фармацевтів та техніків;
- ◆ ДатаФарм, відділ даних;
- ◆ Апотекенес AS, відділ маркетингу;
- ◆ Відділ, який представляє фармацію в Інтернеті — www.sundhed.dk

Японія. Мережа роздрібної торгівлі лікарськими засобами в Японії представлена спеціалізованими та неспеціалізованими аптекарськими магазинами, роздрібними торговцями лікарських засобів. Понад 90 % товарообігу аптек становлять ліки, які відпускаються за приписами, решта припадає на фармацевтичні препарати, які розповсюджуються без рецепту, косметичні засоби та дієтичні добавки.

До останнього часу в Японії лікарі одночасно призначали та розповсюджували лікарські засоби. Останніми роками швидко розповсюджується тенденція до чіткого розподілу функцій між працівниками галузі охорони здоров'я, за якою медичні працівники усуваються від діяльності по розповсюдженню ліків. Для цієї діяльності необхідно мати відповідну державну ліцензію фармацевта.

Для одержання державної ліцензії фармацевта необхідно закінчити курс фармації факультету Японського чотирирічного коледжу з базовим циклом навчання та пройти випробування. На фармацевтів покладено такі функції: забезпечення раціонального розповсюдження безпечних та ефективних лікарських засобів; проведення обліку лікарських засобів; проведення обліку алергійних та інших побічних реакцій на фармацевтичні препарати. Частина витрат на ведення обліку пацієнтів з патологічною реакцією на лікарські засоби відшкодовується системою страхування здоров'я.

До функцій фармацевтів у Японії належить також контроль за санітарним станом в усіх областях країни. Кожна початкова та неповна середня школа для забезпечення належного стану навколишнього середовища повинна мати в штаті шкільного фармацевта. Здебільшого такі посади поєднують фармацевти аптек, які знаходяться неподалік. Унікальна система шкільного фармацевта дає можливість стежити за якістю води, повітря, освітлення, шуму та іншими факторами навколишнього середовища в школі. Фармацевти проводять бесіди з учнями про відповідне використання лікарських засобів та безпеку їх неправильного вживання.

Великобританія. У Великобританії в 1971 р. вступив у дію Закон про ліки, що зобов'язує орган, який надає ліцензії, при видачі торговельних ліцензій на лікарські засоби враховувати міру їхньої безпеки, ефективності, а також якість. Крім того, відповідно до Закону, до компетенції ліцензійного органу входить відстеження побічних реакцій на фармацевтичні препарати, здійснення контролю за їхньою рекламою і просуванням, інспектування виробничих фармацевтичних підприємств.

Агентство з контролю за лікарськими засобами (Medicines Control Agency — MCA) при Міністерстві охорони здоров'я Великобританії (UK Department of Health) виконує місію по охороні здоров'я населення, гарантуючи, що якість, безпека й ефективність всіх лікарських засобів на британському ринку відповідають стандартам. Це досягається за допомогою систем ліцензування лікарських засобів

та моніторингу лікарських засобів у післяліцензійний період. МСА включає кілька підрозділів, до компетенції яких входять ліцензування, післяліцензійні процедури, інспектування із застосуванням санкцій, адміністрування і фінансування (докладніша інформація розміщена на веб-сайті МСА: <http://www.mca.gov.uk>).

Угорщина. Фармацевтичні компанії Угорщини майже повністю приватизовані, обмеження на торгівлю лікарськими засобами зняті. Вся фармацевтична галузь від виробництва до роздрібного продажу строго контролюється.

Реєстрацією і ліцензуванням препаратів розпоряджається Національний інститут фармації при Міністерстві охорони здоров'я. На лікарські засоби, що пройшли процедуру ліцензування та включені в державний список найважливіших препаратів, можуть бути виділені субсидії із засобів медико-соціального страхування.

У 1999 р. до списку найважливіших препаратів увійшли 2172 з 3705 лікарських засобів, що пройшли систему ліцензування. Список найважливіших препаратів, роздрібна ціна, оптові і роздрібні націнки, а також об'єм субсидії на препарат затверджуються на щорічних переговорах за участю представників фармацевтичних компаній, оптових і роздрібних торгових підприємств, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів і Адміністрації Національного фонду медичного страхування.

Існує вузький список пільгових препаратів. Придбати лікарські засоби за пільговою ціною можна тільки за наявності рецепту від лікаря, що діє в рамках своєї спеціалізації. Знижка при роздрібному продажі може становити 9, 50, 70, 90 або 100 % вартості препарату; останні дві знижки розповсюджуються тільки на препарати, що призначаються лікарями певних спеціальностей, наприклад ендокринологами. Виписування рецептів контролює Адміністрація Національного фонду медичного страхування.

Частка витрат на лікарські засоби для амбулаторного лікування збільшилася з 22 % усіх витрат на охорону здоров'я в 1992 р. до 34 % в 2001 р. Третину покривали платежі населення, дві третини — державні джерела. Для зниження витрат Фонд медичного страхування низив субсидування лікарських засобів і ввів жорсткий контроль за бюджетними витратами. З 1999 р. Міністерство охорони здоров'я Угорщини отримало право перерозподіляти засоби між розділами і підрозділами бюджету. У 2001 р. з метою скорочення витрат були зменшені оптові і роздрібні націнки; укладена угода, що зобов'язувала виробників лікарських засобів протягом трьох років утримувати зростання цін нижче за рівень інфляції. Було введено обмеження на виписування пільгових рецептів і збільшено частку субсидій з фіксованою сумою. У 2002 р. було розроблено рекомендації за економічною оцінкою лікарських засобів для вирішення питань про відшкодування витрат на препарати з урахуванням економічної ефективності.

Естонія. Реформування фармацевтичної галузі в 90-х роках ХХ ст. виявилось цілком успішним. Найпомітніші явища — приватизація аптек і встановлення порядку відшкодування витрат на придбання лікарських засобів.

Процес приватизації аптек проходив стрімко і за станом на 2001 р. 267 з 273 аптек уже перебували в приватній власності. Незважаючи на це, приватизація істотно не вплинула на кількість роздрібних аптек та аптечних кіосків на душу населення. У цьому плані Естонія має такі самі показники, як і Великобританія, але відрізняється від багатьох інших європейських країн, де працює багато маленьких приватних аптек.

Цікава структура фармацевтичного ринку цієї країни. Частка продукції місцевих виробників у грошовому виразі становить менше ніж 10 % обсягу ринку. Всі естонські компанії, зайняті виробництвом і оптовою торгівлею лікарськими засобами, приватні. Ліцензії на оптову торгівлю є в 38 підприємств, але 90 % обсягу продаж припадає на 6 найбільших з них («Magnum Medical AS», «Tamro Eesti AS», «TopMed AS», «Oriola AS», «Pharmac MS AS», «Armila Eesti Oü»). Обсяг продаж рецептурних і безрецептурних лікарських засобів у грошовому виразі в 2006 р. збільшився на 12,4 % порівняно з 2005 роком.

У країні функціонує єдиний регуляторний орган фармацевтичної галузі. Так, видачу дозволів на маркетинг лікарських засобів (у тому числі біологічних), видачу дозволів на проведення клінічних випробувань, імпорт і експорт продукції, контроль обороту психотропних і наркотичних лікарських засобів, прекурсорів, медичної інформації й реклами, а також проведення інспекцій покладено на Державне агентство по лікарських засобах (Ravimiamet).

Доступність лікарських засобів забезпечується за допомогою системи відшкодування вартості рецептурних препаратів. Значна частина бюджету Фонду соціального страхування йде на оплату препаратів. Тому реформи в галузі спрямовані на зменшення використання брендированих і збільшення непатентованих лікарських засобів, відповідно більш дешевих.

В Естонії створений перелік лікарських засобів і перелік захворювань, лікування яких компенсується лікарняною касою. Такий перелік встановлює, при яких захворюваннях лікарські засоби компенсуються за пільговими ставками, при яких відшкодування становить 100, а при яких — 75 % від загальної вартості. Перелік містить вікові обмеження.

Розрахунок особистого грошового внеску пацієнта проводиться за таким принципом. Якщо при якому-небудь захворюванні надаються 100 %-ві пільги на ліки, пацієнт оплачує як свою частку самофінансування в розмірі 20 крон. Іншу частину вартості препарату оплачує ЕОМС. Якщо на ліки встановлена гранична ціна, а виписаний препарат коштує дорожче, лікарняна каса оплачує 100 % різниці між граничною ціною й часткою самофінансування. Пацієнт, крім частки самофінансування, сплачує також частину вартості, що перевищує граничну ціну.

При пільзі в 75 % пацієнт оплачує частку самофінансування, що становить також 20 крон і додатково 25 % від загальної залишкової вартості. Лікарняна каса компенсує 75 % різниці між ціною на лікарський засіб і часткою самофінансування.

При пільговій ставці 50 % частка самофінансування пацієнта становить 50 крон. 50 % іншої вартості, але не більше ніж 200 крон на рецепт, оплачує лікарняна каса. Крім цього пацієнт сплачує частину вартості лікарського засобу, що перевищує граничну ціну.

Важливою реформою у фармацевтичному секторі стало внесення змін у закон про медичне страхування (§ 47) 1 січня 2003 р., на підставі якого в пацієнтів з'явилося право одержувати додаткову компенсацію витрат на лікарські засоби. Вона надається тим, хто змушений витрачати на придбання препаратів більше, ніж середньостатистичний житель Естонії.

Система додаткової компенсації покликана допомогти насамперед тим пацієнтам, у схемах лікування яких застосовують дорогі лікарські засоби або захворювання яких має хронічний плин.

Розрахунок проводиться за такою схемою: якщо протягом року за пільгові медикаменти виплачено 6000—10 000 крон, ЕОМС компенсує 50 % суми, що перевищує 6000 крон. Таким чином, максимальна компенсація лікарняної каси в цьому

випадку може досягати 2000 крон. При витратах на ліки 10 000—20 000 крон лікарняна каса оплачують уже 75 % суми, максимально — до 7500 крон. На витрати понад 20 000 крон компенсація не проводиться. Легко підрахувати, що найбільша компенсація пацієнтові може досягти 9500 крон і ні на крону більше.

Болгарія. Основним законом Болгарії, що впорядковує фармацевтичну діяльність, є Закон «Про лікарські засоби».

Національна асамблея Болгарії відхилила проект нового закону про лікарські засоби й аптеки в другому читанні, схваливши лише три його розділи, і перенесла його повторний розгляд на пізніший період. У першому читанні закон розглядався ще в серпні 2006 р.; в нього покладені зміни, які необхідно впровадити при адаптації фармацевтичної галузі до відповідних регуляторних актів Євросоюзу, у зв'язку зі вступом до нього Болгарії з 1.01.2007 р. Проте навіть таке тривале відстрочення не допомогло подолати всіх розбіжностей.

На відміну від чинного закону, новий проект закону передбачає зміни в класифікації лікарських засобів, спрощує процедури реєстрації гомеопатичних засобів і препаратів рослинного походження, отримання торгових ліцензій імпортерами, припускає зміни в ціновій політиці і питаннях власності, встановлює десятирічний період ексклюзивності даних для оригінальних препаратів.

Дискутуються два основні питання: політика ціноутворення на ринку лікарських засобів і питання власності у фармацевтичній галузі.

У питанні регулювання цін передбачається ввести фіксовані (встановлені державою) ціни на лікарські засоби, що відпускаються за рецептом, замість існуючої практики максимальних цін. Таке рішення підтримує Болгарський союз фармацевтів, вважаючи, що це може захистити фармацевтичну галузь від деструктивних тенденцій, викликаних конкуренцією на ринку лікарських засобів.

Законопроект передбачає, що власником фармацевтичної фірми може бути тільки магістр фармації з мінімальним дворічним стажем роботи, володіти аптекою (приватною, лікувальною установи або комунальною може магістр фармації із стажем від 1 року, а у випадку, якщо кількість населення, що обслуговується аптекою становить менше ніж 5 тис. чоловік, то фармацевт із середньою освітою. Власниками дрогерій (магазинів, що торгують лікарськими засобами із списку, затвердженого Міністерством охорони здоров'я, різними видами діагностичних тестів, а також засобами особистої гігієни і косметикою) можуть бути будь-які фізичні і юридичні особи, а керувати таким закладом — особи з медичною або фармацевтичною освітою. Таке рішення також підтримується Болгарським союзом фармацевтів.

Проте деякі болгарські аналітики разом з представниками промисловості вважають, що ця поправка суперечить основним принципам вільного руху капіталу в ЄС, а дозвіл особам, що не мають фармацевтичної освіти, бути власниками аптек просто узаконить уже існуючу в ЄС практику.

Польща. Економічна трансформація Польщі, яка розпочалася на початку 90-х років, зумовила поступову перебудову ринку фармацевтичної промисловості — реформування системи медичної опіки, приватизацію цієї галузі, появу нових національних фірм і відповідне входження на ринок найбільших міжнародних фармацевтичних концернів. Незважаючи на підвищення цін на лікарські засоби, ціни на фармакологічні товари Польщі, особливо національного виробництва, ву 4 рази нижчі, ніж у країнах Європейського Союзу. Щоправда, на сьогодні національ-

ні фірми Польщі не мають достатнього економічного потенціалу для дослідження інноваційних ліків, за винятком тих генериків, що виробляються в країні. Більшу частину фармацевтичного ринку становлять іноземні продукти як за обсягом продажу, так і як зареєстровані фармакологічні засоби. Імпорт у країні сягає близько 60 %.

Реформування галузі дозволило збільшити доступність фармакологічних препаратів і зменшити загальні витрати на лікування пацієнтів. Але існують проблеми науково-дослідних робіт — винайдення формули фармпрепаратів, проведення цих робіт в умовах обмеженого фінансування, недостатність кадрів і зменшення потенціалу в дослідницьких центрах. І це все при одночасному зростанні попиту на дослідження власних лікарських засобів (ЛЗ) і напрацювань, пов'язаних з комплектацією документів.

Нині в Польщі стурбовані необхідністю приведення галузі до стандарту належної виробничої практики (GMP). Цей процес потребує виділення підприємцями певних фінансових коштів. Разом з цим відсутнє юридичне регулювання виконання умов GMP, що значно обмежує експортні можливості виробників. Поляки сподіваються на поліпшення цієї ситуації після одержання членства в Міжнародній фармацевтичній організації.

Початок розквіту польської фармацевтичної промисловості в цілому пов'язаний з процесом приватизації з 1994 р. Відтоді з 100 % державних фармацевтичних закладів залишилися тільки 6 підприємств.

У Польщі існує декілька великих комерційних підприємств, які під час злиття і включення в себе дрібніших підприємств створили фундамент всепольських дистриб'юторських структур. Ці підприємства становлять групу лідерів, які планують зміни у формі власності в гуртовій фармацевтичній торгівлі і виступають ініціаторами більшості початих процесів у фармації.

Медицина політика уряду Польщі до сьогоднішнього дня не була спрямована на розвиток власних національних виробництв. Тому нині польській фармакологічній промисловості загрожує маргіналізація через конкуренцію з найбільшими європейськими світовими концернами, а польські підприємства обмежуватимуться випуском застарілих генеричних форм лікарських засобів (ЛЗ). Такому стану речей сприяє встановлення цін на ЛЗ і ліберальна митна ставка.

З 1992 р. готові ЛЗ, імпортовані з країн ЄС, а також країн, з якими Польща підписала угоду про вільну торгівлю, мають нульове мито. Серед ЛЗ, які рекламуються з бюджетних коштів, частка ліків польського виробництва поступається на користь ліків, вироблених та імпортованих із-за кордону.

З року в рік витрачається все більше бюджетних коштів на рекламування ліків. Наслідком цього є підвищення цін на імпортні ЛЗ, ніж на власні, вироблені в Польщі. Польські державотворці виходом з цього становища вбачають створення холдингу, до якого увійдуть фармакологічні підприємства, контрольовані державою, що дозволить раціоналізувати виробництво і протистояти іноземній конкуренції.

В'єтнам. має досить розвинуту фармацевтичну промисловість. У 1996 р. в країні нараховувалося 138 фармацевтичних виробничих підприємств, 265 оптових дистриб'юторів фармацевтичної продукції, 22 450 державних аптечних пунктів і 7000 приватних аптек. Міністерство охорони здоров'я В'єтнаму несе подвійну відповідальність, виконуючи функції органу, який реалізує лікарські засоби, здійснює управління фармацевтичними виробничими й експортно-імпортними компаніями, що знаходяться у власності держави. Відповідальність за реалізацію лікарських засобів несуть три ор-

ганізації, які знаходяться в безпосередньому підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я. У штаті Управління з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами В'єтнаму (Food and Drug Administration) близько 20 співробітників, які займаються розробкою законодавства про лікарські засоби, реєстрацією лікарських засобів, видачею ліцензій на імпорту і експорт препаратів, здійснюють контроль за внутрішнім виробництвом, імпортом, просуванням на ринок і рекламою лікарських засобів. Крім того, Управління здійснює післямаркетинговий нагляд і розповсюджує інформацію про лікарські засоби. Відповідальність за інспектування лікарських засобів несуть центральні і місцеві органи влади. Контроль якості фармацевтичних препаратів здійснюють Національний інститут контролю якості ліків (Ханой), Інститут контролю якості (м. Хо Ши Мін) і провінційні відділи охорони здоров'я.

Кенія. В країні працюють одна державна організація з постачання лікарських засобів та 135 приватних фірм, які імпортують лікарські засоби, оптові фармацевтичні компанії і близько 40 виробників лікарських засобів. Юридичною підставою для реалізації лікарських засобів у Кенії є Закон про аптеки й отрути (Pharmacy and Poisons Act), прийнятий у 1957 р. Постанова уряду про аптеки й отрути, прийнята в 1981 р., регламентує реєстрацію лікарських засобів. Управління по аптеках і отрутах (Pharmacy and Poisons Board) здійснює видачу торговельних ліцензій на лікарські засоби, ліцензування виробників і оптових дистриб'юторів лікарських засобів, а також роздрібних аптек і їхніх співробітників. Аптечний департамент Міністерства охорони здоров'я, очолюється Головним фармацевтом. У роботі Управління по аптеках та отрутах беруть участь три комітети: Комітет фінансів, Комітет з аптечної практики і Комітет з реєстрації лікарських засобів.

Реєстрація лікарських засобів у Кенії здійснюється з 1982 р. Реєстрації підлягають як препарати, що використовуються в медичній практиці, так і продукція, призначена для застосування у ветеринарії.

Управління по аптеках та отрутах також здійснює обмежений пре- і післямаркетинговий контроль якості лікарських засобів. Інспекція, що підпорядкована директорів Медичної служби і Міністерству охорони здоров'я Кенії, здійснює нагляд за оптовою і роздрібною торгівлею лікарськими засобами. Інспекції зведені до застосування санкцій і проводяться особами, які не мають фармацевтичної освіти (колишніми поліцейськими).

Нідерланди. Безпечне і доступне медикаментозне лікування для всіх — принцип, що лежить в основі політики уряду Нідерландів по щодо лікарських засобів. Особлива увага приділяється їхній якості, виготовленню, поширенню і постачанню. Важливим завданням державної політики в галузі охорони здоров'я є також контроль за цінами на лікарські засоби; підвищення відповідального відношення пацієнтів до використання фармацевтичних препаратів; стимулювання доцільних і рентабельних підходів при призначенні лікарських засобів.

4.4. Регулювання фармацевтичної діяльності в країнах ЄС

Регулювання фармацевтичної діяльності в країнах, що входять до ЄС, проводиться дотриманням постанов, директив та рішень. Постанови мають загальний характер і стосуються систем і структур, а не окремих фізичних і юридичних осіб.

Усі елементи постанов є обов'язковими для виконання. Постанови застосовуються в кожній країні, вони переносяться в національне законодавство автоматично, починають свою дію одночасно в усіх країнах ЄС. Текст постанов та термін їх дії публікують в Офіційному бюлетені ЄС. Наприклад, Постанова ради ЄС № 2309/93 «Про встановлення загальносоюзних процедур ліцензування і контролю за лікарськими препаратами для застосування в людини і у ветеринарії».

Директиви зобов'язують кожну державу досягти поставлених у документі цілей, але залишають за урядом держав ЄС повне право вибору форми і засобів їх досягнення. Директиви є основним механізмом створення єдиного ринку. Європейське законодавство, що регулює обіг лікарських засобів, створюється переважно за допомогою Директив Ради ЄС. Провідні директиви ЄС:

- Директива Ради ЄС № 65/65/ЄЕС «Про зближення законодавчих положень, правил і адміністративних заходів відносно лікарських препаратів».
- Директива Ради ЄС № 92/25/ЄЕС «Про правила оптової реалізації лікарських препаратів для людини».
- Директива Ради ЄС № 92/26/ЄЕС «Про визначення категорій лікарських препаратів для людини».
- Директива Ради ЄС № 92/28/ЄЕС «Про рекламу лікарських засобів для людини».

Рішення можуть бути адресовані одній або всім державам ЄС, підприємствам або окремим особам. Усі положення рішень обов'язкові для виконання тими, кому вони адресовані. Наприклад, Рішенням ради ЄС 75/320/ЄЕС було створено Фармацевтичний Комітет.

Особливості регулювання фармацевтичного ринку. Завдяки централізованій і децентралізованій процедурам реєстрації, що діє в країнах ЄС: фірма, що розробляє лікарський засіб, може реалізовувати свій препарат на території будь-якої країни, що входить у ЄС. Такий захід значно знижує собівартість виробництва та розробки й стимулює виробників до виходу на інші ринки. У результаті такого підходу ринок не обмежується рамками однієї країни, і виробники прагнуть дотримуватись загальноприйнятих міжнародних стандартів якості, ефективності й безпеки лікарських засобів. Таким чином, уніфікація вимог стандартів, процедур і документів у фармацевтичній сфері має такі позитивні наслідки:

- ♦ спостерігається стимулювання розвитку національних і регіональних фармацевтичних ринків;
- ♦ підвищується якість, ефективність і безпека лікарських засобів;
- ♦ здешевлюються процеси розробки й допуску на ринок лікарських засобів, зменшується їхня кінцева вартість;
- ♦ стимулюються національні виробники лікарських засобів.

Загальносвітова тенденція гармонізації норм і вимог у фармацевтичному секторі пов'язана, з одного боку, з практикою державного регулювання фармацевтичного ринку на основі національних підходів, а з іншого — з міжнародним характером лікарського засобу як товару.

Усі форми державного регулювання фармацевтичного ринку мають національний характер і нерозривно пов'язані з особливостями законодавства, державного устрою, структури органів охорони здоров'я й фармацевтичної служби, традиціями й ресурсами кожної країни.

Починаючи з 60-х років ХХ ст., в результаті регіональної й глобальної гармонізації було розроблено й уведено правила доклінічного вивчення й клінічних випро-

бувань нових препаратів, порядок їхньої реєстрації, вимоги GMP*, систему інспектування підприємств галузі тощо. Останніми роками гармонізація поширилася на оптову й роздрібну торгівлю лікарськими засобами, рекламу, організацію контролю якості. Успішно використовується програма вибору міжнародних найменувань лікарської субстанції, методи оцінювання ефективності й безпеки ліків, гармонізовано підходи до забезпечення їхньої якості, принципи маркетингового просування. Проблемним залишається питання щодо ціноутворення.

Під гармонізацією стандартів, правил оцінки ліків і вимог до них розуміють процес, що здійснюється в рамках міжнародного співробітництва відповідно до певних правил. Виділяють два основних напрями.

У першому — досвід передається від одних країн, що просунулися вперед у цій сфері, іншим, готовим цей досвід сприйняти. За необхідності країнам-реципієнтам досвіду може бути надана методична допомога в його освоєнні. У цьому випадку можливе часткове використання рекомендованих нормативів. Найбільш типовий приклад такого підходу — співробітництво в рамках ВООЗ.

В основу іншого підходу покладено економічні інтереси. Основна мета в цьому випадку — послабити або зняти нетарифні бар'єри (розбіжності в стандартах, вимогах тощо) у міжнародній торгівлі. Ця мета може бути досягнута двома шляхами: або укладанням угоди про взаємне визнання існуючих національних вимог (на цьому принципі ґрунтується PICS-Pharmaceutical Inspection Cooperation Scheme), або спільною розробкою нових, загальних стандартів і їх спільним використанням замість національних стандартів. Країни, члени ЄС, використовують гармонізовані нормативи повністю.

Європейська фармакопейна комісія, система реєстрації фармацевтичних продуктів ЄС і ІСН (Міжнародна Конференція із узгодження технічних вимог до реєстрації лікарських препаратів для людини) функціонують, використовуючи останній механізм. Як гармонізацію багато держав розглядають однобічне запозичення передового закордонного досвіду з метою наближення національних вимог до міжнародно визнаних.

Провідну роль у розробці національних вимог і стандартів виконують міжнародні організації, що займаються проблемами гармонізації й забезпеченням якості, ефективності й безпеки лікарських засобів.

Співробітництво з ВООЗ. Найширше міжнародне співробітництво в галузі гармонізації й забезпечення якості лікарських засобів здійснюється в рамках ВООЗ (Все-світньої організації охорони здоров'я). Відповідно до Статуту (Конституції) ВООЗ, що була прийнята в 1946 р. до функцій Організації входить встановлення міжнародних стандартів щодо харчових, лікарських, біологічних та інших продуктів.

Нормативні документи ВООЗ не обов'язкові; характер їх використання (обов'язковий, рекомендаційний тощо) визначається на національному рівні, тобто за рішенням кожної держави — члена Організації. За матеріалами ВООЗ щодо гармонізації вимог до лікарських препаратів, найбільшу популярність й значення мають:

- правила GMP і GCP**,
- рекомендації щодо порядку реєстрації фармацевтичних продуктів;

* GMP — належна виробнича практика, являє собою сукупність правил з організації виробництва й контролю якості. Є елементом системи забезпечення якості, що забезпечує стабільне виробництво лікарських засобів відповідно до вимог технологічної нормативної документації, проведення контролю якості відповідно до аналітичної нормативної документації.

** GCP — належна клінічна практика, що являє собою сукупність правил з планування, виконання, контролю, оцінки й документування клінічних випробувань лікарських засобів. Додержання GCP забезпечує точність отриманих даних, захист прав осіб, які беруть участь у випробуваннях, конфіденційність даних про цих осіб, тощо.

- методики вивчення їх стабільності й біоеквівалентності лікарських засобів, харчових та інших біологічних продуктів;
- інспектування підприємств з виробництва медикаментів і мережі їх розподілу;
- Міжнародна фармакопея;
- міжнародні біологічні стандарти.

Матеріали ВООЗ стосуються як нових, оригінальних, так і відтворених препаратів. У рамках ВООЗ функціонує Система сертифікації і якості лікарських засобів для міжнародної торгівлі. Ця система вперше була запропонована в 1969 році країнам — членам ВООЗ. На початок ХХІ ст. в Системі брало участь понад 140 країн світу. Дотримання Системи є обов'язковим для всіх країн ЄС. У рамках цієї системи країна-експортер видає сертифікат ЛЗ для регламентуючого органу країни-імпортера. Сертифікат містить відомості про відповідність виробництва ЛЗ вимогам GMP, про результати проведення інспектування підприємства-виготовлювача на дотримання належної виробничої практики, що відповідає вимогам ВООЗ або еквівалентні. Для участі в даній системі необхідно, щоб у країні діяли такі умови:

- ◆ державна реєстрація ЛС;
- ◆ наявність законодавчо затверджених правил GMP;
- ◆ регулярне незалежне інспектування підприємств-виробників ЛЗ на відповідність вимогам GMP, проведене під егідою спеціального органу, уповноваженого національним законодавством.

Щоб усунути перешкоди в міжнародній торгівлі медикаментами, пов'язаними з різними національними підходами до перевірки дотримання правил GMP, у жовтні 1970 р. в Женеві десять країн Європи (Австрія, Великобританія, Данія, Ісландія, Лихтенштейн, Норвегія, Португалія, Фінляндія, Швейцарія, Швеція) підписали Конвенцію. Основними напрямками діяльності Конвенції з фармацевтичних інспекцій було:

- подальше зближення стандартів і вимог до фармацевтичного виробництва;
- підвищення кваліфікації інспекторів на основі вироблення єдиних підходів до обстежень;
- прийом нових країн-учасниць.

На основі рекомендацій ВООЗ і документів Європейського співтовариства в рамках Конвенції було розроблено спільні вимоги GMP, що одержали широку популярність за межами Європи. Підготовка й перепідготовка інспекторів здійснювалася у формі семінарів і спільних обстежень підприємств фармацевтичної промисловості групами фахівців з різних країн. Такий захід дозволив останнім переймати досвід один одного й виробляти загальні методи перевірок.

Після підписання Конвенції до неї приєдналися Угорщина, Ірландія, Румунія, ФРН, Італія, Бельгія, Франція, а з несвропейських країн — Австралія. З метою дозволу виникаючих протиріч у відповідності до директиви ЄС у 1995 р. було організовано Систему співробітництва із фармацевтичних інспекцій, учасниками якої виступають не держави, а відповідні національні органи, що здійснюють інспектування фармацевтичних виробництв. У рамках Системи співробітництва розроблено керівні документи щодо інспектування й контролю якості лікарських засобів у процесі виробництва.

У сучасних умовах об'єднання й зближення економічних позицій окремих держав є найбільш значимими.

На сьогодні в рамках ЄС досягнуто значних успіхів у зближенні реєстраційних вимог до фармацевтичних препаратів, правил GMP, GLP*, GCP, правил оптової то-

* GLP — належна лабораторна практика, що являє собою сукупність правил з планування, виконання, контролю, оцінювання і документування лабораторних досліджень, які є частиною до клінічного вивчення й клінічних випробувань лікарських засобів. GLP забезпечує якість, точність й повноту отриманих даних.

ргівлі, в координації процедури оцінки й дозволу на збут лікарських засобів, а також у взаємному визнанні результатів реєстрації фармацевтичних препаратів, інспекційних обстежень з перевірки дотримання правил GMP.

Крім того, в ЄС координується діяльність у сфері:

- фармаконагляду;
- рекламування;
- контролю цін;
- захисту навколишнього середовища.

Препарати, експортовані й імпортовані в межах Співтовариства, не піддаються повторному контролю після перетинання кордонів. Останніми роками обсяг ринку ліків розширився за рахунок входження в ЄС нових держав, уведено нові процедури реєстрації лікарських препаратів, удосконалено їхній патентний захист, підписано угоди про взаємне визнання вимог GMP з Австралією, Канадою, Новою Зеландією й США.

Законодавчою базою нормування вимог і форм контролю у цій сфері є директиви Співтовариства, що мають наднаціональний характер, тобто обов'язкові для виконання в країнах — членах ЄС.

З метою оптимізації єдиного європейського ринку фармацевтичної продукції в 1995 р. за рішенням Європейського парламенту було створено Європейське агентство з оцінювання медичної продукції — The European Agency for the Evaluation of Medical Products-EMEA.

EMEA — незалежна установа Союзу, діяльність якої здійснюється в тісному співробітництві з іншими інститутами Союзу й, насамперед, з Комісією ЄС (у складі якої утворена Робоча група з біотехнології й фармакології). EMEA оцінює лікарські препарати, здійснює нагляд за ними. На підставі висновку EMEA Комісія ЄС затверджує торговельні ліцензії (Marketing Authorization — MA) на нові лікарські засоби. У цілому EMEA виконує в рамках Європейського Союзу функції з контролю за лікарськими засобами.

До основних завдань EMEA входять:

- ♦ забезпечення національних і загальносоюзних установ ЄС науково-консультативною допомогою з питань якості, безпеки й ефективності лікарських засобів;
- ♦ створення єдиної системи оцінювання лікарських засобів за допомогою централізованої й децентралізованої процедур видачі MA;
- ♦ розробка швидких і ефективних процедур із ліцензування, контролю й, у відповідних випадках, вилучення використовуваних лікарських препаратів у країнах ЄС;
- ♦ координація перевірок за дотриманням виробниками й розроблювачами лікарських препаратів вимог належної лабораторної (GLP), клінічної (GCP) і виробничої практики (GMP);
- ♦ посилення контролю за існуючими лікарськими засобами шляхом координації діяльності національних органів, відповідальних за проведення фармакологічного нагляду та інспекцій.

До структури EMEA входить Комітет із запатентованих лікарських засобів, що складається з постійно діючих робочих груп (біотехнології, ефективності, безпеки, фармакологічного нагляду, контролю якості).

Робоча група із фармакологічного нагляду забезпечує досягнення взаєморозуміння між національними органами нагляду й EMEA. Вона узгоджує питання з термінології й процедури фармаконагляду в країнах ЄС, розглядає будь-які питання, пов'язані з безпекою застосування лікарських засобів для здоров'я людей.

Агентство оцінює лікарські препарати, призначені для лікування людини або для застосування у ветеринарії, здійснює нагляд за ними й відповідає за координоване використання наукового потенціалу, наявного в розпорядженні держав Європейського Союзу.

Як пріоритетні напрями ЕМЕА виділяє:

- подальшу централізацію заявок на медичну продукцію;
- збереження активності в сфері контролю лікарських засобів;
- арбітражну діяльність та інші процедури, передані на розгляд ЄС;
- наукові консультації майбутніх заявників та інститутів ЄС;
- інформування населення й професійних працівників охорони здоров'я;
- технічну підтримку ініціатив у сфері процедури реєстрації лікарських препаратів, які забезпечують швидкий доступ ліків на ринки ЄС.

У сфері контролю за лікарськими препаратами в 1993 р. було засновано спеціалізований незалежний інститут Європейського Союзу — Європейське Агентство з оцінки лікарських препаратів. Серед численних завдань, покладених на ці наддержавні структури, основними є:

- ◆ координація національної політики країн ЄС;
- ◆ врахування національних інтересів і усунення розходжень, що існують між країнами ЄС у різних областях.

Це знайшло своє відбиття й у законодавстві ЄС про лікарські засоби, при розвитку якого потрібна була розробка й прийняття великої кількості директив і постанов, спрямованих на узгодження національних законодавств про лікарські засоби країн ЄС.

Децентралізована процедура реєстрації й одержання торговельної ліцензії на лікарські засоби може застосовуватися в тому випадку, якщо фармацевтична компанія, що одержала дозвіл на ринковий продаж в одній державі — члені ЄС, звертається до інших країн Союзу із проханням визнати такий дозвіл у цих країнах відповідно до принципу взаємного визнання.

У співробітництві в рамках Європейського Союзу беруть участь, крім країн — членів ЄС, також держави Центральної й Східної Європи, що подали заявку на вступ до Євросоюзу або уклали угоду про асоційований статус.

З 1947 р. діє Угода про участь у роботі ЄС компетентних органів по реєстрації лікарських препаратів Болгарії, Чехії, Естонії, Угорщини, Латвії, Литви, Польщі, Румунії, Словаччини, Словенії (CADREAC — Collaboration Agreement between Drug Regulatory Authorities in European Union Associated Countries). Представники держав — учасників CADREAC присутні як спостерігачі в робочих групах ЕМЕА й Комісії ЄС. Прийнято програму підготовки фахівців із країн Центральної й Східної Європи на базі цих організацій. Чехія, Словаччина та деякі інші країни визнають в однобічному порядку реєстрацію лікарських препаратів, проведену в ЄС за централізованою процедурою. Створюється Панєвропейський регуляторний форум за участю країн — членів CADREAC, Європейської комісії, держав СНД, а також Туреччини для обговорення проблем законодавства, що регулюють механізми використання рекомендацій ІСН, обміну інформацією в рамках Міжнародних конференцій з контролю якості ліків, що організуються ВООЗ.

У 1998 р. між ЄС і США було підписано міжгалузеву «рамкову» угоду. У додатку до неї викладено умови взаємного визнання результатів перевірки дотримання правил GMP. Угода поширюється й на виробництво фармацевтичних субстанцій. Для вирішення оперативних питань створено спільний комітет, що складається з представників усіх зацікавлених держав.

Європейська Фармакопея (ЄФ). є одним з механізмів функціонування інтегрованої системи контролю за якістю лікарських засобів. Її ціль полягає в тому, щоб сприяти збереженню здоров'я населення шляхом надання загальновизнаних стандартів для застосування всіма, хто має відношення до якості лікарських засобів.

Останнє видання ЄФ містить опис загальних аналітичних методів і випробувань, розділ статистичного оброблення результатів аналізів, а також вимоги до використовуваних реактивів. В ЄФ включено близько півтори тисячі індивідуальних статей на лікарські субстанції (активні інгредієнти), призначені для застосування в медицині й ветеринарії, препарати із природної мінеральної й рослинної сировини, радіофармацевтичні препарати, а також допоміжні речовини, пакувальні матеріали й контейнери для впакування дозованих лікарських форм у роздрібній торгівлі.

Вимоги до готових препаратів обмежуються загальними статтями на всі основні види дозованих лікарських форм. Для готових препаратів, що є в обігу на ринку ЄС ці вимоги обов'язкові.

Європейська фармакопейна комісія складається з представників країн-учасниць і збирається три рази на рік (у березні, червні й листопаді) у м. Страсбурзі.

Голову Комісії обирають її члени на трирічний період. До завдань Комісії входять:

- затвердження проектів статей і інших текстів ЄФ,
- затвердження стандартних зразків для фармакопейного аналізу;
- затвердження складу групи експертів, які виконують основний обсяг робіт із підготовки матеріалів ЄФ;
- прийняття стратегічних рішень про розвиток програми ЄФ.

Проекти статей ЄФ готуються одним із трьох методів.

Перший, основний, метод — підготовка проекту «з нуля», винятково силами експертних груп на підставі аналізу наявних даних, у тому числі представлених виробниками.

Другий метод ґрунтується на виборі й адаптації найбільш підходящої статті однієї з національних фармакопей країн—учасниць Конвенції.

Третій метод застосовується лише у випадках розробки статті на субстанції, зі стікаючим строком патентного захисту, вироблених в одній з країн-учасниць. У цьому випадку розробка проекту статті поручається фармакопейному органу країни—виробника субстанції; останній повинен консультуватися з її виробником.

Щоб провести публічне обговорення проектів статей та інших текстів ЄФ, ці матеріали подають до розгляду на Комісії, публікують у журналі «PHARMEUROPA».

Проводяться спільні дії державних органів з впровадження **нормативного контролю** в фармацевтичній промисловості в напрямі зближення норм, правил вивчення й оцінки нових лікарських засобів. У 1990 р. з ініціативи представників європейської фармацевтичної промисловості, ЄС, США, Японії та інших країн було створено Міжнародну конференцію по гармонізації технічних вимог при реєстрації лікарських засобів (The International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for the Registration Pharmaceuticals for Human Use-ICH).

У цьому проекті виявили зацікавленість насамперед транснаціональні фармацевтичні компанії, яким було вигідно усунути розбіжностей у нормативній базі між трьома регіонами. Такі розбіжності призводили до дублювання випробувань, неефективні витрати ресурсів і затягування процесу реєстрації нових лікарських засобів. Кінцева мета проекту полягала в тому, щоб фармацевтичні компанії підготували для кожного нового препарату єдиний пакет реєстраційної документації. Він подавався в кожному з країн — учасниць ініціативи.

Основні члени ICH представлені державними органами регулювання лікарських засобів у ЄС, Японії й США й інноваційно-орієнтованими фармацевтичними компаніями цих країн. До складу робочих груп і комітету входять представники країн—учасниць проекту. У засіданнях комітету беруть участь представники Канади

як спостерігачі й ВООЗ. У роботі конференцій може брати участь будь-який фахівець — представник будь-якої країни.

ІСН розроблено пакет документів, що включає посібник з дослідження:

- безпеки лікарських засобів (вивчення канцерогенності, генотоксичності, токсикокінетики, фармакокінетики й репродуктивної токсикології);
- ефективності лікарських засобів (управління даними клінічної безпеки, GCP);
- якості (випробування стабільності, валідація аналітичних процедур, випробування на сторонні домішки, специфікація для нових субстанцій, методи випробувань і допуски для біологічних продуктів тощо).

Крім того, проводиться робота в галузі узгодження фармакопейних вимог і підготовки правил GMP для фармацевтичних субстанцій. Безпосередніми учасниками Конференції є всього 17 країн Західної Європи, Північної Америки і Японії, на які припадає понад 80 % світового виробництва й експорту сучасних лікарських засобів. Тому прийняті ними документи формально вважаються міжрегіональними, і інші країни орієнтуються на них як на світові стандарти.

Міжнародна організація з стандартизації — International Organization for Standardization, скорочено (ISO), була створена після Другої світової війни й почала функціонувати в 1947 р. ISO, на відміну від ООН, ВООЗ і ЄС, є неурядовою міжнародною організацією. Вона фактично є федерацією ста десяти національних органів із стандартизації. Більшість країн представлена незалежними організаціями. У рамках ISO функціонує близько 180 профільних технічних комітетів, 650 підкомітетів і 2830 спеціалізованих груп, у роботі яких бере участь близько 30 тисяч експертів.

Центральний секретаріат підтримує контакти майже з 500 міжнародними організаціями. Такі широкі зв'язки дозволяють досягати міжнародного консенсусу в розробці й затвердженні стандартів. Головне завдання ISO — сприяти розробці стандартів, правил та інших аналогічних документів з метою полегшення міжнародного обміну товарами й послугами. Всі стандарти ISO є добровільними; вони можуть затверджуватися в якості обов'язкових на національному рівні або в межах окремих підприємств і організацій.

Фармаконагляд. Директиви Ради ЄС від 20 травня 1975 р. «Про зближення законодавчих положень, правил і адміністративних заходів щодо лікарських препаратів» (75/319/ЄЕС) зобов'язував держави ЄС заснувати систему фармаконагляду, що гарантує прийняття відповідних регулюючих рішень по відношенню до ліцензованих у ЄС препаратів. Обов'язковою є отримання інформації щодо негативних реакцій на лікарські засоби в умовах їх звичайного застосування.

Ця система має застосовуватися для збирання даних, необхідних при здійсненні нагляду за лікарськими засобами й контролю побічних реакцій у людини, а також для проведення наукової оцінки цієї інформації.

Таким чином, національна система фармаконагляду країн—учасниць ЄС повинна забезпечувати виконання прийнятих загальноєвропейських стандартів.

Звичайно, дотепер існують певні відмінності національних вимог у сфері фармаконагляду країн, що входять до ЄС. Так відповідно до законодавства всіх країн ЄС, особа (фірма, компанія), відповідальна за розміщення препарату на ринку, зобов'язана сповіщати національним органам охорони здоров'я про всі випадки виражених передбачених і непередбачених реакцій, що мали місце на території держави. Разом з тим Австрія, Німеччина, Великобританія й Португалія вимагають на повідомлення в їхні органи охорони здоров'я про аналогічні випадки, що відбулися на території інших країн—учасниць ЄС.

Документи ЄС регламентують діяльність у сфері фармаконагляду не тільки на рівні окремих національних систем, а й на рівні фірм і компаній, що виготовляють фармацевтичні й імунобіологічні препарати, допущені на загальноєвропейський ринок.

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте основні етапи становлення нормативно-правової бази охорони здоров'я у Франції.
2. Визначте основні принципи медичного страхування у Франції.
3. У чому полягають основні положення організації охорони здоров'я Великобританії на засадах NPSM?
4. Розкрийте сутність державної політики організації охорони здоров'я у Швеції.
5. За якими принципами побудована система охорони здоров'я у США?
6. З'ясуйте сутність та основні принципи обов'язкового медичного страхування в Німеччині.
7. Які позитивні та негативні чинники реорганізації системи охорони здоров'я в Польщі та Росії доцільно враховувати в нашій країні?
8. У чому полягають відмінності підготовки фармацевтів у Данії та Японії?
9. Наведіть основні положення організації контролю за якістю лікарських засобів у Великобританії.
10. Узагальніть проблеми, які виникають під час реформування в галузі охорони здоров'я. Наведіть конкретні приклади.
11. Перелічіть основні документи, що регулюють фармацевтичну діяльність в країнах ЄС.
12. За якими принципами проводиться міжнародна торгівля лікарськими засобами?

Список використаної та рекомендованої літератури

1. Директива Совета ЕС от 20 мая 1975 г. «О сближении законодательных положений, правил и административных мер в отношении лекарственных препаратов» (75/319/ЕЕС).
2. Постановление Совета ЕС от 22 июля 1993 г. «Об установлении общесоюзных процедур лицензирования и контроля за лекарственными препаратами для применения у человека и в ветеринарии и об учреждении Европейского Агентства по оценке лекарственных препаратов» (ЕЕС № 2309/93).
3. Венедиктов Д.Д. Здоровоохранение России: кризис и пути преодоления. — М.: Медицина. — 1999. — 200 с.
4. ВОЗ отдаст предпочтение медицинскому страхованию Европы // www.apteka.ua/archives
5. Гаалом П. Обзор системы здравоохранения Венгрии, Будапешт Учебный центр управления лечебными учреждениями, Семмельвейский медицинский университет — 2005.
6. Демиденко Е. Эстония: медицинское страхование в действии <http://www.apteka.ua/archives>
7. Дюкса М.Н.Г. Исследования по использованию лекарственных средств. Методы и применение. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия 45, 1995. — Кыргызстан, Бишкек. — 219 с.
8. Жаркович Г. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах Стратегия улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998.

9. Медицинское страхование за рубежом (обзор печати) // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2004. — № 5 (41). — С. 67—78.
10. *Міл Дж.В.Ф., Інжер Дуус Нельсок*. Громадська фармація в Данії // Фармац.ж. — 2002. — « 2. — С.15-17.
11. Организация системы оказания услуг здравоохранения в ЧР// <http://www.pragaonline.ru/catalog/article/123.html>
12. Основные направления стандартизации в фармации / В.Л.Багирова, Б.П.Бучнев, С.А.Парфейников, Д.М.Борзова, В.М.Маршалкин // Новая Аптека, 2002. — N 10. — С. 17—20.
13. Реформа в здравоохранении// <http://www.nhif.bg/healthcare/reform.htm>
14. *Найговзина Н.Б. и Ковалевский М.А.* Системы здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. — М.: Классик-Консалдинг, 1999.
15. *Нонко В.* Іноземний досвід медичного страхування //Главный врач. — 2002. — № 4. — С. 42—44.
16. *Салман Р.Б., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе. М.: Гэотар Медицина, 2000. — 431 с.
17. *Усенко В.А., Спасокукоцкий А.Л.* Лицензирование в Европейском Союзе: фармацевтический сектор. — Киев: «МОРИОН», 1998. — 384 с.
18. *Фотаки М.* Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта // Сб. «Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)» — М., — 1999. — С.8—11.
19. Фармацевтический сектор: основы современного законодательства в Европейском Союзе / Н.А.Ляпунов, В.А.Усенко, А.Л.Спасокукоцкий, Е.П.Безуглая. — Киев: «МОРИОН», 2002. — 310 с.
20. Фундаментальные основы политики здравоохранения / Под ред. О.П.Щепина. — М., 1999.
21. *Шейман И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения. — М.: Русь, Издатцентр, 1998.
22. *Ягудина Р.И., Аладышева Ж.И.* Органы контроля качества лекарственных средств в странах с высоким уровнем развития фармацевтической промышленности // Фармация, 1999. — N 6. — С. 47—52.
23. *Ямато Н.* Роль фармацевтів, які працюють в аптеках Японії // Фармац.ж. — 2002. — № 2. — С.18—19.
24. *Burchardi H, Schuster HP, Zielmann S* Implementing regulatory reform: the saga of Michigan's debedding experiment. Cost containment: Europe. Germany. New Horizons 1994 Aug;2(3): 364—74.
25. The European Agency for Evaluation of Medicinal Products. Notice to Marketing Authorization Holders. // Pharmacovigilance Guidelines, London, 1998.
26. *Hodges M., Appelebe G.E.* Control of the Safety of Drugs, 1868—1968 (ч. I)// The pharm. J. — 1987. — August 1. — P. 119—122).
27. *Field M.G.* The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // Sosial Science and Medicine, 1980. — V 14a, № 5. — H. 401.
28. *Penn R.G.* The state Control of Medicines: the First 3000 years. Br. J. Clin. Pharmacol. — 1979. — № 8. — P. 293—305.
29. *Kuznar W.* Oxford Fields a New Team\\ Managed Health Care. — 1997. — V.7. — N 12. — P.26—29
30. Матеріали Інтернет-сайтів: www.sofiaecho.com; www.mh.government.bg; www.healthmanagement.ru; communityhealth.com.ua

РОЗДІЛ V

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

5.1. Міжнародні засади формування державної політики в галузі охорони здоров'я.

5.2. Формування державної політики охорони здоров'я в Україні.

5.3. Система охорони здоров'я в Україні.

5.4. Державне регулювання фармацевтичної діяльності в Україні.

5.1 Міжнародні засади формування державної політики в галузі охорони здоров'я

Формуванню державної політики в галузі охорони здоров'я в Україні притаманні загальні закономірності, що є універсальними та загальнозастосовуваними в більшості країн світу. В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначається, що суспільство і держава забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави. При цьому у формуванні державної політики застосовуються принципи міжнародних договорів, в яких бере участь Україна.

Програмним документом, яким керуються більшість країн світу при формуванні державної політики в галузі охорони здоров'я, є Європейський кодекс соціального забезпечення (Страсбург, 1962) та Хартія соціального забезпечення, прийнята X всесвітнім конгресом профспілок (Гавана, 1982).

Основні засади формування державної політики та стратегій у галузі охорони здоров'я проголошені, на Першій міжнародній конференції з поліпшення здоров'я (Канада, 1986) й відомі під назвою Оттавської Хартії. Цим документом передбачається необхідність упровадження нової управлінської технології на основі міжсекторального підходу.

Оттавська хартія уперше визначила базові соціальні умови, що впливають на стан здоров'я населення. Пріоритетного статусу набули суто політичні аспекти, зокрема такі, як зменшення несправедливості й нерівності в охороні здоров'я тощо. Були запропоновані стратегії, які в процес забезпечення здоров'я населення включали підтримку громадських дій і організацій, інших галузей управління й уперше передбачали необхідність перетворення процесу управління охороною здоров'я на міжсекторальну діяльність [7].

Оттавська Хартія вперше поклала в основу здоров'я людини підтримання миру на Землі, а також забезпечення її їжею, житлом, здоровим довкіллям, освітою, стабільним доходом, соціальною справедливістю й рівністю в можливостях. Детермінанти здоров'я зумовлені суспільно й біологічно запрограмовані, а державна політика і дії щодо формування та збереження здоров'я населення визначилися як п'ять стратегій:

- розробка та впровадження державної політики, яка могла б гарантувати внесок кожної сфери суспільного життя в забезпечення реальних умов для збереження, зміцнення та відновлення здоров'я;

- створення сприятливих умов навколишнього середовища (техногенних, соціальних, економічних, культурних та духовних), що дасть змогу адаптуватися до трансформаційних суспільних процесів, включаючи галузі нових технологій та організації безпеки праці (здорові робочі місця, чисте повітря, вода, продукти харчування тощо);

- активізація діяльності на рівні громади, щоб населення окремих адміністративних територій мало можливість визначати пріоритети, а органи місцевого самоврядування — розробляти та схвалювати адекватні рішення стосовно проблем здоров'я конкретної громади;

- розвиток індивідуальних навичок та вмінь, необхідних для підтримки здоров'я та самореалізації людини;

- переорієнтація системи охорони здоров'я на пріоритетне забезпечення запобігання захворюванням здорової людини та первинної медико-санітарної допомоги.

Рішення Оттавської конференції були використані при розробці Програми Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я для всіх до 2000 року».

В основу цієї програми покладено такі принципи:

- ◆ справедливість є основним принципом стратегії «Здоров'я для всіх». Усім людям мають бути забезпечені рівні можливості для повної реалізації потенціалу їх здоров'я;

- ◆ запобігання захворюванням та зміцнення здоров'я є найважливішими стратегічними підходами, що забезпечують досягнення людьми такого стану здоров'я, який дає змогу повністю використовувати їх фізичні, психічні та соціальні можливості;

- ◆ окремі люди, а також громади активно братимуть участь у визначенні пріоритетів, прийнятті та виконанні рішень, коли вони добре інформовані та мотивовані. Якомога більше складових суспільства мають співпрацювати в ім'я досягнення здоров'я для всіх;

- ◆ міжгалузеві дії є необхідними для забезпечення здоров'я, захисту від факторів ризику довкілля, економічного та соціального оточення;

- ◆ задоволення основних потреб суспільства здійснюється через гармонійну систему охорони здоров'я, побудовану на первинній медичній допомозі та адекватній практиці направлення хворих до лікарів-спеціалістів, які надають прийнятні, з урахуванням конкретних умов, якісні медичні послуги;

- ◆ усе більше проблем у сфері охорони здоров'я виходять за межі національних кордонів.

Міжнародними деклараціями ВМА та Соціальними хартіями проголошено основні принципи забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я, згідно з якими уряд самостійно або в співробітництві з громадськими чи приватними організаціями має вживати відповідних заходів з метою:

- усунення, в міру можливостей, причин слабого здоров'я;

- забезпечення діяльності консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я;

- запобігання, в міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням.

Медична допомога у випадку хворобливого стану має охоплювати:

- ◆ допомогу лікаря загального профілю, в тому числі удома;

- ◆ допомогу лікарів-спеціалістів, яка надається в лікарнях стаціонарним і амбулаторним хворим, а також допомогу лікарів-спеціалістів, яка може надаватися поза межами лікарень;

◆ забезпечення основними лікарськими засобами, приписаними лікарями чи іншими кваліфікованими фахівцями;

◆ госпіталізацію у разі необхідності

У випадку вагітності та пологів та їхніх наслідків медична допомога має включати:

- допомогу лікарів чи кваліфікованих акушерок під час вагітності, родів і в післяродовий період;

- госпіталізацію у разі необхідності.

Пацієнт чи його годувальник може частково сплачувати витрати на медичну допомогу, що надається у зв'язку із хворобливим станом; правила, що стосуються такої часткової сплати витрат, мають бути складені таким чином, щоб запобігати створенню труднощів.

Установи чи державні відомства, які надають допомогу, будь-якими належними засобами заохочують захищених осіб до використання загальних медичних служб, які надаються у їхнє розпорядження органами державної влади або іншими органами, визнаними органами державної влади.

Основні міжнародні акти та декларації з надання медичної допомоги умовно можна поділити на загальні та спеціальні.

До загальних міжнародних документів відносяться:

1. Заява про доступність медичної допомоги (40 ВМА, Вена. — 1988);
2. Міжнародний кодекс медичної етики (3 ВМА, Лондон, 1949);
3. Принципи надання медичної допомоги в будь-якій національній системі охорони здоров'я (27 ВМА, Мюнхен, 1973 та 35 ВМА, Венеція, 1983).

Спеціальні міжнародні акти та декларації присвячені одному або кільком питанням щодо принципів надання медичної допомоги:

1. Права практикуючого лікаря.
2. Права пацієнта.
3. Використання психотропних засобів.
4. Надання медичної допомоги у сільській місцевості.

Загальні міжнародні засади надання медичної допомоги. У вересні 1988 р. на 40-й Всесвітній Медичній Асамблеї, що проходила у місті Відень (Австрія) була прийнята «Заява про доступність медичної допомоги». Важливість цієї заяви полягає у характеристиці понять:

- доступності медичної допомоги;
- медичних ресурсів країни.

Доступність медичної допомоги зумовлена збалансованістю можливостей держави та медичними ресурсами країни.

Стан медичних ресурсів залежить від таких чинників:

- медичні кадри;
- фінансування;
- транспорт;
- можливість свободи вибору медичної допомоги;
- рівень освіти суспільства;
- якість та розташування медичних технологій.

Ступінь оптимальності балансу перелічених елементів, за критерієм максимізації якості та об'ємом наданої медичної допомоги, визначає її доступність.

Другим міжнародним документом, що визначає загальні засади надання медичної допомоги, є Міжнародний кодекс медичної етики, який був прийнятий у 1949 р. на 3-й Всесвітній Медичній Асамблеї, що проходила в м. Лондоні. Зміни, що відбу-

валися в суспільстві, пов'язані з досягненням науки і техніки, введенням у медичну практику нових біотехнологій, привели до необхідності введення змін та доповнень у Кодекс. Тому, на 22-й ВМА в м. Сідней та 35-й ВМА у м. Венеції було зроблено поправки до Міжнародного кодексу медичної етики.

Кодекс медичної етики складається з чотирьох розділів, у яких висвітлені:

- ◆ загальні обов'язки лікаря; види діяльності, які міжнародна медична спільнота вважає неетичними;

- ◆ етичні обов'язки лікарів; обов'язки лікарів по відношенню до пацієнтів; обов'язки лікаря по відношенню до своїх колег.

Всесвітня медична асамблея вважає за основні етичні обов'язки лікаря:

- у медичній практиці дотримуватися найвищих стандартів професійної діяльності;

- не дозволяти фінансовим інтересам впливати на професійне рішення;
- надавати медичну допомогу з технічною та моральною незалежністю;
- зі співчуттям та повагою ставитися до пацієнта;
- бути чесним по відношенню до пацієнтів та колег;
- боротися з професійними та особистими недоліками колег.

Всесвітня медична асамблея ухвалила рішення, за яким неетичним вважається самореклама лікаря. При цьому робиться виняток для лікарів тих країн, у яких самореклама дозволена законодавством або Кодексом етики Національної медичної асоціації.

Згідно з Міжнародним кодексом медичної етики кожен лікар повинен:

- ◆ поважати права пацієнта, колег та іншого медичного персоналу;
- ◆ дотримуватися конфіденційності по відношенню до пацієнта;
- ◆ діяти в інтересах пацієнта в тих випадках, коли використовуються засоби, що можуть послабити фізичний або психічний стан пацієнта;
- ◆ обережно розповсюджувати нові наукові відкриття та лікувальні методи по непрофесійних каналах;
- ◆ Стверджувати тільки те, що перевірів сам.

Кожний лікар має певні обов'язки не тільки перед пацієнтами та їх представниками, а й перед колегами:

- завжди пам'ятати свій обов'язок оберігати людське життя;
- залучати до процесу надання медичної допомоги всі ресурси науки;
- залучати для діагностики або лікування більш компетентного лікаря, якщо необхідна пацієнту медична допомога виходить за межі його професійних можливостей;
- зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта;
- надавати невідкладну допомогу, якщо немає впевненості в тому, що інші бажать і можуть її надати;
- не переманювати пацієнтів у своїх колег;
- дотримуватися принципів «Женевської декларації», схваленої ВМА.

Третім пакетом міжнародних декларацій закладено засади надання медичної допомоги в будь-якій національній системі охорони здоров'я, викладені в резолюціях: 27-ї Всесвітньої Медичної Асамблеї (Мюнхен, 1973) та доповнених резолюцією 35-ї Всесвітньої Медичної Асамблеї (Венеція, 1983).

Згідно з міжнародними деклараціями будь-яка національна система охорони здоров'я повинна включати 12 принципів надання медичної допомоги.

1. У будь-якій системі охорони здоров'я умови роботи медичних працівників повинні визначатися позиціями лікарських товариств.

2. Кожна національна система охорони здоров'я повинна забезпечувати пацієнтові право вибору лікарні, а лікареві — право вибору пацієнта, не нехтуючи при

цьому ні правилами лікарні, ні пацієнта. Принципу вільного вибору необхідно дотримуватись і в медичних центрах. Професійним та етичним обов'язком лікаря є надання невідкладної медичної допомоги без усяких винятків.

3. Кожна національна система охорони здоров'я повинна бути відкритою для всіх лікарів, що мають право на медичну практику: ні медичних працівників, ні лікарів не можна примушувати до роботи на неприйнятних для них умовах.

4. Лікар має бути вільним у виборі місця своєї практики і обмеженим тільки своєю спеціальністю.

5. Медичне товариство повинно бути адекватно представлене в усіх державних інститутах, що мають відношення до охорони здоров'я.

6. Усі особи, що беруть участь у лікувальному процесі або контролюють його, повинні поважати та охороняти конфіденційність взаємовідносин між пацієнтом та лікарем.

7. Необхідно гарантувати лікарям моральну, економічну та професійну незалежність.

8. Якщо гонорар за медичні послуги не визначений прямою угодою між лікарем та пацієнтом, то установа, що фінансує надання медичних послуг, зобов'язана адекватно компенсувати працію лікаря.

9. Сума гонорару лікаря повинна залежати від характеру медичної послуги. Вартість медичного обслуговування повинна визначатись угодою за участю представників медичного товариства, а не одностороннім рішенням організації, що фінансують надання медичних послуг або державою.

10. Якість та ефективність надання медичної послуги, обсяг, вартість та кількість послуг повинні оцінювати лікарі, керуючись більш регіональними, а не національними стандартами.

11. Інтереси хворого диктують, що не може бути обмеження права лікаря на виписування будь-яких препаратів та призначення будь-якого лікування, адекватних з точки зору сучасних стандартів.

12. Лікар повинен намагатися поглиблювати свої знання та підвищувати професійний статус.

Професійна незалежність та свобода необхідні лікареві для надання якісної медичної допомоги. Тому лікарі мають право вимагати від суспільства, щоб ніякі філософські, релігійні, расові, політичні, географічні, фізичні та інші бар'єри не перешкождали їхній професійній лікарській активності, спрямованій на отримання нової інформації знань, умінь та навичок.

Декларація про права людини та свободу особистості практикуючого лікаря підкреслює однакові можливості для кожного лікаря участі в медичних асоціаціях та медичних товариствах; отриманні післядипломної та безперервної освіти, при прийомі на роботу та інших аспектах професійної діяльності.

34-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю, що проходила в 1981 р. в Лісабоні, була прийнята «Декларація про права пацієнта», що зазначає:

- пацієнт має право вільно обирати лікаря;
- пацієнт має право отримувати допомогу лікаря, незалежного від стороннього впливу в своїх професійних, медичних та етичних рішеннях;
- пацієнт має право отримувати адекватну інформацію, погодитися на лікування чи відмовитися від нього;
- пацієнт має право бути впевненим, що лікар буде відноситися до медичної та особистої інформації, як до конфіденційної;
- пацієнт має право померти достойно;

• пацієнт має право користуватись духовною та моральною підтримкою, включаючи допомогу особи будь-якої релігійної конфесії або відмовитись від неї.

Основні міжнародні рекомендації з надання медичної допомоги в сільській місцевості були прийняті 18-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Хельсінкі, 1964) та 35-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю (Венеція, 1983).

Загальні позиції декларацій ВМА з надання медичної допомоги сільському населенню:

1. Мешканці сіл та міст мають однакові права на медичну допомогу. Якість медичної допомоги на селі не повинна відрізнятися від якості медичної допомоги в місті. На обсяг медичних послуг на селі можуть впливати економічні та інші невідчужені фактори.

2. Сільським регіонам необхідно збирати та аналізувати факти, які необхідні для оцінки потреб мешканців даної місцевості в медичній допомозі, для планування та розвитку місцевих медичних служб.

3. У сільській місцевості відношення «лікар—пацієнт» повинні зберігатися в повному обсязі.

4. Рівень освіти та соціально-економічного розвитку в сільській місцевості взаємозалежні.

Популяризації медичних знань у суспільстві сприяють об'єднані зусилля:

- організації місцевого самоврядування;
- суспільних організацій та товариств;
- медичних працівників, спрямованих на здобуття та підтримку високого рівня практичної охорони здоров'я.

5. Державна система охорони здоров'я повинна забезпечити в рівному ступені розвиток міських та сільських медичних служб.

6. Як у містах, так і в сільській місцевості необхідно забезпечити інтеграцію програм розвитку профілактичної та лікувальної допомоги, гігієни та санітарно-гігієнічної просвіти та засобів їх реалізації.

7. Необхідно докласти всіх зусиль для того, щоб у містах і в сільській місцевості клінічну відповідальність несли виключно кваліфіковані лікарі. Допоміжний персонал тільки тимчасово може залучатися до виконання лікарських обов'язків. На селі повинна бути достатня кількість лікарів, що пройшли сучасну підготовку, спеціально адаптовану до медичних потреб сільського населення.

8. У сільській місцевості повинна бути достатня кількість допоміжного медичного персоналу, підготовленого відповідно до рівня культури та освіти в країні. Медичне співтовариство повинно всіма можливими шляхами допомагати сільським медичним працівникам в отриманні основної та післядипломної освіти.

9. Захворювання, що характерні для сільської місцевості, потребують зусиль лікарів та спеціалістів усіх відповідних галузей медицини.

10. Медичні працівники повинні керувати санітарно-гігієнічною просвітою сільського населення. Для досягнення найкращих результатів медичної просвіти необхідне співробітництво лікаря з населенням.

11. Національні медичні асоціації повинні сприяти тому, щоб умови роботи сільського лікаря були не гірші, ніж лікаря в місті.

12. Національні медичні асоціації повинні брати активну участь у програмах з поліпшення здоров'я населення в сільській місцевості.

Більшість країн формують державну політику в галузі охорони здоров'я, виходячи з зазначених міжнародних угод та декларацій, проте державне управління галуззю в кожній країні здійснюється у правовому полі чинного законодавства.

Україна є учасником міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я, членом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та інших міжнародних організацій. Держава гарантує зазначеним організаціям належні умови діяльності на території України, сприяє розширенню і поглибленню участі України у заходах, що ними проводяться.

Відповідно до своїх міжнародно-правових зобов'язань держава бере участь у реалізації міжнародних програм охорони здоров'я; здійснює обмін екологічною і медичною інформацією; сприяє професійним та науковим контактам працівників охорони здоров'я, обміну прогресивними методами і технологіями, експорту та імпорту медичного обладнання, лікарських препаратів та інших товарів, необхідних для здоров'я, діяльності спільних підприємств у галузі охорони здоров'я; організує спільну підготовку фахівців, розвиває і підтримує всі інші форми міжнародного співробітництва, що не суперечать міжнародному праву і національному законодавству.

Заклади охорони здоров'я, громадяни та їх об'єднання мають право відповідно до чинного законодавства, самостійно укладати договори (контракти) з іноземними юридичними і фізичними особами на будь-які форми співробітництва, брати участь у діяльності відповідних міжнародних організацій, здійснювати зовнішньоекономічну діяльність.

Неправомірні обмеження міжнародного співробітництва з боку державних органів і посадових осіб можуть бути оскаржені в установленому порядку, в тому числі і до суду.

5.2. Формування державної політики охорони здоров'я в Україні

Охорону здоров'я проголошено одним з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію.

Основним Законом України — Конституцією України наголошується, що здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей, забезпечення якої — один з головних обов'язків держави. В ряді статей Конституції (статті 24, 27, 34, 49, 50 тощо) визначається право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Цей документ встановлює, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, а в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Конституційними нормами також закріплено, що існуюча мережа лікувальних закладів не може бути скорочена, і держава сприяє їх розвитку незалежно від форми власності.

Відповідно до Конституції України, держава гарантує всім громадянам реалізацію їхніх прав у галузі охорони здоров'я шляхом:

- створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- подання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України;

- здійснення державного і можливого громадського контролю та нагляду в галузі охорони здоров'я;
- організації державної системи збирання, оброблення і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у галузі охорони здоров'я.

Згідно з Конституцією України, основними принципами, на яких ґрунтується діяльність державних та недержавних організацій і установ щодо охорони здоров'я в країні, є:

- ◆ визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- ◆ дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- ◆ гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- ◆ рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;
- ◆ відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- ◆ орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- ◆ попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- ◆ багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- ◆ децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Конкретизуючи норми Конституції України, прийнятий Верховною радою Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлює права громадян щодо охорони здоров'я:

- життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;
- безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де громадянин проживає;
- безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я;
- достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я;
- участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;

- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи в разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина.

Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, який визначається відповідним Законом України.

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України.

За Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України.

Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я в Республіці Крим, місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою Республіки Крим, органами місцевого й регіонального самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях.

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади. Особисту відповідальність за неї несе Президент України. Президент України у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України повинен робити звіт про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

Президент України:

- виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я,
- забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади;
- проводить у життя державну політику охорони здоров'я;
- здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.

На **Кабінет Міністрів України** покладаються завдання щодо:

- ◆ організації розробки та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм;
- ◆ створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я;
- ◆ забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я;
- ◆ укладання міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я;

♦ здійснення в межах своєї компетенції інших повноважень, покладених на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я. В їх компетенцію також входить:

- визначення єдиних науково-обґрунтованих державних стандартів, критеріїв та вимог, які сприяли б охороні здоров'я населення;
- формування і розміщення державних замовлень з метою матеріально-технічного забезпечення галузі;
- здійснення державного контролю і нагляду;
- інша виконавчо-розпорядча діяльність у галузі охорони здоров'я.

Рада Міністрів Республіки Крим, Представники Президента України та підпорядковані їм органи місцевої державної адміністрації, а також виконавчі комітети сільських, селищних і міських Рад народних депутатів реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством.

Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я. Основні ***завдання Міністерства охорони здоров'я України:***

♦ розробка пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я, забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я усіх форм власності;

♦ здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення, формування здорового способу життя;

♦ забезпечення надання державними закладами охорони здоров'я загальнодоступної, переважно безплатної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню;

♦ сертифікація рівня медичних послуг, що надаються населенню закладами охорони здоров'я незалежно від форм власності та особами, які займаються індивідуальною медичною діяльністю;

♦ розробка прогнозів і показників розвитку національної служби охорони здоров'я, пов'язаних із змінами форм власності;

♦ охорона материнства і дитинства;

♦ розробка і координація заходів щодо забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення;

♦ здійснення медичного контролю і видача дозволів на застосування ліків і методик, організацію промислового випуску або закупівлю лікарських засобів, бактерійних і вірусних препаратів, інших виробів медичного призначення, нагляд за їх постачанням населенню та закладам охорони здоров'я;

♦ розвиток пріоритетних напрямів наукових досліджень у галузі медицини і забезпечення їх ефективності, впровадження в практику досягнень науки, техніки і передового досвіду;

♦ організація підготовки медичних і фармацевтичних працівників, удосконалення їхніх знань і практичних навичок;

♦ координація розвитку мережі закладів охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України відповідно до покладених на нього завдань:

• забезпечує реалізацію державної політики щодо охорони здоров'я, розробляє проекти відповідних державних програм на перспективу, вносить до Кабінету Міністрів України пропозиції про їх фінансове забезпечення;

• здійснює координацію діяльності закладів охорони здоров'я, науково-дослідних, інших підприємств і установ, що перебувають у його функціональному

управлінні, з питань діагностики, лікування і профілактики захворювань, формування здорового способу життя, охорони території України від занесення і поширення карантинних та інших інфекційних захворювань і забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення;

- організує вивчення впливу навколишнього природного середовища на здоров'я людини, розробляє заходи, спрямовані на недопущення шкідливого впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я людини, бере участь у визначенні напрямів та проведенні разом з іншими центральними органами державної виконавчої влади України, Радою Міністрів Автономної Республіки Крим, обласними. Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями роботи з метою запобігання хворобам, зниження захворюваності, інвалідності та смертності;

- готує та подає до Уряду пропозиції про підписання міжурядових угод з питань охорони здоров'я;

- розробляє разом з Академією наук, іншими заінтересованими органами науково-технічні програми з охорони здоров'я та біології людини;

- розробляє і впроваджує в діяльність національної служби охорони здоров'я нові умови господарювання, виходячи із законів ринкової економіки; затверджує типові програми обов'язкового та плани добровільного медичного страхування населення, технологічні стандарти медичних послуг і рекомендації щодо встановлення та зміни тарифів на медичні послуги (відповідно до зміни індексу цін);

- проводить в органах і закладах охорони здоров'я організаційно-методичну роботу по реалізації державної політики в галузі праці та заробітної плати; забезпечує державний санітарний нагляд за виконанням підприємствами, установами й організаціями незалежно від форм власності та громадянами законодавства з питань санітарно-епідемічного благополуччя населення;

- установлює гранично допустимі показники і характеристики шкідливих факторів для здоров'я людини, проводить санітарно-гігієнічні дослідження на промислових підприємствах, організує охорону території України від занесення і поширення карантинних та інших інфекційних захворювань, здійснює санітарно-гігієнічну експертизу, бере участь у державній екологічній експертизі і дає оцінку повноти й обґрунтованості проведення заходів щодо охорони здоров'я населення та навколишнього природного середовища (в тому числі в закладах, що перебувають у його функціональному управлінні), розробляє, затверджує і вводить у дію відповідно до законодавства нормативи екологічної безпеки, санітарно-гігієнічні та проти-епідемічні норми й правила, норми радіаційної безпеки, гігієнічні нормативи, встановлює стандарти якості лікарських засобів, імунологічних препаратів, питної води, медичних приладів;

- здійснює разом з відповідними органами державної виконавчої влади вибірко-вий контроль за рівнем радіаційного забруднення харчових продуктів, водоймищ і ґрунтів, бере участь у складанні експертних висновків щодо визначення категорії зон радіоактивного забруднення територій, а у разі перевищення нормативів вносить відповідні пропозиції до Кабінету Міністрів України;

- погоджує стандарти, технічні умови, іншу нормативно-технічну документацію на харчові продукти, питну воду, нові хімічні речовини, промислові вироби, полімерні і синтетичні матеріали, а також введення нових технологічних процесів, устаткування, приладів, які можуть шкідливо впливати на здоров'я; дає дозвіл на застосування нових хімічних речовин, засобів і методів для виробництва і оброблення продуктів харчування, а також використання стимуляторів росту рослин і тварин, хімічних засобів захисту рослин;

- вносить пропозиції щодо заборони або тимчасового припинення експлуатації діючих об'єктів, які можуть завдати шкоди здоров'ю людей викидами, відходами або покидьками, а також будівництва об'єктів у разі відхилення від затверджених проектів, порушення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил; погоджує відведення земельних ділянок під будівництво і проекти розміщення, будівництва, реконструкції, технічного переобладнання підприємств, будівель, споруд.

До функцій Міністерства охорони здоров'я України також відносяться:

- ◆ встановлення порядку надання населенню швидкої медичної допомоги спеціальною службою;

- ◆ здійснення заходів щодо підготовки органів, закладів охорони здоров'я і підприємств, що перебувають у функціональному управлінні Міністерства, для надання медичної допомоги в екстремальних і надзвичайних умовах, проведення наукових досліджень з цієї проблеми;

- ◆ встановлення порядку матеріально-технічного забезпечення медичних формувань та установ, призначених для Міноборони, Цивільної оборони та служби екстремальної медицини (у військовий час);

- ◆ визначення виробництв, професій та робіт із важкими і шкідливими умовами праці, на яких забороняється застосування праці жінок і осіб, молодших 18 років; надання додаткової відпустки, встановлення скороченого робочого дня;

- ◆ встановлення порядку медичного відбору і направлення хворих для санаторно-курортного лікування;

- ◆ організація та відкриття санаторно-курортних закладів на території України;

- ◆ організація разом з іншими органами державної виконавчої влади і органами місцевого самоврядування систематичного медичного обстеження (диспансеризації) і визначення рівня доз опромінення осіб, які брали участь у ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС та її наслідків, евакуйованих і відселених із зон відчуження, безумовного (обов'язкового) та гарантованого добровільного відселення населення, яке проживає на радіаційно забруднених територіях;

- ◆ розробка рекомендацій щодо встановлення для громадян, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, додаткових норм раціонального харчування у спеціалізованих лікувальних, лікувально-санаторних і курортних закладах, затверджує медичні і фізіологічні норми харчування для зазначеної категорії осіб (у тому числі вагітних жінок і дітей);

- ◆ організація заходів щодо підготовки органів і закладів охорони здоров'я до роботи в екстремальних і надзвичайних умовах, надання медичної допомоги в осередках уражень, проведення наукових досліджень з проблем медичного захисту населення; організація та забезпечення діяльності державних міжвідомчих надзвичайних комісій з охорони здоров'я населення;

- ◆ здійснення експертного обстеження для встановлення інвалідності громадян;

- ◆ забезпечення методичного керівництва судово-медичною і судово-психіатричною експертизою;

- ◆ розробка і проведення заходів, спрямованих на охорону материнства і дитинства, організація правової допомоги в цій справі, проведення разом із заінтересованими органами державної виконавчої влади роботи по охороні праці жінок і підлітків, оздоровленню, фізичному і гігієнічному вихованню дітей, контролюванню стану здоров'я та якості харчування дітей у дитячих дошкільних і навчально-виховних закладах незалежно від відомчої належності, встановлення обов'язкових вимог щодо виробництва, реалізації та споживання продуктів дитячого харчування; погодження обсягів навчально-трудового навантаження, а також режиму занять з дітьми в зазначених закладах;

◆ визначення потреб закладів охорони здоров'я і населення у виробках медичного призначення (в лікарських засобах, бактерійних і вірусних препаратах, вітамінах, окулярній оптиці та інших аптечних товарах, а також у виробках медичної техніки, запасних частинах до них) і в санітарному автотранспорті, забезпечення їх постачання виробами медичного призначення та організація експлуатації і ремонті медичної техніки; дозвіл на використання і впровадження у виробництво лікарських засобів, препаратів крові та кровозамінників, бактерійних і вірусних препаратів, виробів медичної техніки й оснащення, розроблених і випробуваних у закладах охорони здоров'я України, установлення вимог до технологічних умов їх виготовлення та використання;

◆ визначення стратегії наукових досліджень у національній службі охорони здоров'я, розробка основних напрямів розвитку пріоритетних наукових досліджень у галузі медицини, формування і розміщення замовлень на проведення прикладних і фундаментальних наукових робіт науковими закладами МОЗ, Академії наук, інших центральних органів державної виконавчої влади України та відповідних органів інших країн, забезпечення впровадження в практику досягнень науки, техніки і передового досвіду, ефективну діяльність системи наукової медичної інформації, патентно-ліцензійної служби;

◆ надання організаційно-методичної допомоги редколегіям профільних наукових журналів;

◆ розроблення і вдосконалення системи медичної та фармацевтичної освіти, визначення потреб і вимог до професійної підготовки та перепідготовки медичних і фармацевтичних працівників, у тому числі висококваліфікованих наукових і науково-педагогічних кадрів через аспірантуру та докторантуру;

◆ затвердження переліку вищих навчальних закладів, підготовка в яких дає право фахівцям займатися медичною та фармацевтичною діяльністю, а також типових навчальних планів (за погодженням з Міносвіти), участь у проведенні державної атестації та акредитації медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів;

◆ розробка нормативів та організація нострофікації іноземних дипломів медичних і фармацевтичних працівників, видача їм дозвіл на медичну практику в Україні;

◆ сприяння створенню малих та інших підприємств, асоціацій, об'єднань; видача суб'єктам підприємницької діяльності спеціальних дозволів (ліцензій) на медичну практику, виготовлення і реалізацію медикаментів;

◆ затвердження переліків закладів національної служби охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників, разом з Центральним комітетом профспілки працівників охорони здоров'я України розроблення та здійснення заходів щодо захисту соціальних та економічних інтересів медичних і фармацевтичних працівників в умовах ринкової економіки, впровадження в діяльність національної служби охорони здоров'я господарського механізму;

◆ розроблення та затвердження нормативних актів, що регламентують внутрішній розпорядок й умови утримання і лікування хворих у закладах охорони здоров'я;

◆ фінансування в установленому порядку закладів охорони здоров'я, що перебувають у функціональному управлінні Міністерства, проведення конкурсів науково-дослідних робіт з питань охорони здоров'я та фінансування реалізації кращих проектів незалежно від відомчої належності організацій-виконавців;

◆ одержання в установленому порядку статистичної і бухгалтерської звітності, забезпечення централізації обліку, організація в закладах охорони здоров'я, що перебувають у його функціональному управлінні, контрольно-ревізійної роботи, перевірки збереження коштів і матеріальних цінностей та додержання режиму еконо-

мії, здійснення контролю за правильним веденням і достовірності обліку та звітності, а також організація заходів для відшкодування матеріальних збитків згідно з чинним законодавством.

Рішення МОЗ України з питань охорони здоров'я, видані в межах його компетенції, є обов'язковими для центральних і місцевих органів державної виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ і організацій.

МОЗ України очолює Міністр, який призначається відповідно до Конституції України і несе персональну відповідальність за виконання покладених на Міністерство завдань і здійснення ним своїх функцій, встановлює ступінь відповідальності заступників Міністра, керівників підрозділів Міністерства.

Для погодження вирішення питань, що належать до повноважень МОЗ, обговорення найважливіших напрямів діяльності і розвитку галузі в Міністерстві утворюється колегія в складі Міністра (голова колегії), заступників Міністра за посадою, інших керівних працівників Міністерства, представників республіканських громадських організацій інвалідів. До складу колегії можуть входити керівники інших центральних органів державної виконавчої влади.

З метою проведення науково-методичної роботи щодо розвитку медичної науки, визначення її пріоритетних напрямів, організації фундаментальних досліджень медико-біологічного профілю, експертизи наукових програм, співробітництва з Академією наук, науковими установами інших країн у МОЗ створюється вчена медична рада.

Для встановлення гігієнічних регламентів і реєстрації хімічних речовин, впровадження в практику нових виробів медичної техніки і лікувальних засобів, а також імунобіологічних препаратів при МОЗ України створюються на громадських засадах комітети з нової медичної техніки, гігієнічної регламентації та реєстрації хімічних речовин, стандартизації і контролю медичних та імунобіологічних препаратів.

При Міністерстві охорони здоров'я можуть створюватись і діяти органи виконавчої влади.

Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

Зклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної та фармацевтичної практики визначаються актами законодавства України.

Зклад охорони здоров'я здійснює свою діяльність на підставі статуту, що затверджується власником або уповноваженим ним органом. Незалежно від юридичного статусу закладу охорони здоров'я керівництво ним може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Керівникові закладу охорони здоров'я має бути забезпечена незалежність у вирішенні всіх питань, пов'язаних з охороною здоров'я.

Кабінет Міністрів України та уповноважені ним органи, а також у межах своїх повноважень органи місцевого самоврядування мають право вирішувати питання щодо припинення діяльності будь-якого закладу охорони здоров'я в разі порушення ним законодавства про охорону здоров'я, невиконання державних вимог щодо якості медичної допомоги та іншої діяльності в галузі охорони здоров'я або вчинення дій, що суперечать його статуту.

Держава сприяє розвитку наукових досліджень у галузі охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність закладів і працівників охорони здоров'я. Дослідження, що проводяться академічними і відомчими науковими установами, навчальними закладами та іншими науковими установами і підрозділами або окремими науковцями, фінансуються на конкурсній основі з державного бюджету, а також за рахунок будь-яких інших джерел фінансування, що не суперечать законодавству.

Усі державні програми в галузі охорони здоров'я та найважливіші заходи щодо їх здійснення підлягають обов'язковій попередній науковій експертизі в провідних національних і міжнародних установах, визначених Кабінетом Міністрів України.

Вищою науковою медичною установою України із статусом самоврядної організації і незалежною в проведенні досліджень і розробці напрямів наукового пошуку є Академія медичних наук України.

При органах та закладах охорони здоров'я можуть створюватися громадські консультативні або наглядові ради, які сприятимуть їхній діяльності та забезпечуватимуть інформованість населення і громадський контроль у галузі охорони здоров'я.

У визначенні змісту та шляхів виконання загальнодержавних та місцевих програм охорони здоров'я, здійсненні відповідних конкретних заходів, вирішенні кадрових, наукових та інших проблем організації державної діяльності в цій галузі можуть брати участь фахові громадські організації працівників охорони здоров'я та інші об'єднання громадян, у тому числі міжнародні.

Держава забезпечує життєвий рівень населення, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання його здоров'я.

З цією метою на основі науково обґрунтованих медичних, фізіологічних та санітарно-гігієнічних вимог встановлюються єдині мінімальні норми заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, організується натуральне, в тому числі безплатне, забезпечення найбільш вразливих верств населення продуктами харчування, одягом, ліками та іншими предметами першої необхідності, здійснюється комплекс заходів щодо задоволення життєвих потреб біженців, безпритульних та інших осіб, які не мають певного місця проживання, безплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їх життя і здоров'я.

Медичні, фізіологічні та санітарно-гігієнічні вимоги щодо життєвого рівня населення затверджуються Верховною Радою України.

Санітарно-епідемічне благополуччя територій і населених пунктів забезпечується системою державних стимулів та регуляторів, спрямованих на суворе дотримання санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил та норм, комплексом спеціальних санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів та організації державного санітарного нагляду.

В Україні встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до планування і забудови населених пунктів; будівництва і експлуатації промислових та інших об'єктів; очищення і знешкодження промислових та комунально-побутових викидів, відходів і покидьків; утримання та використання жилих, виробничих і службових приміщень та територій, на яких вони розташовані; організації харчування і водопостачання населення; виробництва, застосування, зберігання, транспортування та захоронення радіоактивних, отруйних і сильнодіючих речовин; утримання і забою свійських та диких тварин, а також до іншої діяльності, що може загрожувати санітарно-епідемічному благополуччю територій і населених пунктів.

Щоб забезпечити сприятливі для здоров'я умови праці, навчання, побуту та відпочинку, високий рівень працездатності, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та відвернення іншої можливої шкоди для здоров'я, встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, споживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я. Всі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково погоджуються з органами охорони здоров'я в порядку, встановленому законодавством.

Власники і керівники підприємств, установ і організацій зобов'язані забезпечити в їхній діяльності виконання правил техніки безпеки, виробничої санітарії та інших вимог щодо охорони праці, передбачених законодавством про працю, не допускати шкідливого впливу на здоров'я людей та навколишнє середовище.

Держава забезпечує нагляд і контроль за створенням сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяє громадському контролю з цих питань.

Медичні працівники зобов'язані подавати першу невідкладну допомогу при нещасних випадках і гострих захворюваннях. Медична допомога забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності з подальшим відшкодуванням витрат. У невідкладних випадках, коли подання медичної допомоги через відсутність медичних працівників на місці неможливе, підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані надавати транспорт для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу. В цих випадках першу невідкладну допомогу також повинні подавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями.

У разі загрози життю хворого медичні працівники та інші громадяни мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою подання невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад.

Подання безплатної допомоги громадянам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) покладається насамперед на спеціалізовані бригади постійної готовності служби екстреної медичної допомоги з відшкодуванням необхідних витрат місцевих закладів охорони здоров'я в повному обсязі за рахунок централізованих фондів.

Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли поданню медичної допомоги, гарантується в разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безплатне лікування та матеріальна компенсація шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну.

Відповідальність за несвоєчасне і неякісне забезпечення подання медичної допомоги, що призвело до тяжких наслідків, несуть органи влади і спеціальні заклади, які обслуговують лікувальні заклади.

Державній політиці України в галузі охорони здоров'я: це невід'ємна складова частина внутрішньої та зовнішньої політики держави, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, що обов'язково проводить держава в інте-

ресах своїх громадян. Особливістю проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я є її комплексність, системність, загальний характер, що зумовлені зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до зміцнення взаємозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я.

Для здійснення аналізу і вибору стратегії державної політики стосовно перебудови системи охорони здоров'я необхідно включити певні механізми державного управління в процес перетворень, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів.

Основні механізми державної політики, які максимально впливають на діяльність галузі охорони здоров'я:

- фінансування галузі;
- організація системи охорони здоров'я на макро- та мікрорівнях;
- розміщення фінансових ресурсів;
- методи оплати виробників медичних послуг;
- регулювання діяльності з метою оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів і соціальний маркетинг.

Програми реорганізації медичної допомоги в Україні «Перспектива — 2010» та Національної програми на виконання Указу Президента України від 6 грудня 2005 р. № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» зазначають, що державна політика в галузі охорони здоров'я повинна розглядатися на п'ятьох основних стратегічних напрямках:

- ◆ стратегія забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення України;
- ◆ стратегія в галузі медичної освіти і структури кваліфікації медичних кадрів;
- ◆ стратегія в галузі наукового забезпечення розвитку медичної допомоги в Україні;
- ◆ технологічна стратегія;
- ◆ стратегія в галузі реорганізаційних форм медичної допомоги.

На сьогодні галузь охорони здоров'я в Україні перебуває в кризовому стані. Основні причини:

- зміни соціально-економічної системи держави;
- низька оплата праці медичних працівників;
- незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги;
- тривалий період реформування без виділення належних коштів, тобто без суттєвої економічної та політичної підтримки, а це все призводить до вимирання нації.

5.3. Система охорони здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я будь-якої країни має відповідати певним універсальним критеріям: ієрархічна будова; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. При цьому система охорони здоров'я країни повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, його захворюваність.

Систему охорони здоров'я повністю контролює держава. Управління та координація цієї системи забезпечується Міністерством охорони здоров'я України через:

1. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим.
2. Управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях.

3. Управління охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Структура охорони здоров'я України має три основних рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий).

Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ (об'єкт управління).

Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та заклади охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (об'єкти управління).

Субрегіональний (місцевий) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).

В Україні збереглася система первинної медико-санітарної допомоги, що існувала за часів СРСР та ґрунтувалася на моделі Семашко. Безпосередньо охорону здоров'я забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділ охорони здоров'я Ради Міністрів Республіки Крим та органи місцевої державної адміністрації.

В Україні існує триланкова система управління охороною здоров'я.

Основою національної системи охорони здоров'я є **первинна лікувально-профілактична допомога**, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я.

У більшості країн світу первинна медико-санітарна допомога при ефективній її організації забезпечує до 90 % загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики — сімейної медицини становить 30—50 % кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я.

Принцип доступності лікувально-профілактичної допомоги реалізується згідно ст. 49 Конституції України, відповідно до якої «кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності».

Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- у містах — управління (відділ) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;

- у селах (селищах) — головний лікар району.

В Україні первинна медико-санітарна допомога представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Впродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги становить менше ніж 10 % коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30 % пацієнтів у містах і до 50 % пацієнтів у сільській місцевості.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

В існуючих умовах управління первинною медико-санітарною допомогою використання економічних важелів, практично неможливе.

Названі та інші проблеми первинної медико-санітарної допомоги спричинені:

- ◆ нераціональною інфраструктурою охорони здоров'я;
- ◆ низькою доступністю первинної допомоги для населення, особливо в сільській місцевості;
- ◆ недостатньою якістю первинної медико-санітарної допомоги внаслідок технологічної відсталості лікувально-профілактичних закладів, відсутністю мотивації працівників, стандартів лікування, що не відповідають сучасним умовам принципам фінансування закладів охорони здоров'я;
- ◆ неналежним кадровим забезпеченням;
- ◆ відсутністю дієвої системи управління первинною медико-санітарною допомогою;
- ◆ недостатністю наукового обґрунтування та нормативно-правової бази для функціонування і розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Згідно зі ст. 35 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», держава гарантує подання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги.

До основних принципів надання первинної лікувально-профілактичної допомоги відносяться:

- кваліфікованість;
- оперативність;
- доступність.

Для реалізації принципу кваліфікованості Міністерство охорони здоров'я України видало наказ за № 73 «Про проведення позачергової атестації лікарів, переведених

на посади лікарів загальної практики — сімейних лікарів» від 11.04.2000 р. Згідно цим наказом, в Україні має впроваджуватися первинна лікувально-профілактична допомога на принципах сімейної медицини. Лікарі, які надають первинну лікувально-профілактичну допомогу, мають пройти перепідготовку та атестацію на присвоєння первинної спеціалізації за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина». Лікарям планується присвоювати кваліфікаційні категорії за цією спеціальністю.

Необхідність пріоритетного напряму розвитку первинної лікувально-профілактичної допомоги, що ґрунтується на моделі загальної практики/сімейної медицини, визначається основними документами:

- Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (2000);
- Постанова Кабінету Міністрів України « Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» (2001).

В Україні первинна допомога представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою. Упродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги становить менше ніж 10 % коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30 % пацієнтів у містах і до 50 % пацієнтів у сільській місцевості.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок, спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

Метою Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування та налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної допомоги на засадах сімейної медицини.

Формування національної моделі первинної допомоги та її поетапного впровадження на всій території України має вирішити проблеми недостатньо ефективної роботи галузі охорони здоров'я, зумовленої низькою, нерівною доступністю первинної допомоги для населення та її неналежною якістю. Процес впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. ґрунтуватиметься на створенні нормативно-правових засад, які дають чітке визначення структурних, фінансово-економічних, функціональних та інших аспектів перспективної моделі первинної допомоги, а також визначають кроки поетапної перебудови амбулаторно-поліклінічної ланки.

Створення перспективної моделі первинної медико-санітарної допомоги передбачає структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинної та спеціалізованої допомоги з поступовим збільшенням обсягів фінансування первинної допомоги.

Процес розмежування первинної та спеціалізованої допомоги матиме певні відмінності в сільських районах та у великих містах, що пов'язані з нинішньою структурною побудовою амбулаторно-поліклінічної допомоги.

У сільських районах, де первинна допомога дорослим і дітям надається поліклініками районних лікарень, процес розмежування здійснюватиметься в два етапи.

На першому етапі відбудеться формування структурних підрозділів лікарень з субрахунком — центрів первинної медико-санітарної допомоги.

На другому етапі — надання зазначеним центрам статусу юридичних осіб.

У великих містах, де первинна допомога дітям та дорослим переважно надається різними закладами:

- *на першому етапі* відбудеться створення центрів первинної медико-санітарної допомоги окремо для дорослого та дитячого населення в складі дорослих/дитячих поліклінік або поліклінічних відділів об'єднаних лікарень для дорослих/дітей з відкриттям для них субрахунків.

- *на другому етапі* — реорганізація зазначених центрів шляхом виділення їх зі складу поліклінік/лікарень та об'єднання з утворенням центрів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, які надаватимуть первинну медико-санітарну допомогу як дорослому так і дитячому населенню.

Одночасно в містах буде формуватися мережа амбулаторій сімейного лікаря територіально наближених до місць проживання населення, яке вони обслуговуватимуть. Спершу такі амбулаторії будуть підрозділами поліклінік, надалі — підрозділами юридично незалежних центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Планування розвитку мережі та створення нових амбулаторій сімейного лікаря здійснюватиметься на основі застосування нормативів первинної медико-санітарної допомоги, затверджених Кабінетом Міністрів України, а їх створення відбуватиметься впродовж усього терміну Програми і триватиме після її завершення в міру розвитку населених пунктів.

Виокремлення первинної допомоги в сільській місцевості і в містах передуватиме процесу зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні підприємства. Останнє тісно пов'язане з загальними змінами в системі охорони здоров'я, що полягатимуть у системному впровадженні державних закупівель послуг з охорони здоров'я і потребуватимуть утворення органів управління охорони здоров'я на районному рівні, а також у невеликих містах, де таких органів немає. Вони виступатимуть як замовники медичних послуг з охорони здоров'я та здійснюватимуть функцію контролю за дотриманням надавачами послуг договірних умов щодо кількості та якості медичних послуг, наданих населенню.

Основним суб'єктом надання населенню первинної медико-санітарної допомоги у результаті реалізації Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року має стати автономний або юридично незалежний медичний заклад — центр первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини. Кількість обслуговуваного населення має становити близько 30 тисяч осіб. До складу такого закладу на правах підрозділів мають входити амбулаторії загальної практики сімейної медицини. В них будуть практикувати один (переважно на сільській місцевості) або декілька (переважно в містах) лікарів загальної практики — сімейної медицини.

Така форма організації первинної допомоги дозволить забезпечити фінансову сталість медичних закладів первинного рівня та рівність у наданні ПМСД. Сімейні лікарі можуть отримати ліцензії на здійснення медичної практики. З такими ліка-

рями будуть укладатися договори на надання населенню первинної медико-санітарної допомоги.

Таким чином, в результаті реалізації Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. первинна медико-санітарна допомога населенню України буде надаватися юридично самостійними суб'єктами господарювання комунальної або іншої форми власності — центрами ПМСД та амбулаторіями сімейного лікаря. Центри будуть укладати договори з замовником, яким виступатиме територіальний орган управління охорони здоров'я, а в разі введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування — підрозділи страхового фонду. У системі взаємовідносин між надавачами первинної медико-санітарної допомоги і населенням буде реалізовано механізм вільного вибору сімейного лікаря та/або його зміни.

Наступним компонентом перспективної моделі ПМСД є подушний принцип фінансування із застосуванням коригуючих коефіцієнтів та часткового фондоотримання. Завпровадження зазначених механізмів базуватиметься на відповідних рішеннях Кабінету Міністрів України, прийнятих за поданням МОЗ та опрацьованих спільно МОЗ, Мінфіном, Мінекономіки та Мін'юстом. Вдосконалення системи застосування коригуючих коефіцієнтів та часткового фондоотримання відбуватиметься постійно з накопиченням практичного досвіду та його наукового аналізу. Цей захід разом з впровадженням механізму вільного вибору лікаря стане фактором утворення конкурентного середовища у первинній ланці медичної допомоги і одним з потужних регуляторів її якості.

Повномасштабне впровадження керованості спеціалізованої медичної допомоги, тобто організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення сімейного лікаря (дільничного лікаря), за винятком випадків, що потребують подання невідкладної спеціалізованої медичної допомоги, розпочнеться в міру формування конкурентного середовища надавачів первинної допомоги та створення умов для реалізації права пацієнтів на вибір сімейного лікаря.

Структурне оформлення первинної допомоги та впровадження прогресивних механізмів фінансування сформує первинну медико-санітарну допомогу як підсистему галузі охорони здоров'я та створить стимули до збільшення обсягів і поліпшення якості її роботи. Система управління якістю ґрунтуватиметься на впровадженні стандартів надання первинної допомоги та методів моніторингу.

Здатність первинної медико-санітарної допомоги взяти на себе додаткові обсяги медичної допомоги з дотриманням стандартів визначатиметься, крім обсягів і механізмів фінансування, також належним матеріально-технічним оснащенням закладів та кваліфікацією кадрів.

Оснащення лікувально-профілактичних закладів та підготовка кадрів сімейних лікарів відбуватиметься впродовж всього терміну виконання Програми. На фінансування цих заходів передбачаються кошти у державному бюджеті. Пріоритет надаватиметься принципу «одночасного охоплення кожної окремої території», який передбачає надання підтримки щодо повного задоволення потреб мережі первинної допомоги з державного та регіонального рівнів.

Система кадрового забезпечення виконання Програми матиме кількісну і якісну складову. Необхідна кількість лікарів загальної практики та молодших спеціалістів з вищою освітою для первинної допомоги забезпечуватиметься за рахунок формування державного замовлення на науково обґрунтовані обсяги підготовки зазначених спеціалістів.

Керованість розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини забезпечуватиметься багаторівневою системою управління. На дер-

жавному рівні впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. буде здійснювати Координаційна рада. В ній будуть представлені усі основні інституції — міністерства та відомства, місцеве самоврядування (Асоціація міст та громад України), медичні неурядові організації (Асоціація сімейної медицини).

Впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2010 р. суттєво змінить систему надання медичної допомоги.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

Управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- центральною районною лікарнею — головний лікар району;
- міськими лікарнями — відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;
- обласними лікарнями — управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів.

Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- міські лікарні — відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;
- обласні лікарні — управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації;
- центральні спеціалізовані лікарні, клініки, медичні університети, академії та інститути удосконалення лікарів — Міністерство охорони здоров'я України.

Крім названих, до національної системи охорони здоров'я належать відомчі медико-санітарні служби, які представлені закладами охорони здоров'я та відповідними органами, що здійснюють управління.

Таким чином, на Україні збереглася система охорони здоров'я, яка була ще за СРСР, існування якої за ринкових умов проблематичне, оскільки вона потребує великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою грубо деформована — на первинному рівні починається і закінчується лікування менше третини усіх випадків і домінує спеціалізована та стаціонарна медична допомога. У доповіді Міністра МОЗ України «Можливий шлях реорганізації сис-

теми охорони здоров'я в Україні» зазначалося, що залучення до первинного контакту вузьких спеціалістів цілеспрямоване або зумовлене незадовільною організацією роботи первинної ланки, призводить до деперсоніфікації відповідальності медичного персоналу за результати медичного обслуговування, марнотратного використання потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів. Крім цього, недоліки діючої в Україні системи первинної лікувально-профілактичної допомоги проявляються в тому, що:

- ◆ вона забезпечуються багатоланковою структурою (дорослі та дитячі поліклініки, медико-санітарні частини, жіночі консультації, сільські лікарські амбулаторії);
- ◆ нема чіткого розподілу на служби первинної та вторинної лікувально-профілактичної допомоги, поняття первинної лікувально-профілактичної допомоги відноситься до поліклініки в цілому, а не до первинної ланки;
- ◆ терапевтична та педіатрична кваліфікації дільничних лікарів не дозволяють професійно вирішувати всіх проблем первинного медичного обслуговування населення;
- ◆ пацієнти мають можливість звертатися до лікарів-спеціалістів самостійно, без направлення дільничного лікаря;
- ◆ дільничні лікарі, праця яких оплачується за твердими ставками і не залежить від обсягу їх роботи, не зацікавлені в пацієнтах та їх доброму здоров'ї і самі заохочують подібну практику.

Основну стратегію реорганізації системи охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я бачить у раціональному використанні ресурсів, для чого необхідно впровадити:

- зміни підходів і механізмів розподілу ресурсів в охороні здоров'я — від «утримання» медичних закладів до їхнього фінансування залежно від обсягу та структури виконуваної роботи;
- реформування первинної медичної допомоги;
- структурного реформування стаціонарної допомоги;
- стандартизації медичної діяльності на всіх рівнях;
- змін функцій та механізмів управління охороною здоров'я;
- формування базових територіальних програм, які мають бути законом для медичних установ;
- залучення додаткових ресурсів з інших джерел (обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування);
- використання доведено ефективних медичних втручань (доказова медицина).

5.4. Державне регулювання фармацевтичної діяльності в Україні

Щоб реалізувати права громадян України на охорону здоров'я держава забезпечує доступність найнеобхідніших лікарських засобів, захист громадян у разі заподіяння шкоди їх здоров'ю внаслідок застосування лікарських засобів за медичним призначенням, а також встановлює пільги і гарантії окремим групам населення та категоріям громадян щодо забезпечення їх лікарськими засобами в разі захворювання.

Державна політика у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів спрямовується на підтримку наукових досліджень, створення та впровадження нових технологій, а також розвиток виробництва вискоєфектив-

них та безпечних лікарських засобів, забезпечення потреб населення ліками належної якості та в необхідному асортименті здійснення відповідних загальнодержавних програм, пріоритетного фінансування, надання пільгових кредитів, встановлення податкових пільг тощо

Верховна Рада України визначає державну політику і здійснює законодавче регулювання відносин у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів.

Кабінет Міністрів України через систему органів державної виконавчої влади проводить у життя державну політику в сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, організує розробку та здійснення відповідних загальнодержавних та інших програм у межах своїх повноважень, забезпечує контроль за виконанням законодавства про лікарські засоби.

Управління у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів у межах своєї компетенції здійснюють:

- Міністерство охорони здоров'я України;
- Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів;
- Державний фармакологічний центр МОЗ України;
- Комітет з контролю за наркотиками;
- Державний науково-експертний фармакопейний центр та ін.

До компетенції Міністерства охорони здоров'я України відноситься:

♦ забезпечення здійснення відповідно до законодавства державної реєстрації та контролю за виробництвом;

♦ забезпечення належного режиму зберігання і реалізації, якості лікарських засобів та виробів медичного призначення;

♦ підтримка обов'язкового асортименту лікарських засобів й виробів медичного призначення, в тому числі необхідного запасу на випадок стихійного лиха, катастроф, епідемічних захворювань;

♦ організація забезпечення населення лікарськими засобами;

♦ інформація працівників закладів охорони здоров'я і населення про лікарські засоби, дозволені до застосування;

♦ забезпечення дотримання встановленого порядку надання пільг щодо відпуску громадянам медикаментів безоплатно та на пільгових умовах.

Державне управління у сфері обігу лікарських засобів здійснюється шляхом:

— ліцензування господарської діяльності;

— реєстрації лікарських засобів та ведення Державного реєстру* лікарських засобів України;

— сертифікації лікарських засобів;

— підготовки фахівців, які працюють у сфері обігу лікарських засобів;

— створення системи стандартизації та державного контролю виробництва, виготовлення, реалізації, якості, ефективності, безпеки лікарських засобів.

Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення — урядовий орган державного управління, що діє в складі МОЗ України та йому підпорядковується. Її діяльність визначено Постановою КМ України «Про утворення Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення» від 2 червня 2003 р. № 789.

* Державний реєстр лікарських засобів України — це нормативний документ, який містить відомості про лікарські засоби, дозволені для виробництва і застосування в медичній практиці.

Основні завдання Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення:

- участь у формуванні та реалізації державної політики у сфері виробництва, контролю за якістю та реалізацією лікарських засобів і виробів медичного призначення;

- забезпечення державного регулювання та контролю виробництва, ввезення в Україну, вивезення з України, реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, в тому числі вирішення питань їх державної реєстрації та державного контролю за якістю;

- здійснення державного контролю за дотриманням законодавства щодо забезпечення населення і закладів охорони здоров'я якісними, високоефективними, безпечними та доступними лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також законодавства щодо їх обігу, зберігання, застосування, утилізації та знищення.

Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення відповідно до покладених на неї завдань:

- здійснює управління та державний контроль за якістю, безпекою та реалізацією лікарських засобів, у тому числі діючих речовин (субстанцій), допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення, а також за створенням і виробництвом продукції;

- вживає, відповідно до законодавства, заходів, щоб забезпечити доступність населення до лікарських засобів, допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення, стимулювання розвитку їх виробництва в Україні;

- проводить ліцензування виробництва, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, а також державний контроль за додержанням умов їх виробництва, вирішує питання їх державної реєстрації;

- розробляє, з урахуванням відповідних рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, та затверджує порядок контролю за обігом і зберіганням, оцінювання якості та безпеки лікарських засобів, допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення;

- розробляє порядок ведення Державної фармакопеї України, Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення, Державного реєстру імунобіологічних препаратів, забезпечує їх дотримання та перевидання;

- розробляє з урахуванням норм, що застосовуються в міжнародній практиці, та подає на затвердження МОЗ порядок проведення доклінічного вивчення продукції, визначає вимоги та умови проведення окремих досліджень доклінічного вивчення, визначає в установленому порядку спеціалізовані установи та організації для проведення доклінічного вивчення лікарських засобів, допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення;

- організовує та забезпечує проведення в установленому порядку нормативно-технічної, технологічної, інформаційно-патентної, медико-біологічної, токсикологічної, санітарно-гігієнічної, хіміко-аналітичної експертизи матеріалів (що додаються до заяви про державну реєстрацію імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення), спеціалізованої оцінки та інших видів експертних досліджень з визначенням якості та безпеки продукції;

- установлює порядок та надає дозвіл на використання діючих і допоміжних речовин для виробництва лікарських засобів, допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення, а також дозвіл на застосування для них пакувальних матеріалів, здійснює державний контроль за дотриманням умов виробництва продукції;

- визначає та подає на затвердження МОЗ України перелік спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів, у яких проводяться клінічні випробування продукції, приймає рішення про затвердження програми клінічних випробувань та їх проведення, про припинення клінічних випробувань продукції в разі виникнення загрози здоров'ю або життю пацієнта (бажаючого) у зв'язку з їх проведенням, а також у разі відсутності чи недостатньої ефективності її дії, порушення етичних норм тощо;

- затверджує Положення про комісії з питань етики при лікувально-профілактичних закладах, в яких проводяться клінічні випробування, сприяє проведенню ними оцінки етичних та морально-правових аспектів програми клінічних випробувань;

- установлює загальні вимоги до матеріально-технічної бази для виробництва продукції, забезпечення виробничого контролю за її якістю, організовує проведення експертизи, в тому числі визначає установи для проведення спеціалізованої оцінки, погоджує нормативно-технічну та аналітично-нормативну документацію з виробництва лікарських засобів, допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення;

- розробляє та подає в установленому порядку на затвердження МОЗ України переліки лікарських засобів, допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення, що підлягають державній реєстрації, пропозиції стосовно державної реєстрації та перереєстрації продукції, в межах своїх повноважень організовує та забезпечує їх проведення, у встановленому порядку приймає рішення про повну або тимчасову заборону їх застосування;

- надає у випадках, передбачених законодавством, висновки щодо патентоспроможності лікарських засобів для проведення державної реєстрації та видачі патенту;

- в межах своїх повноважень організовує та забезпечує проведення спеціалізованої оцінки, експертизи, випробувань, передбачених у разі реєстрації та сертифікації продукції, акредитації, атестації, ліцензування підприємств, установ, організацій, які виробляють, експортують, імпортують, реалізують оптом та в роздріб, зберігають, застосовують, утилізують і знищують лікарські засоби, допоміжні речовини, лікарську рослинну сировину, лікувальну косметичку, імунобіологічні препарати, біоматеріали, медичну техніку та інші вироби медичного призначення;

- проводить, відповідно до законодавства, роботу із сертифікації та атестації оптової торгівлі і виробництва лікарських засобів, допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, біоматеріалів, медичної техніки та інших виробів медичного призначення, в тому числі тієї, що імпортується, та систем якості, розробляє і погоджує переліки продукції, що підлягає обов'язковій сертифікації, з визначенням термінів її використання;

- установлює порядок, організовує та забезпечує проведення атестації та акредитації лабораторій з аналізу якості та безпеки продукції, спеціалізованої оцінки результатів випробувань у галузі біотехнології, затверджує відповідно до законодавства галузеві стандарти;

- розробляє та подає на затвердження МОЗ України правила утилізації та знищення неякісної продукції, здійснює контроль за їх дотриманням;
- затверджує документацію, що визначає показники якості та безпеки вітчизняної та іноземної продукції та методи їх контролю, в тому числі фармакопейні статті тощо;
- розробляє проекти державних програм із забезпечення контролю за якістю та безпекою продукції, вносить у встановленому порядку пропозиції щодо проектів цільових програм у галузі медичної та мікробіологічної промисловості, забезпечує відповідно до своєї компетенції їх розроблення та виконання;
- вживає в межах своїх повноважень заходів до адаптації законодавства України з питань якості та безпеки продукції до законодавства Європейського Союзу;
- проводить інформаційно-аналітичну діяльність відповідно до покладених на неї завдань і функцій, забезпечує в установленому порядку інформування громадськості з питань виробництва, контролю за якістю та безпекою продукції;
- забезпечує в межах своїх повноважень реалізацію державної політики щодо державної таємниці, здійснення контролю за її збереженням;
- здійснює, за дорученням МОЗ України, міжнародне співробітництво у сфері контролю за якістю та безпекою продукції і в межах своїх повноважень координує виконання зобов'язань, передбачених міжнародними договорами у цій сфері;
- розробляє ліцензійні умови та видає суб'єктам господарювання ліцензії на виробництво лікарських засобів, оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами;
- організовує і здійснює державну реєстрацію (перереєстрацію) імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення та розробляє порядок її проведення;
- у межах своїх повноважень визначає порядок, організовує і здійснює державну реєстрацію (перереєстрацію) цін на продукцію; здійснює моніторинг цін на ринку продукції та готує пропозиції з удосконалення її цінового регулювання;
- здійснює інші функції відповідно до законодавства України.

Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення очолює голова, якого призначає на посаду та звільняє з посади Кабінет Міністрів України за поданням Міністра охорони здоров'я.

Голова Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення має чотирьох заступників, у тому числі одного першого, яких призначає на посаду і звільняє з посади Кабінет Міністрів України за поданням Міністра охорони здоров'я, погодженим з головою Державної служби.

Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів МОЗ України

Державну інспекцію з контролю якості лікарських засобів МОЗ України було створено наказом Міністерства охорони здоров'я України в 1992 р. Повноваження, структура Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України і права її посадових осіб були визначені Законом України «Про лікарські засоби» від 4 квітня 1996 року (№ 123/96-ВР).

Відповідно до законодавства України Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів МОЗ України є спеціальним органом державного контролю якості лікарських засобів з безпосередньо підпорядкованими їй державними інспекціями з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі.

Державну інспекцію з контролю якості лікарських засобів МОЗ України очолює Головний державний інспектор України — заступник Міністра охорони здоров'я України, який призначається на посаду і звільняється з неї Президентом України.

Його заступники є заступниками Головного державного інспектора України з контролю якості лікарських засобів. Начальники державних інспекцій з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі є одночасно головними державними інспекторами, а їхні заступники — відповідно заступниками головних державних інспекторів з контролю якості лікарських засобів. Інші спеціалісти державних інспекцій, на яких покладено здійснення державного контролю за якістю лікарських засобів, одночасно є державними інспекторами з контролю якості лікарських засобів.

Положення про Державну інспекцію з контролю якості лікарських засобів було затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 16.02.1998 р. № 179.

Основні функції Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України:

- здійснення державного контролю за якістю лікарських засобів під час їх виробництва, реалізації та застосування в Україні;
- організація та проведення заходів щодо вилучення з обігу лікарських засобів, сировини та матеріалів, які не відповідають вимогам нормативних документів;
- здійснення контролю за ввезенням на митну територію України лікарських засобів;
- проведення оцінки ефективності організації систем контролю якості лікарських засобів у процесі їх виробництва;
- проведення атестації та акредитації лабораторій з аналізу якості лікарських засобів, здійснення контролю за їх роботою та перевірка їх діяльності.

Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів МОЗ України має в підпорядкуванні 27 територіальних державних інспекцій в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі. Територіальні державні інспекції мають у складі 28 лабораторій.

Основні функції територіальних державних інспекцій:

- інспекційні перевірки суб'єктів оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами і виробами медичного призначення;
- візуальний контроль якості лікарських засобів та виробів медичного призначення, що пройшли вхідний контроль уповноваженими особами в аптеках та оптових фармацевтичних фірмах;
- вибіркового контролю для лабораторного аналізу зразків лікарських засобів в аптеках та оптових фармацевтичних фірмах;
- забезпечення контролю якості лікарських засобів та виробів медичного призначення в разі виникнення конфліктів між споживачами та постачальниками.

На сьогодні Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів МОЗ України і територіальні інспекції мають необхідну комп'ютерну техніку і сучасні засоби зв'язку (факс, електронна пошта). Інформаційний відділ Державної інспекції МОЗ регулярно одержує від Державного фармакологічного центру офіційну інформацію про зареєстровані в Україні лікарські засоби, аналітичну нормативну документацію (АНД), поповнює відповідні бази даних та надає цю інформацію всім територіальним державним інспекціям. Така інформаційна підтримка дозволяє державним інспекціям ефективно проводити заходи по виявленню і вилученню з ринку фальсифікованих, неякісних та незареєстрованих лікарських засобів.

Державна реєстрація лікарських засобів проводиться згідно з Законом України «Про лікарські засоби». Всі лікарські засоби допускаються до застосування в Україні після їх державної реєстрації.

Державна реєстрація лікарських засобів проводиться на підставі заяви, поданої до Міністерства охорони здоров'я України або уповноваженого ним органу.

У заяві про державну реєстрацію лікарського засобу зазначаються: назва та адреса виробника; назва лікарського засобу і його торговельна назва; назва діючої речовини (латинською мовою); синоніми; форма випуску; повний склад лікарського засобу; показання та протипоказання; дозування; умови відпуску; способи застосування; термін та умови зберігання; інформація про упаковку; дані щодо реєстрації лікарського засобу в інших країнах.

До заяви додаються: матеріали доклінічного вивчення, клінічного випробування та їх експертиз; фармакопейна стаття або матеріали щодо методів контролю якості лікарського засобу, проект технологічного регламенту або відомості про технологію виробництва; зразки лікарського засобу; його упаковка; документ, що підтверджує сплату реєстраційного збору. За результатами розгляду зазначених матеріалів Міністерство охорони здоров'я України або уповноважений ним орган у місячний термін приймає рішення про реєстрацію або відмову в реєстрації лікарського засобу.

Рішенням про державну реєстрацію затверджується фармакопейна стаття або методи контролю якості лікарського засобу, здійснюється погодження технологічного регламенту або технології виробництва, а також лікарському засобу присвоюється реєстраційний номер, який вноситься до Державного реєстру лікарських засобів України.

У Державному реєстрі лікарських засобів України зазначаються:

- торговельна назва лікарського засобу;
- виробник;
- міжнародна непатентована назва; синоніми;
- хімічна назва чи склад;
- фармакологічна дія;
- фармакотерапевтична група;
- показання;
- протипоказання;
- запобіжні заходи;
- взаємодія з іншими лікарськими засобами;
- способи застосування та дози;
- побічна дія;
- форми випуску;
- умови та терміни зберігання;
- умови відпуску.

На зареєстрований лікарський засіб заявнику видається посвідчення, в якому зазначається строк дії, протягом якого лікарський засіб дозволяється до застосування в Україні.

Лікарський засіб може застосовуватися в Україні протягом п'яти років з дня його державної реєстрації. За бажанням особи, яка подала заяву про державну реєстрацію лікарського засобу, термін, протягом якого він дозволяється до застосування на території України, за рішенням реєструючого органу може бути скорочено. У разі виявлення невідомих раніше небезпечних властивостей лікарського засобу Міністерство охорони здоров'я України або уповноважений ним орган може прийняти рішення про повну або тимчасову заборону на його застосування. Після закінчення

терміну, протягом якого зареєстрований лікарський засіб було дозволено до застосування в Україні, лікарський засіб може застосовуватися за умови його перереєстрації.

Рішення про відмову в державній реєстрації лікарського засобу приймається, якщо не підтверджуються висновки щодо його ефективності та безпечності. Про відмову в реєстрації лікарського засобу Міністерство охорони здоров'я України або уповноважений ним орган у десятиденний строк надсилає заявникові письмову мотивовану відповідь. Рішення про відмову може бути оскаржено у встановленому законом порядку.

Не підлягають державній реєстрації лікарські засоби, які виготовляються в аптеках за рецептами лікарів та на замовлення лікувально-профілактичних закладів із дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин.

Державне регулювання виробництва лікарських засобів здійснюється відповідно до Закону України «Про лікарські засоби».

Виробництво лікарських засобів здійснюється фізичними або юридичними особами на підставі спеціального дозволу (ліцензії), що видається в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України або уповноваженим ним органом.

Підставою для видачі спеціального дозволу (ліцензії) на виробництво лікарських засобів є наявність відповідної матеріально-технічної бази, кваліфікованого персоналу (кваліфікації у окремого громадянина в разі індивідуального виробництва), а також умов щодо контролю за якістю лікарських засобів, що вироблятимуться.

Загальні вимоги до матеріально-технічної бази для виробництва лікарських засобів, для проведення виробничого контролю їх якості, а також технологічних регламентів встановлюються Державним комітетом України з медичної та мікробіологічної промисловості.

Для виробництва лікарських засобів можуть використовуватись діючі, допоміжні речовини і пакувальні матеріали, дозволені до застосування Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.

Виробництво лікарських засобів здійснюється за технологічним регламентом з додержанням вимог фармакопейних статей та інших державних стандартів, технічних умов з урахуванням міжнародних норм щодо виробництва лікарських засобів.

Державне регулювання реалізації лікарських засобів здійснюється відповідно до Закону України «Про лікарські засоби», відповідних Постанов Кабінету Міністрів України та Наказів МОЗ України.

Оптову закупівлю, оптову і роздрібну реалізацію лікарських засобів на території України здійснюють підприємства, установи, організації та громадяни на підставі спеціального дозволу (ліцензії), який видається в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

У ліцензії на оптову закупівлю, оптову та роздрібну реалізацію лікарських засобів зазначаються групи лікарських засобів, закупівлю та реалізацію яких може здійснювати суб'єкт господарської діяльності залежно від наявних у нього умов щодо забезпечення їх зберігання та якості. Вищезазначене не поширюється на діяльність, пов'язану з оптовою закупівлею, оптовою і роздрібною реалізацією лікарських засобів, які можуть відпускатися населенню без рецепта лікаря. Реалізація зазначених лікарських засобів здійснюється відповідно до правил торгівлі, що затверджуються Кабінетом Міністрів України.

На території України можуть реалізовуватися лише зареєстровані лікарські засоби. Реалізація лікарських засобів здійснюється лише за наявності сертифіката якості, що видається виробником.

Реалізація (відпуск) лікарських засобів громадянам здійснюється за рецептами та без рецептів лікарів. Правила приписування лікарських засобів, а також перелік лікарських засобів, які можуть реалізовуватись без рецептів лікарів, затверджуються Міністерством охорони здоров'я України.

Для утворення і збереження загальнодержавних запасів лікарських засобів на випадок стихійного лиха, катастроф, епідемічних захворювань Кабінет Міністрів України або уповноважений ним орган утворює та визначає спеціалізовані державні установи та організації. З цією метою він може також укладати відповідні договори з суб'єктами підприємницької діяльності будь-яких форм власності.

Порядок утворення та використання загальнодержавних запасів лікарських засобів, їх обсяги визначає Кабінет Міністрів України.

Уряд Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації утворюють власні запаси лікарських засобів на випадок стихійного лиха, катастроф, епідемічних захворювань.

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні міжнародні акти та декларації, які проголошують принципи надання медичної допомоги в будь-якій національній системі охорони здоров'я.
2. За якими принципами побудовано позицію Всесвітньої Медичної Асамблеї щодо надання допомоги сільському населенню?
3. У чому полягають обов'язки Президента України, і в чому — Кабінету Міністрів України в реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я?
4. На яких засадах побудовано систему охорони здоров'я України?
5. Які органи здійснюють державне управління закладами охорони здоров'я на різних ланках національної системи охорони здоров'я?
6. У чому полягає основна стратегія реорганізації системи охорони здоров'я України?
7. Які органи державної влади визначають державну політику та здійснюють регулювання відносин у сфері створення, виробництва та контролю якості й реалізації лікарських засобів?
8. Як саме здійснюється державне управління у сфері обігу лікарських засобів?
9. Назвіть основні урядові органи державного управління у сфері виробництва, контролю за якістю та реалізацією лікарських засобів.
10. Як здійснюється державна реєстрація лікарських засобів в Україні?

Список використаної та рекомендованої літератури

А. Нормативно-правові акти

1. Конституція України. Прийнята Верховною Радою України 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 3.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. // Відомості Верховної Ради України. — 1993. — № 4.
3. Закон України «Про лікарські засоби»// ВВР. — 1996. — № 123.

4. Указ Президента України від 7 лютого 2003 р. № 91 «Про заходи щодо поліпшення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також підвищення ефективності державного управління у цій сфері».
5. Декларація про права пацієнта. Прийнята 34-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю. — Лісабон, 1981.
6. Європейський кодекс соціального забезпечення. Страсбург, 1962 // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень, 2004. — Кіровоград, «Експерт Софт».
7. Хартія соціального забезпечення. Прийнята Х Всесвітнім конгресом профспілок. — Гавана, 1982.
8. Заява про доступність медичної допомоги. Прийнята 40 Всесвітньою Медичною Асамблеєю. Відень, 1988.
9. Міжнародний кодекс медичної етики. Прийнятий 3 Всесвітньою Медичною Асамблеєю. — Лондон, 1949.
10. Принципи надання медичної допомоги. Прийнята 35-ю Всесвітньою Медичною Асамблеєю. — Венеція, 1983 // СД Бізнес-комплект Юрист-плюс. — К.: Центр комп'ютерних технологій.
11. Европейская социальная хартия.: Справочник: Пер. с франц. — М.: Междунар. отношения, 2000.
12. Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення» від 2 червня 2003 р. № 789.
13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про проведення позачергової атестації лікарів, переведених на посади лікарів загальної практики — сімейних лікарів» за № 73 від 11.04.2000 р. // СД Бізнес-комплект Юрист-плюс. — К.: Центр комп'ютерних технологій.
14. Наказ МОЗ України від 31.12.2003 N 642 «Про утворення колегії Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення».
15. Ottawa Charter for Health Promotion // An International Conference on Health Promotion: The Move Towards a New Public Health (November 17—21, 1986. — Ottawa, Ontario, Canada). — Abstract Book. — P. 1—5.

Б. Навчально-методична, наукова література та підручники

1. *Бліхар Т.* Пріоритети державної політики в галузі охорони здоров'я // Українські медичні вісті. — 1997. — Ч. 1(56). — С. 8.
2. *Вахитов Ш.М.* Децентрализация управления и проблемы планирования в здравоохранении // Казанский мед. журнал. — 1990. — Т. 57. — № 6.
3. *Гладун З.С.* Державне управління в галузі охорони здоров'я. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 312 с.
4. *Гордон Ю.Н., Захарченко Е.М., Леоненко И.Н.* Управление здравоохранением и его рационализация. Метод. рекомендации. — К, 1981.
5. *Громовик Б.Р.* Організація роботи аптек. — Вінниця: Нова книга. — 2005. — 272 с.
6. Державне управління охороною громадського здоров'я: Навч. посібник. / За ред. І. М. Солоненка та Л. І. Жаліло. — К.: НАДУ, 2004. — 116 с.
7. Економічний розвиток і державна політика. Вип. 11: Державна політика та економіка охорони здоров'я в Україні: Практикум / Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України; За заг. ред. І.Розпутенка та І.Солоненка. — К.: «К.І.С.», 2002. — 216 с.
8. *Жаліло Л.І., Кунгурцев О.В., Солоненко Н.Д., Мартинюк О.І.* Наукові засади реформування охорони здоров'я в Україні // Вісн. УАДУ. — 2001. — № 3. — С. 205—209.
9. *Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б., Кунгурцев О., Мартинюк О., Солоненко Н.* Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посібник / Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. — Вид-во УАДУ, 2001. — 142 с.
10. *Журавель В.И.* Основы менеджмента в системе здравоохранения. — К., 1994.
11. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения. — Копенгаген: ВОЗ: Европ. регион. бюро, 1999. — 310 с.

12. *Казаков В.М., Азарков В.І., Денисенко В.І.* Принципи реформування державної системи охорони здоров'я України при переходові на ринкові форми господарювання//Укр. медичні вісті. — 1997. — Ч.1 (56). — С. 13.
13. *Ладний О.Я., Гльницький І.Г. та ін.* Основні елементи програми реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні// Укр.мед. вісті. — 1997. — Ч.1(56). — С. 14.
14. *Лучкевич В.* Основы социальной медицины и управления здравоохранением: Учеб. пособие. — СПб: СПбГМА, 1997. — 184 с.
15. *Мартинюк О.* Концептуально-методологічні засади механізмів державного управління міжгалузевою співпрацею з охорони громадського здоров'я // Упр. сучас. містом. — 2004. — № 4 (16). — С. 213—218.
16. *Москаленко В.Ф.* Охорона здоров'я України у світлі вимог Європейського Союзу, конституційних реформ // Український медичний часопис. Наук.-практич. загальномедичний журнал. — 2000. — № 6 (20).
17. *Нижник Н.Р.* Проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я// Укр. Мед.вісті. — Ч.1(56). — С. 23.
18. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посібник / Л. Жаліло, І. Солощенко, Б. Волос та ін.; Кер. Авт.кол. Л. Жаліло. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 144 с.
19. *Пашков В.М.* Правове регулювання обігу лікарських засобів. — К.: Моріон, 2004. — 160 с.
20. *Пашков В.* Напрямки оптимізації господарсько-правового забезпечення суспільних відносин у галузі охорони здоров'я. — К.: Моріон, 2006. — 360 с.
21. *Пономаренко В.М.* Основні проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. — 1999. — № 1. — С. 7—10.
22. *Радиш Я.Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.
23. *Рудий В.М., Гук А.П.* Система охорони здоров'я в Україні. Організаційна структура системи охорони здоров'я та управління нею// Главный врач. — 2005. — № 8. — С. 51—68.
24. *Салман Р.Б., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе. — М.: Гэотар Медицина, 2000. — 431 с.
25. *Сенюта І.* Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я // Вісник Львів. Ун-ту. — Серія юридична. 2004. Вип. 40.
26. *Солоненко Н.* Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб // Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ. — К., 2005. — С. 424-431.
27. *Ступаков И.Н., Елисеев М.Б., Самородская И.В.* Значение медико-экономических стандартов в организации системы здравоохранения // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2002. — № 4.
28. Сучасні підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н.В.Зимівець, В.В.Крушельницький, Т.І.Мірошніченко; За заг. ред. І.Д.Звереві. — К.: Наук. світ, 2003. — 95 с.
29. *Ціборовський О.* Основи державної політики України в галузі охорони здоров'я // Укр. мед. вісн. — 1997. — № 1 (56). — С. 37—38.
30. *Щетин О.П., Нечаев В.С.* О государственных механизмах реформы здравоохранения // Проблемы соц. гигиены истории медицины. — 1997. — № 1. — С. 34-38.
31. *Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D.* Globalization and Health: a Framework for Analysis and Action // Bulletin of the World Health Organization — 2001. — Vol. 79. — P. 875—881.

РОЗДІЛ 6

ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТ УПРАВЛІННЯ

- 6.1. Поняття про організацію. Сутність та основні риси формальної організації.
- 6.2. Загальні характеристики підприємств: види, особливості управління.
- 6.3. Сутність та основні риси діяльності організацій охорони здоров'я.
- 6.4. Некомерційні заклади охорони здоров'я.
- 6.5. Комерційні заклади охорони здоров'я.
- 6.6. Організація та порядок надання послуг у закладах охорони здоров'я.
- 6.7. Зовнішнє середовище закладів охорони здоров'я.
- 6.8. Класифікація закладів охорони здоров'я за сферою діяльності.
- 6.9. Класифікація закладів охорони здоров'я за організаційно-правовою формою діяльності.

6.1. Поняття про організацію. Сутність і основні риси формальної організації

Організація — це відкрита самостабілізуюча система, яка намагається зберегти постійність свого внутрішнього середовища внаслідок забезпечення зв'язків між елементами системи та зовнішнім оточенням. Розрізняють організацію таких систем:

- біологічних;
- технічних;
- соціально-економічних.

Існують різні тлумачення походження терміну організація. За основні, як правило, приймають:

- *organizo*, від латинського — чіткий вигляд, об'єднання. Під організацією розуміють об'єднання людей для досягнення спільних цілей;
- *organization*, від франц. — устрій. Під організацією розуміють внутрішню упорядкованість, узгодженість, взаємодію всіх частин цілого, обумовленого його будовою.

У розділі 1 було визначено, що об'єктом менеджменту виступає виробничо-господарська організація. За визначенням М. Х. Мескона **виробничо-господарська організація** являє собою групу осіб, діяльність яких свідомо координується для досягнення спільних цілей.

Ознаки виробничо-господарської організації:

- *цілеспрямованість*, яка визначає дії членів організації, покладена в основу розробки стратегічних планів, згуртовує та об'єднує членів організації;
- *наявність певної кількості учасників (персоналу)*, які об'єднують свої зусилля (фізичні, професійні, матеріальні, інформаційні тощо) задля реалізації мети;
- *наявність внутрішнього координуючого центру*, який є необхідною умовою нормального функціонування та розвитку організації, за рахунок надання стабільності та рівноваги її внутрішнім та зовнішнім процесам;

- наявність структури, яка визначає взаємовідносини між структурними підрозділами та розподіл повноважень між співробітниками;
- організаційна культура, яка визначає сукупність норм поведінки, традицій, символів, місії та філософії;
- здійснення певних видів діяльності: виробничої, фінансової, інноваційної, науково-дослідної, надання послуг тощо. Діяльність здійснюється задля забезпечення мети, відповідно до визначеної мети.

Сутність організації проявляється через її властивості (класифікацію властивостей організації представлено на рис. 6.1):

- ♦ **Цілеспрямованість організації** — властивість, яка характеризує її орієнтацію на досягнення можливого, бажаного та необхідного стану.
- ♦ **Перманентність організації** — властивість, згідно з якою вона перебуває в стані постійних та безперервних змін, які відбуваються поза бажанням суб'єктів.
- ♦ **Дискретність** — властивість, що означає переривчастість, виділеність складових та відображає поелементний, поетапний підхід до її проектування, формування та функціонування.
- ♦ **Циклічність** — властивість, згідно з якою в організації періодично повторюються послідовні події та перетворення.
- ♦ **Реверсивність** — властивість, яка визначає модель повернення до попередніх дій. Надає можливість управління організацією на засадах повторення, адаптації та використання штатних, типових та аналогічних рішень.
- ♦ **Оперативність** — адаптація, відповідність, синхронізація ритмів і швидкості процесу організації динамічним характеристикам розвитку ситуації та їх відповідності необхідним умовам досягнення запланованого результату.
- ♦ **Гнучкість** — здатність організації до адаптації, модернізації та реформації.

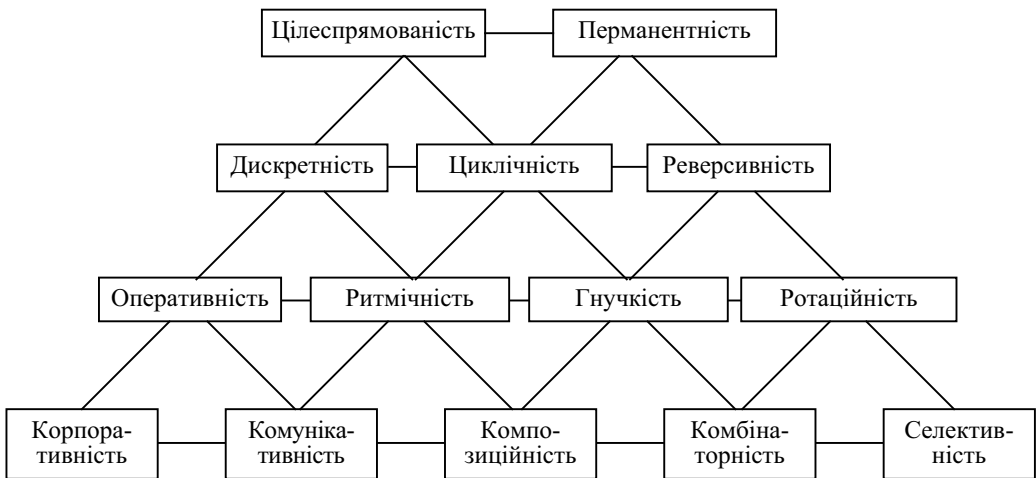


Рис. 6.1. Класифікація властивостей організації (за Латфулліном Г. Р., 2004)

- ♦ **Ротаційність** — можливість взаємної перестановки, заміни складових процесу в ході його реалізації. Становить ресурс організації для реалізації процесів реорганізації та реформування.
- ♦ **Корпоративність** — схильність до групової асоціації та кооперації.
- ♦ **Комунікаційність** — здатність та схильність до встановлення взаємозв'язків.

♦ **Композиційність** — можливість побудови адекватної організації шляхом цілеспрямованого складання її елементів. Дозволяє удосконалювати організаційну структуру управління.

♦ **Комбінаторність** — потенціал, ресурс можливих засобів і моделей побудови та здійснення організації управління відповідно до цілей, ресурсів та умов діяльності.

♦ **Селективність** — здатність організації до удосконалення шляхом відбору, закріплення та розвитку необхідних якостей, з метою забезпечення бажаного синергічного ефекту.

Організація є динамічною системою з входом та виходом, процесами конверсії, що передбачають організаційні зміни та зворотній зв'язок (рис. 6.2).

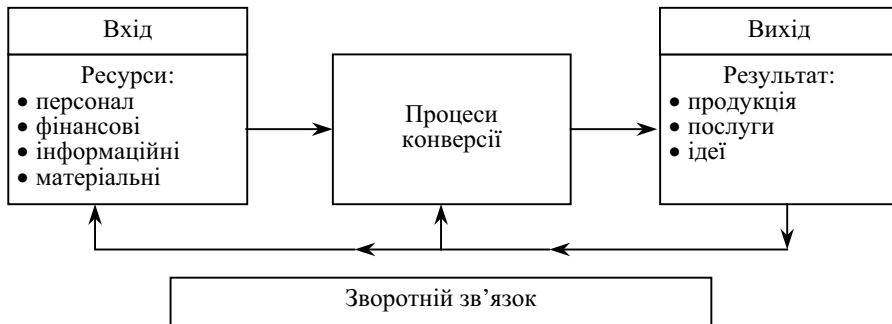


Рис. 6.2. Модель виробничо-господарської організації як простої системи

Різноманітні ресурси або вхідні процеси об'єднуються та оброблюються так, щоб отримати бажаний результат (прибуток, соціальна місія тощо).

Внутрішні елементи системи взаємодіють між собою та із зовнішнім середовищем. Завдання менеджменту — підтримати ці зв'язки.

Зворотній зв'язок забезпечує інформацією про роботу системи. В управлінні організацією він надає інформацію для прийняття управлінських рішень щодо впровадження організаційних змін задля забезпечення ефективності. Нариклад, опитування покупців послуг (вихід) дозволяє зробити висновок щодо якості роботи персоналу (вхід) і зробити відповідні корективи в процесі відбору та набору кадрів.

Кожна система складається з певних підсистем. Факультет є підсистемою університету. У свою чергу, вищий навчальний заклад є підсистемою системи місцевої освіти, яка виступає підсистемою загальнодержавної системи освіти. В університеті функціонує кілька підсистем: кілька факультетів, які навчають студентів; факультет довузівської підготовки; підсистема управління персоналом; підсистема, яка забезпечує науково-дослідну роботу тощо. Підсистеми взаємодіють між собою, процес цієї взаємодії впливає на загальну діяльність закладу освіти.

Основні характеристики систем:

• *Наявність керуючої та керованої підсистем.*

— керуюча підсистема розробляє способи впливу на організацію і трансформує ці способи в управлінські рішення. До керуючої підсистеми відносять: апарат управління; засоби і технології управління; засоби комунікації, які використовуються в управлінській діяльності;

— керована підсистема складається з виконавців (робітників, спеціалістів); технічних, організаційно-комунікаційних засобів, приміщень, які необхідні для здійс-

нення виробничо-господарської діяльності. Зв'язок між керованою та керуючою підсистемами покладено в основу функціонування системи (рис.6.3).

- *Самоорганізація* — пристосування організації до нових умов зовнішнього та внутрішнього середовища. Згідно з цією властивістю, процес розвитку системи відбувається за принципом зворотнього зв'язку. За цим принципом результат діяльності організації (відповідність якості або ціни товару запитам споживача) має аналізуватися керівництвом і приводити до відповідних, взаємоузгоджених змін на вході в систему.

- *Гнучкість* — здатність до оперативних змін. Гнучкість організації забезпечується принципами:

- побудови гнучкої організаційної структури;
 - гнучкістю технологій, які дозволяють швидко перейти на випуск нової продукції;
 - засобами комунікації;
 - характером виробничих відносин: стиль керівництва, організаційна культура, діяльність неформальних груп, психологічний клімат;
 - рівень кваліфікації робітників та спеціалістів, управлінського персоналу.
- *Синергізм* — інтерграція зусиль у системі, яка приводить до примноження кінцевого результату.

- *Неадитивність* — властивість системи, згідно з якою ефективність діяльності змінюється в часі і не дорівнює арифметичній сумі ефектів від діяльності окремих частин. Робота структурних підрозділів однієї фірми (при загальній організаційній структурі, однакових принципах стимуляції праці) буде різною і залежатиме від професіоналізму персоналу підрозділу, особистих взаємовідношень, стилю керівництва управлінського персоналу підрозділу та лідерів неформальних груп.

- *Мультиплікативність* — примноження ефективності системи за рахунок стійких процесів або управлінських дій (зміна стилю керівництва, впровадження нової мотиваційної політики, реструктуризації тощо).

- *Стабільність* — здатність повертати свою рівновагу після внутрішніх змін або дії чинників зовнішнього середовища. Різновидом стабільності є адаптивність системи — здатність пристосовуватись до зовнішнього середовища. В добре адаптованій системі всі її частини мають бути сумісними між собою.

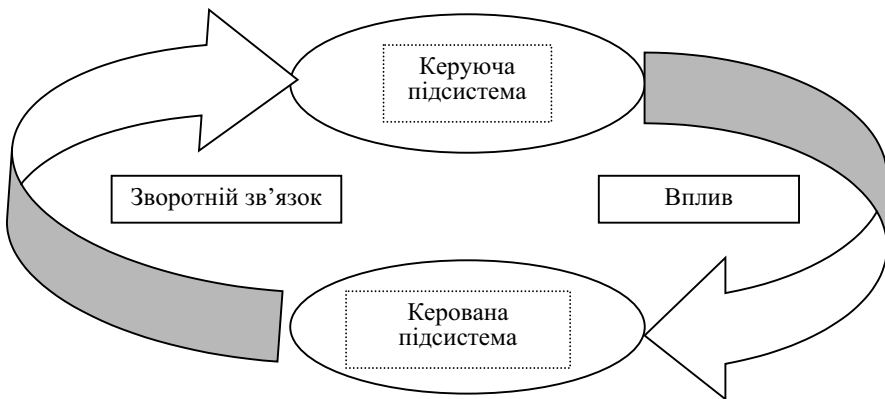


Рис. 6.3. Модель функціонування між підсистемами

Моделі організації представлено в таблиці 6.1.

Таблиця 6.1

ЕВОЛЮЦІЯ МОДЕЛЕЙ ОРГАНІЗАЦІЇ [за Івановою Т.Ю., 2004]

Назва моделі	Автори	Сутність
Механістична модель	Тейлор Ф., Файоль А., Вебер М.	Організація являє собою налагоджену систему управління для забезпечення функціонування стабільних рутинних процесів. Людина виступає не як суб'єкт, а як фактор виробництва
Природна організація	Парсонс Т., Мертон Р., Етціоні А.	Організація визначається як об'єктивний, самовдосконалюваний процес, у якому наявний суб'єктивний елемент
Організація — община	Е. Мейо	Основним регулювальним чинником в організації виступають прийняті норми поведінки
Соціотехнічна модель	Райс А., Трист Е.	В основу моделі покладено залежність внутрішньогрупових зв'язків від технології виробництва
Інтеракціоністична	Бернард Ч.	Організація представлена як система тривалих взаємодій між її членами, які вносять в організацію власні очікування та цінності
Кібернетична модель	Бир С., Форрестер Д., Янг С.	Побудова математичної моделі структури організації з урахуванням багаточисельних зворотніх зв'язків
Інституціональна модель	Норт Д.	Структура та поведінка організації визначаються звичаями, традиціями та нормами
Конфліктна модель	Холл Р.	Організація має багато суперечливих цілей і діє в умовах суперечливих інтересів членів організації та її груп
Органічна модель	Бернс Т., Сталкер Д.	Суспільство, організація порівнюються із живим організмом, у якому всі частини взаємозалежні
Процесна модель	Богданов А.	Організація — це потік утворюючих її незалежних процесів виробництва, пов'язаних циклами розвитку і деградації
Проблемна модель	Франчук В.	Проблеми організації розглядаються не як перепони для її розвитку, а як виявлення природних потреб та можливостей їх реалізації

Життєвий цикл організації. Структура організації, характер її діяльності зазнають певних циклічних змін.

Розрізняють такі етапи життєвого циклу організації.

1 етап — Створення організації (народження) — реєстрація, початкове інвестування діяльності. Для заснування організації необхідна присутність 3-х складових: наявність ресурсів; підтримуюча політика держави; легітимація у формі культурних цінностей. Для цього періоду характерні: пристосування до навколишнього середовища; проникнення на ринок; забезпечення виживання за збиткової діяльності. В таких організаціях немає штату спеціалістів-професіоналів, не діють правила, нормативи та інструкції, відсутні або слабкі внутрішні системи планування, стиму-

лювання персоналу та координації діяльності. Переважна кількість організацій не можуть подолати цей етап розвитку.

2 етап — Зростання (молодість):

- *дитинство* — зростання чисельності персоналу, спеціалізація на виробництві певного товару або послуги; закріплення на окремих сегментах ринку, забезпечення безбиткової діяльності. Управління організацією централізоване;

- *юність* — подальше зростання чисельності персоналу, управлінські рішення приймаються кількома керівниками, збільшення кількості контрольських службовців та обслуговуючого персоналу, вузьке коло спеціалістів-професіоналів; жорсткий бюджет та інформаційна система; організація діяльності проводиться за допомогою обмеженої кількості нормативів та інструкцій, спостерігається розширення цільових сегментів ринку, забезпечення високих темпів зростання прибутку, інвестування розвитку на засадах самофінансування.

3 етап — Середній вік: організація збільшується за розмірами, відбувається розширення сегментів збуту, орієнтація на регіональну диверсифікацію, зростання прибутків на оптимальному рівні; в організації розвивається бюрократія, розподіл праці екстенсивний, формалізується політика та розподіл повноважень. В управлінні персоналом широко використовуються правила та посадові інструкції. На виробництві та в маркетингу зайняті спеціалісти-професіонали. Децентралізація до рівня керівників підрозділів, що може привести до зменшення гнучкості та інноваційної активності.

4 етап — Зрілість. Для організації характерні великі масштаби та механічна вертикальна структура. Посилення централізації, збільшення навантаження на топ-менеджерів. Формалізація діяльності: більшість видів діяльності регламентують інструкції. Значна кількість професійних та обслуговуючих відділів. Відбувається формування іміджу фірми, збалансоване зростання, орієнтація на галузеву диверсифікацію, підтримка рівня прибутковості на оптимальному рівні.

5 етап — Старіння (організаційний спад). Падіння прибутковості та фінансової стійкості компанії. Збереження позицій або часткове зменшення обсягів виробництва. Згорання діяльності.

6 етап — Відродження. Проведення реінжиніринг з радикальною перебудовою бізнес-процесів в організації. Залучення значних обсягів інвестицій для впровадження інноваційних проектів. Оновлення форм, видів та напрямів діяльності. Або

— *Смерть.* Організаційний спад, який визначається як умова, за якої відбувається суттєве і абсолютне зниження ресурсної бази протягом конкретного часу. Наслідком цього можуть стати екстремальні та непослідовні стратегії, які як снігова грудка приводить до розвитку подальших проблем. Смерть організації має широкі наслідки не тільки для співробітників організації, вона впливає на інші організацій-партнери.

Для кожної організації характерні власні темпи розвитку. Перехід від однієї до іншої стадії життєвого циклу супроводжується організаційними кризами. Якщо організація долає таку кризу, то вона переходить до іншої фази розвитку. Багато великих організацій існують не один десяток років. Прикладом довголіття виступає Римська католицька церква.

Кожна окрема організація (як організм людини або тварини) проходить усі етапи життєвого циклу: від народження до смерті. З історичної точки зору організації зазнають еволюційного впливу.

Фази *еволюції організації* визначив німецький вчений у галузі організаційного розвитку Фридрих Глазл. Він визначив 4 фази еволюції організації:

1 фаза — Піонерська. Організація орієнтована на споживачів і має образ родини. Лідер, як правило, харизматичний. Обов'язки розподіляються відповідно до особистих уподобань. Перевагою цієї фази є імпровізація. Все в організації сприймається чуттєво, через сприйняття та інтуїцію формуються управлінські рішення. Для такого стилю керівництва дуже важливо знати та визнавати співробітниками один одного. Небезпеку становить можливість виникнення культу особистості. В такому разі організація потрапляє в залежність від засновників-піонерів; це може спричинити жорстку боротьбу за владу. В цьому випадку піонерська фаза може призвести до теократії, яка відмовляє іншим співробітникам компанії в самостійному мисленні. Якщо організація почала активізувати раціональне мислення та від імпровізації перейшла до логічного прийняття управлінських рішень, то вона переходить у другу фазу еволюційного розвитку.

2 фаза — Диференціація. Все стає передбачуваним, більш планованим, контрольованим, усе формалізується та стандартизується. Це дозволяє організації якісно та кількісно зростати, покладати на себе складні завдання, використовувати для цього поглиблені знання фахівців. Спеціалізація замінює універсальність піонерської фази. Вона надає певні переваги, проте і становить небезпеку для цієї фази розвитку. Для того щоб організація «не розсипалася на шматочки», впроваджують посади «координатора координаторів». Така організація орієнтує свою діяльність уже не на клієнтів, а на саму себе. Відбувається підміна цілей, і робота спрямовується директивами. Якщо організація зможе повернутись до основної ідеї свого бізнесу і знову повернеться обличчям до споживача, то вона переходить у наступну фазу розвитку.

3 фаза — Інтеграція. На перше місце в колі уваги організації знову повертається споживач. Цікавиться, що дійсно потрібно споживачеві, які проблеми постають перед ним, а не на чому ми бажали б заробити. В керівництві організації відбуваються кардинальні зміни. Носіями цілі є люди, а не правила. Рішення приймаються колективно. Всі справи, стратегія, поточне планування вирішуються разом. Основні ідеї бізнесу мають бути створені «на загальній хвилі». Для керівництва в фазі інтеграції потрібні нові якості, відмінні від технічної орієнтації. Потрібно підтримувати співробітників, спонукувати і активізувати їх діяльність. Робітники мають навчитись самоорганізації, самоплануванню, тобто вони мають стати відповідальними за свою ділянку роботи. Гнучкі організації, які характерні для сучасної Японії, працюють у фазі інтеграції або на межі до переходу в четверту фазу еволюції.

4 фаза — Асоціації: організація долучається до глобальних взаємних зв'язків господарського процесу. Організація працює за принципом: «Для всього біотопу добре, коли працюють один для одного і заради кожного». Якщо підприємство намагається довести постачальників до нижньої межі ціни, то воно тим самим послаблює виробництво, від якого залежить. Постачальники не зможуть проводити самоінвестування, і їх продукція буде менш інновативна, вони не зможуть розвивати якість своєї продукції. В цьому випадку бажання організації-виробника до збагачення за короткий термін негативно вплине на якість продукції його постачальника, тобто на нього. Для розвитку в фазі асоціації важливо знати, як створюється потік створення цінностей до нашої організації, і що відбувається після. Розширення орієнтації на ринок відбувається за рахунок того, що перед організацією постають питання не тільки як виробляти та обслуговувати свій товар, а й як його утилізувати.

Організації поділяються за формами підприємництва на підприємства, товариства, кооперативи, асоціації та спілки.

Підприємства — соціальні утворення виробничого характеру у сфері суспільного виробництва. Організаційна-правова форма підприємства визначається формою власності на його капітал. Підприємства можуть бути державними (загальнодержавними), муніципальними (відомчими), приватними.

Товариства — об'єднання капіталів неюридичних осіб, з метою одержання прибутку. Згідно з законодавством України, діють такі види товариств: товариства з обмеженою відповідальністю (ТОВ), товариства з додатковою відповідальністю (ТДВ), повні товариства (ПТ), відкриті та закриті акціонерні товариства.

Кооперативи — організації, які являють собою об'єднання працівників, з метою одержання прибутку.

Асоціації, спілки — об'єднання юридичних осіб, які створюються з метою соціальної взаємодії.

6.2. Загальні характеристики підприємств: види, особливості управління

Організаціями виступають підприємства — самостійні суб'єкти господарювання, створені компетентним органом державної влади або органом місцевого самоврядування, або іншими суб'єктами для задоволення суспільних та особистих потреб шляхом систематичного здійснення виробничої, науково-дослідної, торговельної, іншої господарської діяльності в порядку, передбаченому Господарським Кодексом України та іншими законами.

В Україні підприємства можуть створюватись як для здійснення підприємництва, так і для некомерційної господарської діяльності.

Підприємство є юридичною особою, має відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в установах банків, печатку зі своїм найменуванням та ідентифікаційним кодом.

Підприємство не має у своєму складі інших юридичних осіб.

Залежно від форм власності, передбачених законом, в Україні можуть діяти підприємства таких видів:

- приватне підприємство, що діє на основі приватної власності громадян чи суб'єкта господарювання (юридичної особи);
- підприємство, що діє на основі колективної власності (підприємство колективної власності);
- комунальне підприємство, що діє на основі комунальної власності територіальної громади;
- державне підприємство, що діє на основі державної власності;
- підприємство, засноване на змішаній формі власності (на базі об'єднання майна різних форм власності).

В Україні можуть діяти також інші види підприємств, передбачені законом.

У разі якщо в статутному фонді підприємства іноземна інвестиція становить не менше як десять відсотків, воно визнається підприємством з іноземними інвестиціями. Підприємство, в статутному фонді якого іноземна інвестиція становить сто відсотків, вважається іноземним підприємством.

Залежно від способу заснування та формування статутного фонду в Україні діють підприємства унітарні та корпоративні.

Унітарне підприємство створюється одним засновником, який:

- виділяє необхідне для того майно;

- формує, відповідно до закону, статутний фонд, не поділений на частки (паї);
- затверджує статут;
- розподіляє доходи, безпосередньо або через керівника, який ним призначається;
- керує підприємством і формує його трудовий колектив на засадах трудового найму;

- вирішує питання реорганізації та ліквідації підприємства.

Підприємства поділяють на унітарні та корпоративні. Особливості правового статусу унітарних і корпоративних підприємств установлюються Господарським кодексом України та іншими законодавчими актами.

Унітарними можуть бути підприємства — державні, комунальні, підприємства, засновані на власності об'єднання громадян, релігійної організації або на приватній власності засновника.

Корпоративне підприємство має такі особливості:

- утворюється двома або більше засновниками за їх спільним рішенням (договором);
- діє на основі об'єднання майна та/або підприємницької чи трудової діяльності засновників (учасників);
- засновники спільно управляють справами підприємства на основі корпоративних прав, у тому числі через органи, що ними створюються;
- засновники беруть участь у розподілі доходів та ризиків підприємства.

Корпоративними є кооперативні підприємства, підприємства, що створюються у формі господарського товариства, а також інші підприємства, в тому числі засновані на приватній власності двох або більше осіб.

Підприємства розрізняються залежно від кількості працюючих та обсягу валового доходу від реалізації продукції за рік. За цими критеріями підприємства розподіляють на:

- ◆ малі;
- ◆ середні;
- ◆ великі.

Малими (незалежно від форми власності) визнаються підприємства, в яких середньооблікова чисельність працюючих за звітний (фінансовий) рік не перевищує п'ятдесяти осіб, а обсяг валового доходу від реалізації продукції (робіт, послуг) за цей період не перевищує суми, еквівалентної п'ятистам тисячам євро за середньорічним курсом Національного банку України щодо гривні.

Великими підприємствами визнаються підприємства, в яких середньооблікова чисельність працюючих за звітний (фінансовий) рік перевищує тисячу осіб, а обсяг валового доходу від реалізації продукції (робіт, послуг) за рік перевищує суму, еквівалентну п'яти мільйонам євро за середньорічним курсом Національного банку України щодо гривні.

Усі інші підприємства визнаються середніми.

У випадках існування залежності від іншого підприємства, передбачених статтею 126 Господарського кодексу України, підприємство визнається *дочірнім*.

Організаційна структура підприємства

Підприємство може складатися з виробничих структурних підрозділів (виробництв, цехів, відділень, дільниць, бригад, бюро, лабораторій тощо), а також функціональних структурних підрозділів апарату управління (управління, відділів, бюро, служб тощо).

Функції, права та обов'язки структурних підрозділів підприємства визначаються положеннями про них, які затверджуються в порядку, визначеному статутом підприємства або іншими установчими документами.

Підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис.

Підприємство має право створювати філії, представництва, відділення та інші відокремлені підрозділи, погоджуючи питання про розміщення таких підрозділів підприємства з відповідними органами місцевого самоврядування в установленому законодавством порядку. Такі відокремлені підрозділи не мають статусу юридичної особи і діють на основі положення про них, затвердженого підприємством. Підприємства можуть відкривати рахунки в установах банків через свої відокремлені підрозділи відповідно до закону. Діяльність розташованих на території України відокремлених підрозділів підприємств, що знаходяться за її межами, регулюється Господарським кодексом України та іншими законами.

Управління підприємством

Управління підприємством здійснюється відповідно до його установчих документів на основі поєднання прав власника щодо господарського використання свого майна і участі в управлінні трудового колективу. Власник здійснює свої права щодо управління підприємством безпосередньо або через уповноважені ним органи відповідно до статуту підприємства чи інших установчих документів.

Для керівництва господарською діяльністю підприємства власник (власники) або уповноважений ним орган призначає (обирає) керівника підприємства. У разі найму керівника підприємства з ним укладається договір (контракт), у якому визначаються строк найму, права, обов'язки і відповідальність керівника, умови його матеріального забезпечення, умови звільнення його з посади, інші умови найму за погодженням сторін.

Керівник підприємства без доручення діє від імені підприємства, представляє його інтереси в органах державної влади та органах місцевого самоврядування, інших організаціях, у відносинах з юридичними особами та громадянами, формує адміністрацію підприємства і вирішує питання діяльності підприємства в межах та порядку, визначених установчими документами.

На всіх підприємствах, які використовують найману працю, між власником або уповноваженим ним органом і трудовим колективом або уповноваженим ним органом повинен укладатися колективний договір, яким регулюються виробничі, трудові та соціальні відносини трудового колективу з адміністрацією підприємства. Вимоги до змісту і порядок укладення колективних договорів визначаються законодавством про колективні договори.

Трудовий колектив підприємства становлять усі громадяни, які своєю працею беруть участь у його діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди) або інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з підприємством. Повноваження трудового колективу щодо його участі в управлінні підприємством встановлюються статутом або іншими установчими документами відповідно до вимог цього Кодексу, законодавства про окремі види підприємств, закону про трудові колективи.

Рішення із соціально-економічних питань, що стосуються діяльності підприємства, виробляються і приймаються його органами управління за участю трудового колективу і уповноважених ним органів.

Особливості управління підприємствами окремих видів (організаційних форм підприємств) встановлюються Господарським кодексом України та законами про такі підприємства.

Майно підприємства

Майно підприємства становлять виробничі і невиробничі фонди, а також інші цінності, вартість яких відображається в самостійному балансі підприємства.

Джерела формування майна підприємства:

- грошові та матеріальні внески засновників;
- доходи, одержані від реалізації продукції, послуг, інших видів господарської діяльності;
- доходи від цінних паперів;
- кредити банків та інших кредиторів;
- капітальні вкладення і дотації з бюджетів;
- майно, придбане в інших суб'єктів господарювання, організацій та громадян у встановленому законодавством порядку;
- інші джерела, не заборонені законодавством України.

Цілісний майновий комплекс підприємства визнається нерухомістю і може бути об'єктом купівлі-продажу та інших угод, на умовах і в порядку, визначених Господарським кодексом України та законами, прийнятими відповідно до нього.

Держава гарантує захист майнових прав підприємства. Вилучення державою в підприємства майна, що ним використовується, здійснюється лише у випадках і порядку, передбачених законом.

6.3. Сутність та основні риси діяльності закладів охорони здоров'я

У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що **зкладами охорони здоров'я** є підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

Заклади охорони здоров'я є зареєстрованими та ліцензованими в установленому порядку суб'єкти господарської діяльності будь-якої організаційно-правової форми та форми власності.

Для всіх організацій притаманні загальні характеристики:

- наявність мети;
- кадри;
- наявність структури.

Місія закладу охорони здоров'я виокремлює його з інших закладів цієї галузі, тому має містити інформацію про чим є даний заклад, яким він прагне бути й чим керується в своїй діяльності. Місія впливає на імідж закладу й привертає увагу до нього пацієнтів, їх законних представників, інвесторів, страхових медичних організацій та інших учасників процесу охорони здоров'я.

Місія виступає інструментом стратегічного управління, що визначає цільові орієнтири організації, важливі з точки зору довготермінових конкурентних позицій. Тому формування місії закладу охорони здоров'я має бути спрямоване на майбутнє й не залежати від його сьогоденного стану.

Місія не є догмою. Медицина є наукомісткою галуззю, технології розвиваються швидкими темпами, у зв'язку з чим у закладу з'являються нові можливості. В Україні відбувається реформування галузі охорони здоров'я, тому нові нормативно-законодавчі акти можуть теж надавати закладу нові можливості. За таких обставин місія може переглядатися.

Велику роль місія чинить на формування етико-деонтологічної культури закладу. Всі співробітники закладу охорони здоров'я мають поділяти головні цінності та принципи, які відображаються в місії.

Характер місії проявляється у стратегії та організаційній культурі закладу. Місію закладу охорони здоров'я визначають сукупність зовнішніх та внутрішніх чинників, до яких відносяться:

- споживачі медичних послуг (пацієнти) та їх законні представники (батьки малих дітей, діти осіб літнього віку тощо);
- конфігурація ринку медичних послуг, товарів медичного призначення, медичної техніки та фармацевтичного ринку;
- керівники закладу, їх деонтологічні, біоетичні принципи та етико-моральні цінності;
- медичний та допоміжний персонал закладу;
- партнери (наприклад, фармацевтичні компанії, що постачають лікарські засоби та товари медичного призначення);
- органи державної влади та управління;
- суспільство в цілому.

Місія закладу охорони здоров'я знаходить конкретне втілення з таких ознак:

- ◆ потреби, які заклад має задовольнити;
- ◆ головна ціль, до якої він прагне;
- ◆ послуги (або продукція) які він надає (медичні, парамедичні, послуги медичного сервісу, лікарські засоби, товари медичного призначення, медична техніка тощо);
- ◆ лікувально-діагностичні, профілактичні, реабілітаційні технології, які використовує заклад;
- ◆ ринки, на яких заклад реалізує свої послуги або товари;
- ◆ цінності, що він сповідає;
- ◆ деонтологічні, біотичні та етико-моральні принципи діяльності.

На рівні великого закладу охорони здоров'я місія може бути сформульована досить широко. На рівні підрозділів або малих закладів охорони здоров'я (наприклад заклад, що надає діагностичні послуги за допомогою ультразвукового дослідження) місія формулюється більш конкретно й чітко, відображає галузь діяльності та окремі види послуг або робіт.

Загальний зміст місії закладу охорони здоров'я відображається в:

- рекламних повідомленнях;
- в бізнес-плані;
- річних звітах;
- статуті закладу;
- договірних угодах з діловими партнерами;
- документах, які відображають організаційну культуру закладу (етичному кодексі, правилах внутрішнього розпорядку, документі поінформованої згоди на медичне втручання тощо).

Мета організації тісно пов'язана з її місією. Існує декілька сфер, в яких організації охорони здоров'я встановлюють свою мету:

- соціальна відповідальність, яка проявляється в поліпшенні громадського здоров'я;
- медичне обслуговування населення;
- потреби та добробут співробітників;
- прибутки організації (для комерційних закладів охорони здоров'я).

Кадри — основа кожної організації, її головне багатство, необхідна умова надання медичних послуг або організації роботи аптеки. Хороший заклад намагається максимально використовувати потенціал своїх співробітників, сприяє підвищенню їх кваліфікації та кар'єрному росту, матеріальному благополуччю. Сучасне управління покликано забезпечити такі умови, при яких заклад охорони здоров'я та його співробітник були корисні один одному і відчували задоволення від взаємодії.

Структура. Всі організації охорони здоров'я мають спеціально розроблену структуру, яка є необхідною умовою виконання поставлених перед ними завдань — медичне обслуговування населення. Як правило, це традиційна структура з чітко та конкретно обумовленими інструкціями, функціональними обов'язками, положеннями про роботу кожного структурного підрозділу. Структура закладу охорони здоров'я та інші не врегульовані законом питання, пов'язані з його функціонуванням, визначаються статутом закладу. Організаційна і штатна структури, а також структура основних фондів закладів охорони здоров'я — державних (комунальних) підприємств визначаються виключно власником даного закладу або створеними ними органами управління відповідно статутних завдань та ліцензійних вимог.

Організаційна робота лікарні визначається такими документами та принципами:

- Схема організаційної структури лікарні є додатком до Статуту лікарні.
- Порядок внутрішньої організації та сфера діяльності структурних підрозділів лікарні затверджуються головним лікарем за погодженням з Наглядовою радою.
- Структурні підрозділи лікарні використовують надане їм майно на основі права оперативного використання майна в обсязі, що встановлюється керівником лікарні.
- Щоб забезпечити свою господарську діяльність, лікарня наймає працівників, які мають професійну підготовку та кваліфікацію, що відповідають вимогам чинного законодавства.
- Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників лікарні затверджує її головний лікар.

Специфічні особливості закладів охорони здоров'я:

- труднощі у визначенні якості роботи окремих медичних працівників і закладу охорони здоров'я в цілому;
- необхідність чіткої координації роботи:
 - а) окремих медичних працівників:
 - лікар—лікар;
 - лікар—медична сестра;
 - медична сестра—медична сестра;
 - б) окремих підрозділів або служб:
 - медико-інформаційна служба — управління закладом;
 - діагностична служба — лікувальні відділення стаціонару, амбулаторно-поліклінічна допомога;
 - метеорологічне забезпечення — діагностична служба, лікувальні відділення;

— структури амбулаторно-клінічної допомоги — відділення стаціонару;
— служба швидкої та невідкладної допомоги — відділення стаціонару;
— служба крові — лікувальні відділення стаціонару;
— патолого-анатомічна служба — лікувальні відділення стаціонару;
— інші.

- необхідність високого ступеня спеціалізації;
- недопустимість толерантного відношення до помилок;
- терміновість і невідкладність роботи.

Класифікаційні ознаки закладів охорони здоров'я. Існують суттєві відмінності в різних видах закладів охорони здоров'я, що впливає на організацію управління ними. До основних класифікаційних ознак відносяться:

◆ *сфера діяльності* (заклади лікувально-профілактичні, аптеки, санітарно-профілактичні заклади, заклади санітарної просвіти, медико-соціального захисту, центри медичної статистики, молочні кухні, бюро судово-медичної експертизи тощо);

◆ *організаційно-правова форма* (державні, відомчі, приватні, господарчі товариства, об'єднання юридичних осіб);

◆ *розмір*;

◆ *участь у науково-дослідній роботі* (клініки при НДІ, клінічні заклади охорони здоров'я, науково-дослідні підрозділи фармацевтичних фірм);

◆ *інші*.

Функції лікувально-профілактичних закладів (за рекомендаціями ВООЗ):

• *лікувально-відновлювальні* (діагностика, лікування, медико-соціальна реабілітація, невідкладна медична допомога);

• *профілактичні* (профілактика інфекційних захворювань, запобігання переходу гострого стану в хронічний, зниження захворюваності з тимчасовою непрацездатністю, інвалідності);

• *навчальні* (підготовка лікарів та середніх медичних працівників, підвищення кваліфікації медичних працівників);

• *науково-дослідницькі*.

Заклад охорони здоров'я може бути окремою організаційною одиницею, частиною іншої організаційної одиниці або організаційною одиницею, підлеглою іншій організаційній одиниці. Заклади охорони здоров'я в Україні можуть перебувати в державній (тобто загальнодержавній або комунальній) і недержавній (комерційній) власності.

Учасниками відносин у сфері господарювання виступають:

◆ суб'єкти господарювання (управлінський, виробничий медичний та допоміжний бухгалтері, економісти, програмісти тощо персонал);

◆ споживачі (пацієнти);

◆ покупці (пацієнти, їх законні представники, страхові компанії, фірми, які купують медичні послуги для своїх співробітників);

◆ органи державної влади та органи місцевого самоврядування, наділені господарською компетенцією;

◆ громадяни, громадські та інші організації, які виступають засновниками закладів охорони здоров'я чи здійснюють щодо них організаційно-господарські повноваження на основі відносин власності.

Усі заклади охорони здоров'я здійснюють господарську діяльність, під якою розуміють діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямовану на:

• виготовлення та реалізацію лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичної техніки;

- виконання науково-дослідних та консультаційних робіт;
- надання медичних послуг.

Таким чином, *предметом діяльності лікарні може бути:*

- своєчасна госпіталізація і стаціонарне лікування хворих, кваліфіковане надання медичної допомоги населенню;
- консервативне та оперативне лікування хворих;
- надання невідкладної медичної допомоги хворим при гострих та раптових захворюваннях, травмах та інших нещасних випадках;
- розробка, впровадження та здійснення прогресивних методів лікування;
- консультативно-діагностичні послуги;
- створення комплексу комфорту, який супроводжує лікувально-оздоровчу практику;
- створення аптеки, приготування і реалізація фармацевтичних препаратів та форм;
- усі інші види медичної, консультативної, лікувальної та профілактичної діяльності, в тому числі надання платних медичних послуг відповідно до чинного законодавства;
- підготовка та підвищення кваліфікації медичних кадрів (лікарів і медичних сестер), атестація середнього молодшого персоналу;
- експертиза тимчасової непрацездатності хворих, видача та продовження листків непрацездатності, надання трудових рекомендацій хворим, що потребують переведення на інші ділянки роботи, своєчасне направлення хворих на МСЕК;
- здійснення господарської діяльності, види та напрями якої погоджуються з управлінням охорони здоров'я при міській, обласній держадміністрації;
- здійснення зовнішньоекономічної діяльності відповідно до чинного законодавства;
- інша не заборонена законодавством діяльність.

Виготовлення та реалізація товарів або надання медичних послуг носить вартісний характер, що має цінову визначеність.

Господарська діяльність закладу охорони здоров'я, що здійснюється для досягнення економічних і соціальних результатів та з метою одержання прибутку, є підприємництвом, а суб'єкти підприємництва — підприємцями. Господарська діяльність може здійснюватись і без мети одержання прибутку (некомерційна господарська діяльність).

Сферу господарських відносин становлять такі відносини:

- господарсько-виробничі;
- організаційно-господарські;
- внутрішньогосподарські.

Господарсько-виробничими є майнові та інші відносини, що виникають між суб'єктами господарювання при безпосередньому здійсненні господарської діяльності.

Організаційно-господарські відносини — відносини, що складаються між суб'єктами господарювання та суб'єктами організаційно-господарських повноважень у процесі управління господарською діяльністю.

Внутрішньогосподарськими є відносини, що складаються між структурними підрозділами суб'єкта господарювання, та відносини суб'єкта господарювання з його структурними підрозділами.

Держава для реалізації соціальної й економічної політики, виконання цільових програм і програм економічного і соціального розвитку застосовує різноманітні засоби і механізми регулювання господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Основними засобами регулювального впливу держави на діяльність закладів охорони здоров'я є:

- державне замовлення, державне завдання;
- ліцензування, акредитація, патентування;
- сертифікація та стандартизація;
- застосування нормативів;
- надання інвестиційних, податкових та інших пільг;
- надання дотацій, компенсацій, цільових інновацій та субсидій.

Податкові пільги. Відповідно до Закону України «Про податок на додану вартість» та Постанови Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2003 року № 1949, визначено Перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, операції з продажу яких звільняються від сплати податку на додану вартість. Постановою Кабміну від 30 грудня 2005 р. № 1303 перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, операції з продажу яких звільняються від обкладення податком на додану вартість було розширено.

Податкові пільги поширюються не тільки на виробників лікарських засобів та товарів медичного призначення, ними можна скористатися при ввезенні або вивезенні цих товарів з митної території України. Для користування такими податковими пільгами необхідно представити ряд документів, зазначених у Наказі Державної митної служби України від 22.06.2006 N 514 «Про затвердження Порядку подання документів, які підтверджують право суб'єктів підприємницької діяльності на користування встановленими законодавством податковими пільгами під час митного оформлення товарів, що ввозяться на митну територію України або вивозяться з митної території України.

Умови, обсяги, сфери та порядок застосування окремих видів засобів державного регулювання господарської діяльності визначаються Господарчим кодексом України, іншими законодавчими актами, а також програмами соціального розвитку й програмами подолання деяких видів хвороб.

Заклади охорони здоров'я розподіляють на некомерційні (державні, комунальні) та комерційні.

6.4. Некомерційні заклади охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я, що працюють у формі державних унітарних підприємств, утворюються компетентним органом державної влади в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини державної власності, як правило, без поділу її на частки, і входить до сфери його управління. Рішення про форму організації закладу (або про його реорганізацію з однієї форми в іншу) приймається власником медичного закладу:

- Кабінетом Міністрів — для закладів, що перебувають у загальнодержавній власності;
- обласними, районними, міськими, селищними, сільськими радами — для закладів, що перебувають у комунальній власності;

Орган державної влади, до сфери управління якого входить підприємство, є представником власника і виконує його функції в межах, визначених Господарським кодексом України та іншими законодавчими актами.

Майно державного унітарного підприємства перебуває в державній власності і закріплюється за таким закладом охорони здоров'я на праві господарського відання чи праві оперативного управління.

Органом управління державного унітарного закладу охорони здоров'я є керівник (головний лікар), якого призначає орган, до сфери управління якого входить заклад, і є підзвітним цьому органу.

До категорії державних закладів охорони здоров'я відносяться **комунальні унітарні заклади**, що утворюються компетентним органом місцевого самоврядування в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини комунальної власності і входять до сфери його управління.

Орган, до сфери управління якого входить комунальне унітарне підприємство, є представником власника — відповідної територіальної громади і виконує його функції в межах, визначених Господарчим кодексом України та іншими законодавчими актами.

Майно комунального унітарного закладу охорони здоров'я перебуває в комунальній власності і закріплюється за таким підприємством на праві господарського відання (комунальне комерційне підприємство) або на праві оперативного управління (комунальне некомерційне підприємство).

Статутний фонд комунального унітарного підприємства утворюється органом, до сфери управління якого воно входить, до реєстрації його як суб'єкта господарювання. Мінімальний розмір статутного фонду комунального унітарного підприємства встановлюється відповідною місцевою радою.

Найменування комунального унітарного закладу охорони здоров'я повинно містити слова «комунальне підприємство» та вказівку на орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство. Наприклад, Аптека № 12 КП «Фармація».

Зклади охорони здоров'я, що перебувають у державній та комунальній власності, можуть здійснювати некомерційне господарювання. До таких закладів відносяться лікарні, аптеки, санаторно-курортні заклади тощо.

Некомерційне господарювання — це самостійна систематична господарська діяльність, що здійснюється суб'єктами господарювання, спрямована на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Під некомерційним закладом розуміють будь-яку юридичну особу, що за основну мету своєї діяльності не ставить отримання прибутку та його розподіл між учасниками господарського процесу. Некомерційні заклади охорони здоров'я є невід'ємним елементом ринку медичних послуг, ринку медичної техніки, фармацевтичного ринку. Для таких закладів характерно:

- наявність юридичної особи;
- основною метою діяльності не є отримання прибутку;
- можливий прибуток не може бути розподілений між учасниками некомерційного закладу.

Метою діяльності некомерційних закладів може бути:

- ◆ надання медичної допомоги;
- ◆ профілактика та реабілітація;
- ◆ надання освітніх послуг;
- ◆ здійснення управлінської діяльності;
- ◆ захист прав учасників медичного процесу (пацієнтів, лікарів, лікувально-профілактичних закладів, тощо);
- ◆ інші види діяльності, в основу яких не покладено отримання прибутку.

Держава здійснює управління державним сектором економіки відповідно до заasad внутрішньої і зовнішньої політики.

Суб'єктами господарювання державного сектора економіки є суб'єкти, що діють на основі лише державної власності, а також суб'єкти, державна частка в статутно-

му фонді яких перевищує п'ятдесят відсотків чи становить величину, яка забезпечує державі право вирішального впливу на господарську діяльність цих суб'єктів.

До різновиду некомерційних організацій належать бюджетні установи, для яких одержання прибутку не є їх основною метою.

Бюджетні організації — це організації, які створені органами місцевого самоврядування, діяльність яких повністю або частково фінансується за рахунок коштів державного або місцевого бюджетів.

Функціонування закладів охорони здоров'я бюджетних установ регулюється бюджетним законодавством і нормативними актами Кабінету Міністрів України. Діяльність державних (комунальних) закладів регулюється відповідним законодавством України.

Для бюджетних установ основним фінансовим документом є кошторис доходів і видатків, який підтверджує повноваження на отримання доходів та здійснення видатків та який визначає обсяг та напрями коштів для виконання відповідних функцій.

Основним документом, який визначає правові принципи регулювання, організації, ведення бухгалтерського обліку та складання фінансової звітності в Україні для всіх підприємств, установ та організацій незалежно від форм власності, є Закон України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні».

Установи та організації, які утримуються за рахунок коштів бюджету, підлягають обов'язковій реєстрації в:

- органах податкової служби;
- Пенсійному фонді;
- органах Фонду соціального страхування;
- органах Державної служби зайнятості.

Установи та організації, що утримуються за рахунок коштів бюджету, ведуть облік виконання бюджету й кошторисів видатків, який прийнято називати бюджетним обліком.

Предметом бюджетного обліку є процес виконання бюджету. Об'єктом бюджетного обліку є:

- ◆ доходи і видатки бюджету;
- ◆ фонди і резерви, які створюються в бюджеті в процесі його виконання;
- ◆ витрати на утримання бюджетних установ;
- ◆ матеріальні цінності бюджетних організацій;
- ◆ грошові кошти в касі та на рахунках.

В Україні здійснюється державне регулювання бухгалтерського обліку та фінансової звітності. Згідно зі ст. 6 Закону про бухгалтерський облік, порядок ведення бухгалтерського обліку та складання фінансової звітності про виконання кошторисів бюджетних установ регулюється Головним управлінням Державного казначейства України (ГУДКУ). Воно розробляє План рахунків бухгалтерського обліку і порядок його застосування, інструкції з обліку наявності та використання бюджетних та позабюджетних коштів, валютних операцій, основних засобів. Така суворе регламентація методології обліку забезпечує його єдність, порівнюваність показників установ різних галузей невиробничої сфери, можливість отримання зведених показників для контролю за виконанням кошторисів і бюджетів.

Національні положення (стандарти) бухгалтерського обліку, які розробляються і затверджуються Міністерством фінансів України, на бюджетні установи не поширюються.

Ведення бухгалтерського обліку, здійснення контролю за виконанням кошторисів, а також складання звітності в бюджетних установах покладається на бухгалте-

рію, яка є, як правило, самостійною службою і має свою структуру. Існують дві організаційні форми обліку в бюджетних установах: бухгалтерії при окремих установах і централізовані бухгалтерії. Самостійні бухгалтерії мають великі установи: вищі навчальні заклади, науково-дослідні інститути, лікарні тощо.

Централізовані бухгалтерії — найбільш поширена форма організації обліку. Вони створюються за відомчою чи міжвідомчою ознаками при територіальних і районних медичних об'єднаннях, міністерствах, відомствах та їх управліннях, управліннях місцевих державних адміністрацій і виконують функції з обліку та звітності бюджетних установ, які вони обслуговують.

Централізація справила позитивний вплив на бухгалтерський облік і звітність: поліпшився функціональний розподіл обов'язків між працівниками, набули поширення прогресивні форми і методи обліку, скоротилися видатки на утримання апарату управління, з'явилася можливість порівнювати та узагальнювати результати аналізу і контролю виконання кошторисів однотипних установ, використовувати сучасну обчислювальну техніку. ТОВ «Парус» розробляє і впроваджує в Україні пакети прикладних програм з комплексної автоматизації бухгалтерського обліку в бюджетних установах з виходом на баланс та інші форми звітності. Автоматизація оброблення обліково-економічної інформації є вирішальним фактором підвищення оперативності, аналітичності та достовірності даних бухгалтерського обліку.

Форми некомерційних організацій. У галузі охорони здоров'я некомерційні організації можуть бути створені в різних організацій-правових формах. Вибір форми залежить від цілей, з якими створюється некомерційна організація, її відносин із засновниками, можливих джерел фінансування тощо. Найбільш поширені на практиці організаційно-правові форми некомерційних організацій у галузі охорони здоров'я:

- Громадська організація.
- Фонд.
- Установа.
- Некомерційне партнерство.
- Автономна некомерційна організація.
- Об'єднання юридичних осіб.
- Державна корпорація.

Громадська організація (об'єднання) — добровільне об'єднання громадян, у встановленому законом порядку, що об'єдналися на основі спільності їх інтересів для задоволення духовних або інших нематеріальних потреб.

Громадське об'єднання утворюється за ініціативою його засновників: фізичних осіб (не менше трьох чоловік) і юридичних осіб (суспільних об'єднань). Засновники скликають з'їзд (конференцію) або загальні збори, на яких приймається статут суспільного об'єднання, формуються керівні і контрольно-ревізійні органи. Засновниками, членами і учасниками суспільного об'єднання не можуть бути органи державної влади і органи місцевого самоврядування.

Прикладом такої громадської організації може бути Товариство Червоного Хреста України, яке є всеукраїнською добровільною громадською гуманітарною організацією.

Товариство Червоного Хреста України допомагає державі в наданні медичної і гуманітарної допомоги під час збройних конфліктів та в мирний час, бере участь у наданні міжнародної допомоги в разі катастроф і надзвичайних ситуацій, забезпечує медико-соціальну допомогу найменш соціально захищеним верствам населення. Вищим керівним органом Товариства є з'їзд, його організацій — конференції та загальні збори.

З'їзд Товариства Червоного Хреста України затверджує Статут Товариства, вносить до нього зміни і доповнення, обирає Президента Товариства та членів Правління Товариства і ревізійну комісію, заслуховує звіти Президента Товариства і Правління Товариства, здійснює право власності на майно та кошти Товариства, приймає рішення щодо припинення діяльності (реорганізації чи ліквідації) Товариства.

Товариство Червоного Хреста України та його місцеві організації з моменту їх державної реєстрації набули статусу юридичної особи. Товариство має відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в установах банків (у тому числі валютні), печатки зі своїм найменуванням, символіку, штампи, бланки.

Товариство бере участь у міжнародній доброчинній, благодійній діяльності, в інших міжнародних акціях гуманітарного характеру, що здійснюються відповідно до міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Різновидом суспільного об'єднання є професійний союз. **Профспілка** є добровільним громадським об'єднанням громадян, пов'язаних загальними виробничими і професійними інтересами. Вона створюється в цілях представництва і захисту соціально-трудових прав та інтересів громадян. Прикладом може бути Профспілка працівників охорони здоров'я України.

Фонд — некомерційна організація, що не має членства, встановлена громадянами і (або) юридичними особами на основі добровільних майнових внесків і переслідуюча суспільно корисні цілі.

Засновницьким документом фонду є Статут, затверджений засновниками.

Фонд зобов'язаний щорічно публікувати звіти про використання свого майна. Цей захід спрямований на забезпечення контролю за використанням майна.

В Україні в галузі охорони здоров'я успішно працюють фонди, що створені окремою юридичною особою без участі урядових структур, наприклад, фонд «Відродження», який щорічно проводить низку наукових та соціальних програм.

У галузі охорони здоров'я працюють також фонди, засновниками яких виступають урядові структури. Наприклад, Український фонд соціальних інвестицій є неприбутковою організацією, створеною Постановою Кабінету Міністрів України № 740 від 28.04.2002 р. для виконання в Україні спільного проекту Уряду України і Всесвітнього банку «Фонд соціальних інвестицій». Виконання Проекту розраховане на 6 років і передбачає закупівлю устаткування, робіт і послуг для місцевих закладів охорони здоров'я та інших організацій соціального спрямування. Оплата договорів здійснюється Фондом, за рахунок засобів Всесвітнього банку, бюджетних коштів і засобів місцевих громад. У 2007 році Фондом було сформовано список спеціалізованих постачальників медичного устаткування для пунктів першої медичної допомоги. Крім того, за сприянням цього Фонду готується тендер на постачання комплексу офтальмологічного обладнання, яке погоджено з одержувачем дитячим садком для дітей з порушеннями зору.

Установа (заклад) — некомерційна організація, створена власником для здійснення управлінських та інших функцій некомерційного характеру і що фінансується повністю або частково цим власником. Форму установи в галузі охорони здоров'я мають переважна більшість медичних, освітніх, наукових організацій.

Установа функціонує на основі статуту. Власник установи зобов'язаний фінансувати установу повністю або частково. На відміну від інших некомерційних організацій, установа не є власником свого майна. Вона володіє достатньо обмеженим правом оперативного управління своїм майном.

Діяльність некомерційної організації. Діяльність некомерційної організації включає два рівні: основну і підприємницьку діяльність.

Основна діяльність некомерційної організації — це діяльність, що відповідає цілям, для досягнення яких вона створена і яка передбачена в Статуті.

Некомерційна організація може здійснювати один або декілька видів діяльності. Для некомерційних організацій у галузі охорони здоров'я це може бути надання медичних послуг, створення медичної техніки, ведення науково-дослідної роботи тощо.

Проведення основної виробничої діяльності — головна функція некомерційної організації, мета, заради якої вона створюється. Саме ця діяльність некомерційної організації підтримується і стимулюється державою (пільги при сплаті податків, надання замовлень тощо).

Фонд «Відродження» в 2007 р. проголосив Програму «Ініціативи в галузі охорони здоров'я». Метою цієї програми стало сприяння реформуванню галузі охорони здоров'я, поліпшення рівня здоров'я населення, підтримуючи нові підходи до вирішення найактуальніших проблем громадського здоров'я, насамперед через впровадження цілісної моделі допомоги при станах, пов'язаних з ВІЛ/СНІД та немедичним вживанням наркотиків.

ПРІОРИТЕТИ ПРОГРАМИ 2007 РОКУ:

— започаткування результативного та прозорого діалогу між громадськістю та державою в питаннях впровадження політики у сфері охорони здоров'я;

— залучення громадськості до розв'язання нагальних проблем громадської охорони здоров'я;

— започаткування незалежного моніторингу центрального та місцевих бюджетів у сфері охорони здоров'я, забезпечення прозорості та ефективності державної політики, а також її відповідності потребам пацієнтів;

— реформування системи охорони здоров'я в Україні, зокрема у сферах паліативної допомоги, наркополітики, зменшення шкоди та захисту прав пацієнтів;

— розвиток політики зменшення шкоди від вживання наркотиків і профілактика ВІЛ/СНІД у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків;

— розвиток системи паліативної допомоги в Україні;

— Захист прав пацієнтів на доступ до якісної та комплексної медичної, соціальної та юридичної допомоги.

ПРИНЦИПИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ:

— програма здійснює свою діяльність наданням ґрантової підтримки актуальним громадським ініціативам;

— програма залучає окремих фахівців для виконання експертних завдань, проведення наукових досліджень, участі в конференціях;

— програма надає технічну допомогу представникам громадськості, які вважають за потрібне встановити робочі стосунки з представниками органів влади;

— програма підтримує активні зв'язки із засобами масової інформації з метою поширення інформації про хід виконання проектів, про окремі показники стану здоров'я населення тощо.

У країнах з ринковою економікою некомерційним організаціям, у тому числі і в галузі охорони здоров'я, дозволяється, крім основної діяльності, займатися також підприємницькою діяльністю. За допомогою останньої некомерційні організації дістають можливість заробити додаткові кошти, які в даний момент не можуть бути надані засновниками, учасниками організації. Проте треба врахувати, що некомерційні організації створюються і функціонують не для ведення підприємницької діяльності, а заради виконання ними основної діяльності, яка відображена в Статуті.

Дохід некомерційної організації. Некомерційна організація для ведення своєї діяльності повинна мати певний дохід. До основних джерел формування доходу некомерційної організації відносяться:

- регулярні і одноразові надходження від засновників (учасників);
- засоби добровільного медичного страхування;
- добровільні майнові внески і пожертвування;
- асигнування з державного бюджету;
- виручка від реалізації товарів, науково-дослідних та інших робіт, послуг;
- доходи, що отримуються від власності;
- інші, не заборонені законом надходження.

Під *регулярними надходженнями від засновників (учасників)* розуміють вступні і членські внески в тих некомерційних організаціях, правові форми яких передбачають членство (громадське об'єднання, асоціація та ін.). До регулярних надходжень можна віднести засоби, що перераховуються установам їх власниками, якщо це робиться регулярно.

Засоби добровільного медичного страхування — це засоби, що поступають в організацію за допомогою добровільного медичного страхування. Під *добровільними майновими внесками* розуміються будь-які пожертвування громадян і юридичних осіб. Ці засоби можуть поступати в некомерційну організацію як у натуральній, так і в грошовій формі. Доказом надходження тих або інших засобів (майна) у власність некомерційної організації є платіжні доручення, прибутково-видаткові касові ордери та акт здачі-приймання майна.

Пожертвування носять виключно цільовий характер: вони призначені для виконання конкретних програм, заходів або для ведення основної діяльності в цілому. До добровільних майнових внесків і пожертвувань відносяться також грошові надходження від спонсорів. Звичайно, що в основі таких надходжень має бути покладено спонсорську угоду. Як правило, заклад охорони здоров'я за спонсорською угодою надає рекламні послуги фірмі-спонсору, тому іноді спонсорство розглядають як вид рекламної діяльності. Рекламуватись мають лікарські засоби (ті, що дозволені Законом України «Про рекламу») й товари медичного призначення, дієтичне харчування.

На особливу увагу заслуговує таке джерело надходження, яке іменується *грантом*. Під грантом розуміються засоби, що надаються підприємствам, організаціям і фізичним особам для виконання конкретних програм.

У світовій практиці під грантом, як правило, розуміють цільові засоби, що надаються на безповоротній, неприбутковій основі. Гранти дозволяють медичним центрам, науковим організаціям, вищим навчальним закладам здійснювати нові проекти, набувати сучасного устаткування, підвищувати рівень професійної кваліфікації співробітників, видавати наукову та науково-популярну літературу тощо.

У країнах з ринковою економікою існує система отримання коштів з державного бюджету за допомогою державного або муніципального контракту, що передбачає участь некомерційних організацій у виконанні програм, що задовольняють державні і муніципальні потреби. Наприклад, некомерційні організації, які працюють у галузі охорони здоров'я, можуть укласти контракт з місцевими органами державної влади на надання медичних послуг певним категоріям населення (особам похилого віку, інвалідам, багатодітним сім'ям тощо). Отримання державного і муніципального контракту некомерційними організаціями можливо тільки на конкурсній основі.

У світовій практиці існує досвід, за яким держава може надавати некомерційним організаціям субсидії і субвенції, зокрема на виділення державних грантів. Субсидії

надаються некомерційній організації на умовах пайового фінансування цільових витрат. Як правило, субсидії, що отримуються некомерційною організацією, прямують на часткове покриття певних видів витрат, пов'язаних із здійсненням основної діяльності (наприклад, комунальні витрати). Отримання такого роду коштів з державного бюджету часто пов'язане з певними вимогами. Кошти з державного бюджету у вигляді субвенції можуть бути надані некомерційній організації на здійснення певних цільових витрат. Ці засоби поступають у некомерційну організацію на безвідплатній і безповоротній основі. Зокрема, некомерційний заклад охорони здоров'я може отримати бюджетні кошти у вигляді субвенції на фінансування витрат, пов'язаних з її участю у виконанні державної цільової програми, фінансування якої передбачено відповідним бюджетом.

Світовий досвід показує, що асигнування з державного бюджету, які поступають некомерційним організаціям, повинні носити цільовий характер. За допомогою такого роду фінансування держава привертає некомерційні організації до реалізації федеральних, регіональних і місцевих програм з охорони здоров'я.

Структура доходів некомерційної організації залежить від організаційно-правової форми, виду власності, здійснення підприємницької діяльності, характеру медичних послуг, що надаються, і товарів, які вона виробляє, тощо. Дохід некомерційної організації галузі охорони здоров'я залежно від джерела надходжень коштів можна розподілити на цільові надходження і дохід від підприємницької діяльності.

Цільові засоби — засоби в грошовій і натуральній формі, що поступають в некомерційну організацію, для виконання основної (статутної) діяльності.

Доходи, пов'язані із здійсненням підприємницької діяльності, формуються за рахунок отримання коштів від виробництва товарів, виконання робіт, надання послуг, реалізації продукції, придбання і реалізації частки, паїв, майнових та немайнових прав, участі в господарчих товариствах. Проведення підприємницької діяльності дорівнює некомерційній організації до комерційних організацій, діяльність яких регулюється відповідним законодавством.

Види витрат некомерційної організації представлено на рис. 6.4. Функціонування некомерційної організації в галузі охорони здоров'я пов'язане зі здійсненням певних витрат.

Їх можна підрозділити на декілька видів відповідно до функціонального призначення. До витрат на утримання некомерційної організації відносяться:

- витрати, пов'язані з відрядженнями і службовими поїздками;
- заробітна плата адміністративно-управлінського персоналу;
- канцелярські і господарські витрати;
- витрати на придбання устаткування і інвентаря;
- капітальний і поточний ремонт;
- орендна плата;
- плата за телефон, поштово-телеграфні витрати;
- представницькі витрати;
- витрати на проведення обов'язкового аудиту.

Витрати на виконання програм, заходів, пов'язаних з основною (статутною) діяльністю, включають витрати на виконання програм, на які виділені цільові кошти. Ці програми, заходи повинні бути пов'язані з основною діяльністю некомерційної організації. Розподіл цієї групи витрат залежить від виду програми, заходу (навчання персоналу, проведення науково-дослідної роботи, надання медичних послуг певним категоріям населення тощо).

Зміст витрат, пов'язаних з підприємницькою діяльністю, регулюється нормативними документами, які визначають діяльність комерційних організацій. В даний час в українському законодавстві відсутня нормативна база, що визначає підприємницьку діяльність некомерційних організацій.

У некомерційній організації має вестись окремий облік витрат з основної і підприємницької діяльності. Частина цих витрат може відшкодовуватися за рахунок прибутку, що залишився в розпорядженні некомерційної організації після сплати податків.

Кошти, передані в результаті внутрішньогосподарчих розрахунків, включають витрати, пов'язані зі створенням продукції (робіт, послуг), призначеної для інших підрозділів некомерційної організації (ремонт і обслуговування медичного обладнання тощо).

Втрати і списання включають вартість устаткування, медичної техніки, що прийшли в непридатність, транспортних засобів, інвентаря і господарського приладдя.

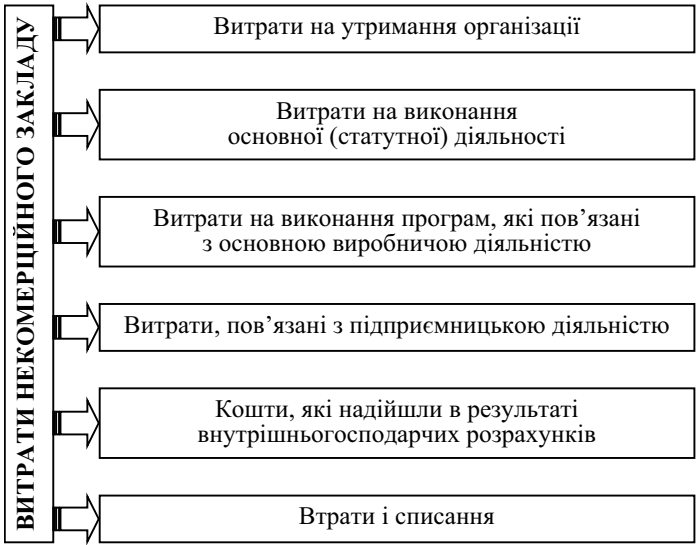


Рис. 6.4. Структура витрат некомерційного закладу охорони здоров'я

6.5. Комерційні заклади охорони здоров'я

Комерційні заклади охорони здоров'я можуть функціонувати в будь-якій господарській формі, передбаченій чинним законодавством для підприємницької діяльності, при дотриманні ліцензійних вимог, що стосуються надання медичних послуг. Основною метою комерційного закладу охорони здоров'я є отримання прибутку.

У галузі охорони здоров'я переважно функціонують комерційні заклади охорони здоров'я, діяльність яких пов'язана з:

- наданням стоматологічних послуг;
- наданням косметологічних послуг;
- наданням гінекологічних та андрологічних послуг;

- проведення лабораторної діагностики;
- проведення функціональної діагностики;
- наркологічні послуги;
- ортопедичні послуги,
- послуги нетрадиційної медицини тощо.

Кінцевим результатом діяльності таких закладів охорони здоров'я є надання медичних послуг за ринковими цінами.

Для комерційного закладу охорони здоров'я характерні такі засади:

- ◆ наявність юридичної особи;
- ◆ основна ціль діяльності — отримання прибутку;
- ◆ прибуток може бути розподілено між учасниками комерційного закладу.

Механізм функціонування комерційного закладу охорони здоров'я. Основним чинником, що визначає ефективність роботи комерційної організації, виступає прибуток від надання медичних послуг.

Походження прибутку пов'язане з отриманням *валового доходу* — виторгу від реалізації медичної послуги з відрахуванням матеріальних витрат. В умовах ринку комерційна організація намагається максимізувати прибуток й таким чином забезпечити собі динамічний розвиток.

Кінцевим фінансовим результатом господарської діяльності комерційної організації балансовий прибуток.

Балансовий прибуток — сума прибутків комерційного закладу від реалізації медичних послуг та від доходів (збитків), не пов'язаних з їх наданням та реалізацією.

Балансовий прибуток закладу містить три елементи:

- прибуток (збитки) від реалізації медичних послуг;
- прибуток (збитки) від реалізації основних засобів, реалізації іншого майна;
- фінансові результати від позареалізаційних операцій.

Прибуток (збитки) від реалізації медичних послуг являє собою фінансовий результат, отриманий від основної діяльності закладу охорони здоров'я, що відображено в його статуті.

Прибуток від реалізації основних фондів, реалізації іншого майна закладу відноситься до фінансових результатів, не пов'язаних з основними видами діяльності закладу охорони здоров'я. Наприклад, стоматологічна лікарня може продати рентгенівський апарат. Тобто це буде прибуток від реалізації медичної техніки, що знаходилась на балансі комерційного закладу охорони здоров'я.

Фінансові результати від позареалізаційних операцій — це прибуток (збиток) по операціях різного характеру, що не відносяться до основної діяльності комерційного закладу охорони здоров'я та не пов'язані з реалізацією основних фондів. Наприклад, комерційна стоматологічна лікарня може здати рентгенівський апарат в аренду, інвестувати кошти в інші проекти, не пов'язані з основною діяльністю закладу.

В комерційних закладах охорони здоров'я розподілу підлягає *чистий прибуток* — прибуток, що залишився в розпорядженні закладу охорони здоров'я після сплати податків та інших обов'язкових платежів. Розподіл чистого прибутку закладу характеризує процес формування фондів і резервів закладу охорони здоров'я для реалізації потреб виробничої діяльності та розвитку соціальної сфери.

Комерційні заклади охорони здоров'я мають кошторис видатків, що фінансуються з прибутку. Цей документ має включати видатки, пов'язані з розвитком виробництва медичних послуг, реалізації соціальної програми закладу охорони здоров'я.

До видатків, пов'язаних із розвитком виробництва медичних послуг, відносяться витрати:

- на науково-дослідну діяльність;
- на розробку та впровадження нових методів діагностики, лікування, профілактики та реабілітації тощо;
- на реконструкцію та модернізацію.

Розподіл прибутку на соціальні програми включає витрати на утримання об'єктів соціальної сфери, проведення спортивно-культурних заходів тощо. Тобто видатки, пов'язані з розвитком виробництва медичних послуг, сприяють зростанню майна, процесу накопичення; друга складова — соціальна характеризує частку прибутку, спрямовану на споживання.

Комерційні заклади охорони здоров'я мають повну економічну самостійність й будують свої відносини з іншими господарюючими суб'єктами на основі укладання договорів, відповідно встановлених у країні податків, зборів, тарифів, мит.

Майно комерційного закладу охорони здоров'я. Внеском у майно комерційного закладу можуть бути кошти, цінні папери, будівлі, медична техніка, інші речі або інші права, що мають грошову оцінку. Початкове формування майна комерційного закладу охорони здоров'я відбувається при заснуванні закладу, коли формується статутний капітал.

Джерелами формування майна комерційного закладу, який надає медичні послуги, є прибуток від основного та інших видів діяльності, амортизаційні відрахування, різні цільові надходження (в тому числі від добровільного медичного страхування) та інші джерела.

6.6. Організація та порядок надання послуг у закладах охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я діють на основі статуту. *Статут*^{*} затверджується власником (засновником) закладу охорони здоров'я. У статуті визначаються:

- назва закладу охорони здоров'я, яка повинна відповідати сфері та обсягу послуг, що ним надаються;
- власник закладу охорони здоров'я;
- місцезнаходження закладу охорони здоров'я;
- предмет і цілі діяльності закладу охорони здоров'я (в тому числі участь у наукових дослідженнях та професійній підготовці медичних працівників, якщо таке передбачається);
- територія обслуговування, що охоплюється діяльністю закладу охорони здоров'я;
- види і обсяг медичних послуг, що надаються закладом охорони здоров'я;
- органи управління закладу охорони здоров'я і порядок їх формування;
- організаційна структура закладу охорони здоров'я;
- форма фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я;
- порядок формування основних майна (основних фондів) закладу охорони здоров'я.

^{*} У додатках наведено: Проект статуту комунального підприємства ЦРЛ- Додаток 3. Статут дитячої поліклініки N 2 Деснянського району м. Києва — Додаток 4. Статут державного закладу «Спеціалізований (спеціальний) Санаторій «Ірпінь» МОЗ України — Додаток 5. Статут малого комерційного підприємства — Додаток 6.

Організація та порядок процесу надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я визначається статутними положеннями закладу охорони здоров'я, які повинні відповідати стандартам надання медичної допомоги. Вони не можуть порушувати прав пацієнта, що визначені чинним законодавством. Заклад охорони здоров'я може доводити до відома громадськості інформацію про обсяг та види медичних послуг, що надаються закладом. Зміст і форма цієї інформації не може бути використана як реклама.

Регулювання діяльності закладів охорони здоров'я здійснюється у вигляді державного ліцензування, професійної сертифікації медичних працівників, а також у вигляді акредитації закладів.

Отримання ліцензії на право здійснення медичної практики* є необхідною умовою початку функціонування закладу охорони здоров'я. Ліцензуванню підлягають всі заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, засновника і форми господарювання, в тому числі й заклади охорони здоров'я — бюджетні установи. Ліцензування медичної практики здійснюється Міністерством охорони здоров'я України. Ліцензійні умови визначаються Міністерством охорони здоров'я України за погодженням із самоврядними професійними медичними організаціями (лікарськими, сестринськими та іншими спілками, палатами, асоціаціями, товариствами тощо) та/або самоврядними організаціями надавачів медичних послуг (спілками, асоціаціями лікарень, медичних практик та ін.).

Міністерством охорони здоров'я України, за погодженням із самоврядними професійними медичними організаціями та організаціями надавачів медичних послуг, визначаються мінімальні норми забезпечення (табелі оснащення) закладів охорони здоров'я обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення.

Надання медичної допомоги в усіх закладах охорони здоров'я здійснюється відповідно до стандартів надання медичних послуг, затверджених Міністерством охорони здоров'я України за поданням професійних медичних (лікарських, сестринських та ін.) організацій.

Заклад охорони здоров'я може порушити клопотання про проходження акредитації з метою підтвердження дотримання відповідних критеріїв якісної професійної діяльності (критеріїв акредитації). Акредитацію здійснює Акредитаційна комісія на підставі експертного висновку про дотримання закладом установлених критеріїв акредитації після проведення відповідної процедури оцінювання закладу охорони здоров'я. У разі відповідності закладу критеріям акредитації Акредитаційна комісія видає акредитаційний сертифікат на термін до трьох років.

При провадженні медичної практики заклад охорони здоров'я зобов'язаний вести медичну документацію відповідно до порядку та в обсягах, які встановлюються Міністерством охорони здоров'я України за погодженням із самоврядними професійними організаціями. Заклад охорони здоров'я забезпечує захист даних, що містяться в документації. Він зобов'язаний надавати доступ до документації:

- пацієнтові, його законному представнику чи іншій уповноваженій пацієнтом особі в тій частині, яка стосується інформації про пацієнта;
- іншим закладам охорони здоров'я, організаційним одиницям закладів і особам, які займаються медичною практикою за межами даного закладу охорони здоров'я, якщо ця документація є необхідною для забезпечення наступності медичного обслуговування;

* Відповідно до Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності».

- уповноваженим державним органам охорони здоров'я та органам лікарського самоврядування в обсязі, необхідному для виконання контролю і нагляду;
- Міністерству охорони здоров'я України та органам державної влади у випадках, передбачених законодавством;
- органам пенсійного забезпечення, страховим установам та експертним комісіям по вирішенню питань про ступінь непрацездатності для здійснення ними їх статутних обов'язків;
- реєстрам медичних послуг в обсязі, необхідному для ведення реєстрів.

Медична документація може також надаватись навчальним закладам чи науково-дослідним установам для її використання в наукових цілях без розголошення при цьому прізвища, імені та інших даних, за допомогою яких можна однозначно ідентифікувати особу, дані про яку вміщені в документації.

Міністерство охорони здоров'я за погодженням із самоврядними медичними організаціями визначає види медичної документації та спосіб її ведення, а також процедуру забезпечення доступності цієї документації.

Медична допомога та медичні послуги в лікарні надаються за певних умов та відповідно до порядку їх надання. Умови та порядок надання медичних послуг мають бути відображені в Статуті лікарні, правилах внутрішнього розпорядку та інших організаційно-розпорядчих документах закладу.

Лікарня має право безпосередньо надавати лише ті види медичних послуг та медичної (лікувально-профілактичної) допомоги, що дозволені їй на підставі відповідної ліцензії та результатів державної акредитації

Умови та порядок надання медичних послуг у державних (комунальних) лікарнях. Єдиною підставою для отримання медичних послуг у державній лікарні є стан здоров'я особи та необхідність надання таких послуг, підтверджена наявністю в конкретної особи відповідних медичних показань. Лікарня не має права відмовляти у наданні медичних послуг будь-якій особі через те, що постійне місце її проживання знаходиться поза межами підпорядкованого їй району чи з огляду на інші, не пов'язані зі станом здоров'я обставини.

Якщо особа, яка звернулася до державної лікарні, потребує медичних послуг, які не можуть бути надані безпосередньо закладом із використанням його власних кадрових та матеріально-технічних ресурсів, лікарня зобов'язана направити таку особу до іншого закладу охорони здоров'я чи фахівця, який може забезпечити надання відповідних послуг.

Черговість доступу осіб, які звернулися до державної лікарні, до медичних послуг регулюється виключно медичними критеріями та терміновістю надання послуг, що ґрунтуються на оцінці ступеня загрози життю та здоров'ю конкретної особи.

Госпіталізація в стаціонарні відділення л державної лікарні здійснюється лише у разі наявності в пацієнта медичних показань, що зумовлюють необхідність цілодобового медичного контролю за станом здоров'я пацієнта та/або цілодобового безперервного медичного втручання, які не можуть бути забезпечені поза стаціонаром, або в разі, коли госпіталізація є обов'язковою у зв'язку з вимогами законодавства.

Рішення про госпіталізацію в стаціонарні відділення державної лікарні приймається лікарем, уповноваженим на це керівником, після ознайомлення із станом здоров'я особи та отримання згоди цієї особи, її законного представника (за винятком випадків, коли згідно із законом, така згода для госпіталізації не потрібна).

Якщо стан здоров'я особи вимагає невідкладної госпіталізації до лікарні, але при цьому в лікарні немає вільних місць або лікарня не має права надавати необ-

хідні зазначеній особі медичні послуги за умовами ліцензування та державної акредитації, або госпіталізація зазначеної особи до лікарні неможлива за епідеміологічними умовами та критеріями, лікарня після надання невідкладної допомоги забезпечує в разі потреби перевезення пацієнта до іншого закладу охорони здоров'я за попереднім погодженням цього питання з відповідним закладом охорони здоров'я. При цьому до іншого закладу охорони здоров'я, куди спрямовується пацієнт, передається копія відповідної медичної документації з інформацією про стан здоров'я особи та заходи, вжиті в лікарні.

Виписування з стаціонарних відділень державних лікарень здійснюється в разі:

- коли стан здоров'я госпіталізованої особи не потребує подальшого лікування в умовах стаціонару;

- наявності бажання госпіталізованої особи чи її законного представника;

- коли госпіталізована особа порушує правила внутрішнього розпорядку лікарні, але при цьому відсутня небезпека того, що відмова від продовження перебування такої особи в стаціонарі чи припинення надання їй медичних послуг можуть спричинити безпосередню загрозу для її життя чи здоров'я або для життя чи здоров'я інших осіб.

Якщо законний представник госпіталізованої особи наполягає на виписуванні цієї особи зі стаціонарного відділення лікарні, а стан здоров'я особи потребує продовження лікування в стаціонарних умовах, керівник закладу чи уповноважений ним лікар може відмовити у виписуванні до моменту винесення рішення у цій справі відповідним органом опіки та піклування чи судом.

Особа, яка вимагає виписування зі стаціонарного відділення лікарні за власним бажанням, повинна бути поінформована лікарем про можливі наслідки, які можуть бути спричинені для її здоров'я припиненням лікування в стаціонарі. Така особа має письмово засвідчити факт виписування з лікарні за власним бажанням та отримання зазначеної в цьому пункті інформації лікаря. Якщо особа від такого засвідчення відмовиться, то лікар зобов'язаний зробити відповідний запис у медичній документації цієї особи.

Якщо законний представник, опікун чи піклувальник не забирає неповнолітню чи недієздатну особу після виписування зі стаціонарного відділення лікарні, заклад невідкладно повідомляє про це місцевій раді за місцем проживання виписаної особи. Транспортування такої особи до постійного місця проживання забезпечується за рахунок коштів відповідної місцевої ради.

При наданні медичних послуг лікарня зобов'язана забезпечувати дотримання відповідних пов'язаних з наданням медичної допомоги особистих немайнових прав особи, встановлених Цивільним кодексом України та іншими законами України.

На державні та комунальні заклади охорони здоров'я покладено виконання *експертних функцій* щодо:

- а) експертизи тимчасової непрацездатності громадян;
- б) військово-лікарської експертизи;
- в) судово-медичної і судово-психіатричної експертизи;
- г) патологоанатомічних розтинів трупів.

Експертиза тимчасової непрацездатності громадян здійснюється в закладах охорони здоров'я лікарем або комісією лікарів, які встановлюють факт необхідності надання відпустки у зв'язку з хворобою, каліцтвом, вагітністю та пологами, для догляду за хворим членом сім'ї, в період карантину, для протезування, санаторно-курортного лікування, визначають необхідність і строки тимчасового переведення працівника у зв'язку з хворобою на іншу роботу у встановленому порядку, а також

приймають рішення про направлення на медико-соціальну експертну комісію для визначення наявності та ступеня тривалої або стійкої втрати працездатності.

Експертиза тривалої або стійкої втрати працездатності здійснюється медико-соціальними експертними комісіями, які встановлюють ступінь та причину інвалідності, визначають для інвалідів роботи і професії, доступні їм за станом здоров'я, перевіряють правильність використання праці інвалідів згідно з висновком експертної комісії та сприяють відновленню працездатності інвалідів.

Висновки органів медико-соціальної експертизи про умови і характер праці інвалідів є обов'язковими для власників та адміністрації підприємств, установ і організацій. Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи встановлює Кабінет Міністрів України.

Проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи призначається особою, яка проводить дізнання, слідчим, прокурором або судом у порядку, встановленому законодавством, для вирішення питань, що потребують спеціальних знань у галузі судової медицини або судової психіатрії.

Організаційне керівництво судово-медичною і судово-психіатричною службами здійснює Міністерство охорони здоров'я України.

До медико-експертних дій відносяться і патологоанатомічні розтини. Патологоанатомічні розтини трупів проводяться з метою встановлення причин і механізмів смерті хворого. В обов'язковому порядку патологоанатомічні розтини здійснюються за наявності підозри на насильницьку смерть, а також коли смерть хворого настала в закладі охорони здоров'я. За наявності письмової заяви близьких родичів або задокументованого волевиявлення покійного і відсутності підозри на насильницьку смерть, виходячи з релігійних та інших поважних мотивів, патологоанатомічний розтин може не проводитися.

Порядок проведення патологоанатомічного розтину визначає Міністерством охорони здоров'я України.

У разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи та в інших передбачених законодавством випадках на вимогу громадянина проводиться альтернативна медична (медико-соціальна, військово-лікарська) експертиза або патологоанатомічний розтин.

Альтернативну медичну експертизу здійснюють фахівці відповідного профілю і кваліфікації. Громадяни самостійно обирають експертну установу та експертів. Порядок та умови проведення альтернативної медичної експертизи визначає Кабінет Міністрів України.

6.7. Зовнішнє середовище закладів охорони здоров'я

Кожний заклад охорони здоров'я функціонує в певному зовнішньому середовищі. Заклади можуть існувати тільки в стані постійного контакту та обміну із зовнішнім середовищем. Основні ресурси заклад охорони здоров'я отримує із зовнішнього середовища, обмеження яких впливає не тільки на потенціал організації, а й може привести до негативних наслідків її діяльності. Зовнішнє середовище організації необхідно брати до уваги при розробці стратегії, формуванні структури організації, визначенні поведінки щодо конкурентів (у разі комерційного закладу).

При проведенні аналізу зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я, як при аналізі оточення інших організацій, визначають:

- аналіз макрооточення організації;
- аналіз безпосереднього оточення закладу.

Аналіз макрооточення закладу охорони здоров'я. Макрооточення складає загальні умови роботи закладу охорони здоров'я в зовнішньому середовищі. Ступінь впливу макрооточення на роботу організацій, що задіяні в медичному обслуговуванні, різна і залежить від галузі діяльності та форми фінансування.

Аналіз основних чинників макрооточення організації проводять за допомогою PEST-аналізу (P-political and legal environment / політико-правове оточення, E — economic environment/ економічне середовище, S —socio cultural environment/ соціокультурне середовище, T- technological environment/ технологічне оточення).

Політико-правове середовище. Нормативна правова база організації — це той чинник, який надає їй можливості визначати норми та рамки відносин та межі допустимих дій по відношенню до інших суб'єктів права. Основним Законом України є Конституція України, яка в ст. 49 проголошує «право кожного громадянина України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм... У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена».* Конституцією України закріплено сприяння державою розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

При аналізі правового оточення закладу охорони здоров'я особливу увагу слід приділяти таким чинникам, як динамізм правового середовища та рівень контролю за порушенням правових норм. Галузь охорони здоров'я України знаходиться в стані реформування. Тільки за 12 років (1991—2003 рр.) вийшов 231 документ нормативно-правового характеру. Проте, незважаючи велику кількість нормативно-правових документів, існує постійна невизначеність щодо фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Наприклад, статтю 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетним асигнуванням в розмірі, що відповідає її науково-обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу. Міністерство охорони здоров'я не може стовідсотково планувати діяльність державної та комунальної мережі закладів охорони здоров'я, виходячи із цієї суми. Наприклад, у 2002 та 2003 роках були прийняті відповідні Законами України щодо змін цієї статті у бік зменшення асигнувань, терміном на один рік.

З іншого боку, коли Кабінет Міністрів України, з метою поліпшення фінансового становища державних та комунальних закладів охорони здоров'я, змушений був вдатися до часткової системи оплати медичної допомоги з боку пацієнтів, і видав відповідну постанову «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» за конституційним поданням 66 народних депутатів України, Рішенням Конституційного Суду України, постанову Кабінету Міністрів було визнано не конституційною. Таким чином вона втратила свою чинність.

Політичні чинники макросередовища приймаються до уваги з метою визначення намірів органів державної влади щодо засобів проведення своєї політики. Більший вплив політичне оточення має на комерційні заклади охорони здоров'я, воно може стати витоком для нових можливостей або, навпаки, загроз для організації. Тому

* Конституція України. Прийнята Верховною Радою України 28 червня 1996 року// Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 3.

важливим для закладів охорони здоров'я є: які нові закони щодо правового регулювання діяльності медичних закладів можуть бути прийняті; відношення уряду до галузі охорони здоров'я, до різних регіонів республіки; політика регулювання цін; політика реорганізації галузі; політико-правові дії впровадження обов'язкового медичного страхування.

Економічне середовище. Аналіз економічного середовища допомагає зрозуміти, як формуються і як розподіляються ресурси на охорону здоров'я. Доступ закладу охорони здоров'я до ресурсів — це одна з важливих умов його існування. Тому для закладу важливі такі чинники:

- розмір валового національного продукту;
- частка витрат на охорону здоров'я у відсотках ВВП;
- рівень інфляції;
- рівень мало захищених верств населення;
- співвідношення державної та приватної власності;
- інвестиційна активність;
- забезпеченість основними фондами охорони здоров'я, фізичної культури та соціального забезпечення.

Соціокультурне середовище. Вплив на роботу закладів охорони здоров'я можуть надавати такі чинники соціокультурного середовища, як відношення людей до свого здоров'я. За радянські часи сформулювався принцип, коли людині було «вигідно» хворіти: лікарняні, пільги на роботі, санаторно-курортні путівки та інше, що ніяк не відображалось на її заробітній платні. При переході до ринку хворіти стало не вигідно, бо в переважній кількості випадків заробітна платня (особливо її перемінна частина) залежить від якості роботи. В Україні поступово складається імідж здорової людини. Мешканці республіки воліють більше грошей витратити на профілактику захворювань. Крім загального відношення до здоров'я, на роботу закладів охорони здоров'я можуть впливати такі чинники:

- демографічна ситуація в країні (тенденції народження/смертності, зміни у віковій структурі);
- рівень захворюваності;
- ступінь дії факторів аварії на Чорнобильській АЕС у даному регіоні;
- шкідливі звички (пияцтво, наркотики, токсикоманія, схильність до самолікування, звертання до шарлатанів);
- рівень життя та освіти.

До соціокультурного чинника макросередовища іноді відносять стан навколишнього середовища, який безпосередньо впливає на рівень захворюваності та частоту звертань у заклади охорони здоров'я.

Технологічне оточення. Розвиток техніки, біотехнологій, генної інженерії впровадження нових методів діагностики, профілактики, лікування, темпи розробки нових фармацевтичних препаратів, сканерів, лінійних прискорювачів, комп'ютерних томографів — це далеко не всі технологічні чинники, що впливають на роботу закладів охорони здоров'я. Галузь охорони здоров'я наукомістка, тому в ній дуже важливо, скільки держава витрачає на розвиток медичної техніки, фармацевтичне виробництво, науково-дослідні розробки в галузі. Комерційні заклади охорони здоров'я переважно виконують посередницькі функції щодо впровадження нових технологій. Крім вищезазначеного, на заклади охорони здоров'я чинить вплив стан патентно-ліцензійного захисту нових лікарських засобів, медичної техніки та інструментарію; нові тенденції в трансферті технологій.

Аналіз безпосереднього оточення закладу охорони здоров'я

Безпосереднє оточення закладу охорони здоров'я це ті чинники навколишнього середовища, з якими заклад знаходиться в постійному взаємообумовленому контакті. Тобто не тільки чинники безпосереднього оточення впливають на заклад охорони здоров'я, а й сам заклад впливає на характер цієї дії.

До чинників безпосереднього оточення закладів охорони здоров'я відносять:

- ◆ споживачів;
- ◆ постачальників;
- ◆ конкурентів;
- ◆ регулюючі органи.

Споживачі. Одним з чинників безпосереднього середовища закладу охорони здоров'я є споживачі, тобто ті, хто купує медичну послугу, лікарський засіб, медичну техніку чи інше. Тобто в якості споживачів можуть виступати:

- *пацієнти або їх представники.* Споживач медичної послуги, лікарського засобу та її покупець можуть бути різними людьми. Тобто рішення щодо медичного обслуговування дітей приймають їхні батьки, які є їх законними представниками. Складніша ситуація, якщо людина знаходиться в стані, коли не може прийняти або висловити своє рішення (недієздатні; пацієнти, які знаходяться увнепритомному стані або інше). В даному випадку рішення може приймати законний представник, проте використовуватись кошти самого пацієнта за домовленістю або за заповітом, який складається на випадок критичного стану;

- *держава*, яка через систему державних та комунальних закладів охорони здоров'я фінансує медичне обслуговування населення;

- *лікувально-профілактичні заклади* можуть виступати не тільки надавачем послуги, а й її покупцем. Наприклад, приватний лікувально-профілактичний заклад може не мати власного діагностичного комплексу і купувати його послуги за угодою. З іншого боку, лікувально-профілактичні заклади є споживачами лікарських засобів, медичної техніки, інструментарію тощо.

В умовах страхової медицини багатофакторним є споживач медичної послуги. В більшості інших галузей споживач сам приймає рішення щодо купівлі. В системі страхової медицини спостерігається багаторівневий споживач:

- власники фірм — роботодавці, застраховані особи, пенсійні фонди, органи місцевого самоврядування, фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасних випадків на виробництві й професійних захворювань та інші, згідно з чинним законодавством, хто купує медичне обслуговування для своїх співробітників;

- непрямі клієнти (страхові компанії), які збирають страхові внески й сплачують роботу медичних закладів;

- пацієнти, які отримують медичну допомогу.

Тобто рішення про купівлю медичної послуги, її сплату та її споживання приймають різні категорії споживачів, які керуються різними інтересами. Інтереси споживача медичних послуг суперечать інтересам надавача медичних послуг (лікаря). Власник фірми зацікавлений у сплаті мінімальних страхових внесків за належне медичне обслуговування. Непрямий клієнт — у тому, щоб на лікування пацієнта було витрачено менше коштів, ніж сплачено у вигляді страхових внесків. Пацієнт, якого було застраховано, зацікавлений в отриманні якісного медичного обслугову-

вання, незалежно від його вартості. Надавач медичних послуг зацікавлений у тому, щоб пацієнти отримали якнайбільший об'єм медичних послуг. У ряді випадків конфлікт інтересів між платниками та споживачами спонукує перших виступати в ролі антагоніста до пацієнта, якому потрібне високовартісне лікування.

Постачальники — це організації, що забезпечують заклади охорони здоров'я товаром або послугами, які необхідні їм для надання медичних послуг, виробничій або посередницькій діяльності. Для лікувально-профілактичних закладів постачальниками можуть виступати аптечні бази, бази або склад медтехніки, автопідприємство санітарного транспорту, молочна кухня тощо. Для фармацевтичних заводів — постачальники сировини, які необхідні для виробництва лікарських засобів. Для аптек — фармацевтичні фірми, дистриб'ютори. Організація може опинитись у скрутному становищі, якщо свою виробничу діяльність вона пов'язала з одним постачальником, який може потрапити у форс-мажорні обставини. За досвідом японського менеджменту, необхідно на кожну позицію мати хоча б двох постачальників, такі дії підвищують торгіву силу покупця.

Конкуренти — це організації або підприємці, з якими заклади охорони здоров'я мають боротися за покупця та за ресурси. Тобто для комерційного лікувально-профілактичного закладу конкурентом може бути державна лікарня. З одного боку, за проектом закону про обов'язкове медичне страхування, надавачем медичної допомоги можуть бути заклади охорони здоров'я незалежно від форм власності, акредитовані та ліцензовані в установленому порядку. Тобто за умови прийняття такого закону державні та комунальні заклади охорони здоров'я стають рівноправними суб'єктами ринку. В умовах безоплатного медичного обслуговування в державних та комунальних закладах охорони здоров'я комерційні організації конкурують з державними за рахунок єдиного важеля — якості надання медичних послуг.

Конкурентами лікувально-профілактичних закладів усіх форм власності інколи виступають цілителі, які здійснюють діяльність у галузі народної та нетрадиційної медицини. В даному випадку нетрадиційна та народна медицина виступає як товар-замінник.

Конкуренції в галузі надання медичних послуг має свою специфіку. Охорона здоров'я — це галузь з високим рівнем впровадження інновацій, проте, незважаючи на успіхи конкуренції в справі впровадження нових медичних технологій, які значно підвищують якість медичної допомоги, їхній вплив на зниження витрат є мінімальним. Система стимулів у галузі охорони здоров'я вступає в протиріччя з фундаментальними законами конкурентної боротьби. На ринку медичних послуг ціни можуть залишатись високими навіть за умов перенасиченої пропозиції, а технології дорого коштують навіть коли застосовуються повсюдно. Медичні заклади та лікарі не мають нестачі в пацієнтах навіть тоді, коли вимагають явно непомірні ціни і не підвищують, а іноді навіть знижують якість медичної допомоги. Тобто можна з упевненістю констатувати, що існуючі системи охорони здоров'я самі створюють умови для непродуктивної конкуренції.

Спільні проблеми на ринку медичних послуг при різних системах організації та фінансування галузі охорони здоров'я зумовлені специфікою конкурентних сил. Класична концепція стратегії конкуренції М. Портера припускає, що сили, які формують конкурентне середовище послуги та її конкурентні можливості, об'єднуються в п'ять груп: конкурентні сили виробників аналогічної продукції; постачальники матеріалів та комплектуючих; покупці продукту або послуги; потенційні виробники аналогічної продукції; виробники продуктів-замінників. На ринку

медичних послуг виробник послуг рідко виступає єдиною командою, інтереси його членів можуть не співпадати.

В умовах ринку медичних послуг, який формується в Україні, конкурентами можуть бути державний та приватний сектори охорони здоров'я. Невеликий відсоток потенційних пацієнтів, які мають фінансові можливості для звертання до приватної медичної допомоги, не спонукає до пошуку шляхів скорочення витрат для розширення сегмента ринку. Більшість приватних медичних установ орієнтована на встановлення непомірно високих цін за медичні послуги та повну «розкрутку» своїх пацієнтів. Тому частка населення із середнім рівнем прибутку орієнтована на медичну допомогу в державній лікарні. Терапевтична допомога в державній лікарні безкоштовна і пацієнт воліє сплатити безпосередньо лікуючому лікарю тільки за підвищену увагу до свого недугу. До того ж над лікарем державного медичного закладу не стоїть власник, який зобов'язує призначати комплекс високовартісних діагностичних заходів. Така система поза касової оплати медичних послуг гальмує формування ринку медичних послуг.

Іншим чинником, що заважає розвитку конкуренції в галузі охорони здоров'я, є нестача інформації про медичні послуги, які надають лікувально-профілактичні заклади. В більшості інших галузей є певні можливості в порівнянні якісних характеристик та цін на продукцію від різних виробників. У галузі надання медичних послуг результат залежить не тільки від призначеного лікування, а й індивідуальних особливостей організму, анамнезу захворювання, ступеня розвитку захворювання та багатьох інших чинників. Відсутність точних та значимих показників про якість надання медичної допомоги утрудняє процес прийняття рішення. Ситуація ускладнюється й тим, що захворювання, за лікування яких кожен ладен заплатити останні гроші, трапляються в житті не так часто. У більшого відсотка пацієнтів це захворювання з негативним прогнозом, наприклад ракова пухлина або інсульт. У більшості людей просто немає практичного досвіду з обрання якісної медичної допомоги. Така відсутність порівняльної інформації в системі медичного обслуговування створює стимули для конкуренції, що лежать на поверхні: сучасне обладнання; високий рівень медичного сервісу; великий перелік медичних послуг; залучення лікарів з високими ступенями та званнями; високі ціни.

Лікарі-терапевти державних і приватних лікувально-профілактичних установ зіштовхуються із цілою системою зовнішньої мотивації для призначення своїм пацієнтам діагностичних процедур у приватних діагностичних центрах або платних медичних послуг, які надаються державним медичним закладом. Крім цього, для лікаря існує система стимулів для призначення покупки певних медикаментозних засобів у певних аптеках. Вихід для української системи охорони здоров'я бачиться в підвищенні заробітної платні в державних лікувально-профілактичних закладах, хоча б до рівня середньої по республіці.

Існує й інша причина збільшення витрат у приватному секторі медичного обслуговування. Погроза постановки неправильного діагнозу або лікування, індивідуальних особливостей організму пацієнта, що можуть призвести до виникнення ятрогенного захворювання або просто допущення лікарської помилки, привели до практики страхування медичної відповідальності. Страхування медичної відповідальності стало складовою при формуванні ціни на медичні послуги. З іншого боку, можливість бути притягнутим до судової відповідальності за лікарські помилки приводить до варіанта «перестраховочної» медицини, коли призначається занадто велика кількість діагностичних процедур, консультацій у лікарів-спеціалістів, консилиумів. За даними R.A. Reynolds et.al. (1987), збільшення витрат за рахунок пере-

страховочної медицини перевищує один відсоток загальних затрат на охорону здоров'я*.

Конкуренція, яка зазвичай є могутнім механізмом підвищення якості та скорочення видатків, у системі охорони здоров'я може приводити до їх зростання. Проте, основна проблема заключається у перекрученій системі стимулів, яка дозволяє провайдерам, платникам та постачальникам медикаментозних засобів та медичного обладнання без бідно існувати в той час, коли крива затрат нестримно повзе нагору.

Таким чином, удосконалення організації системи охорони здоров'я, яка буде здатна посилити конкурентні відносини в галузі, має включати доступність системи інформації про можливі варіанти надання медичної допомоги, більш широкого впровадження в практичну медицину міжнародного права пацієнта щодо інформованої згоди, за якої пацієнту повинна бути надана вся інформація про варіанти діагностики та лікування. Впровадження нових технологій та інновацій гарантує динамізм системі охорони здоров'я, що також спроможне забезпечити діючу конкуренцію в галузі.

Регулюючі органи — виступають елементами безпосереднього оточення, так як мають відповідний статус, згідно якого реалізує право контролюючого органу, що впливає на практичну діяльність закладів охорони здоров'я. Регулюючі органи в галузі охорони здоров'я створюються урядом поділяються на загальні та специфічні. До загальних відносять:

- Міністерство охорони здоров'я України;
- Міністерство охорони здоров'я республіки Крим, управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях;
- головні лікарі центральних районних лікарень;
- управління та відділи охорони здоров'я міських державних адміністрацій.

До специфічних регулюючих органів відносять служби здійснення державного санітарно-епідемічного нагляду, нагляду за протипожежною безпекою, тощо.

6.8 Класифікація закладів охорони здоров'я за сферою діяльності

В основу переліку закладів охорони здоров'я України, затвердженого згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я від 28.10.2002 р. за № 385 покладено класифікацію організацій за сферою діяльності.

А. Лікувально-профілактичні заклади

До лікувально-профілактичних закладів належать:

1. Лікарняні заклади:

Багатoproфільні лікарняні заклади:

- Госпіталь для інвалідів війни.
- Дитяча басейнова лікарня на водному транспорті.
- Дитяча лікарня (республіканська, обласна, міська, районна).
- Дитяче територіальне медичне об'єднання.

* Reynolds R.A., Rizzo J.A., Gonzalez M.L. The cost of Medical Professional Liability. — JAMA. — 1987. — V.257. — P. 2776—2781.

- Дільнична лікарня (в т. ч. сільських, селищних та міських рад).
- Лікарня (республіканська, обласна, центральна міська, міська, центральна районна, районна).
- Лікарня на водному транспорті (центральна басейнова, басейнова, портова).
- Лікарня на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна, дитяча).
- Лікарня нафтопереробної промисловості України.
- Лікарня професійних захворювань.
- Лікувально-діагностичний центр.
- Медико-санітарна частина (у т. ч. спеціалізована).
- Медичний центр (різного профілю).
- Міська лікарня швидкої медичної допомоги.
- Перинатальний центр зі стаціонаром.
- Пологовий будинок (обласний, міський).
- Студентська лікарня (обласна, міська).
- Територіальне медичне об'єднання.
- Українська дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит».
- Українська психіатрична лікарня з інтенсивним (суворим) наглядом.
- Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів.
- Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни.

Однопрофільні лікарняні заклади:

- ◆ Дерматовенерологічна лікарня.
- ◆ Інфекційна лікарня.
- ◆ Косметологічна лікарня.
- ◆ Лікарня відновного лікування.
- ◆ Наркологічна лікарня.
- ◆ Наркологічний диспансер.
- ◆ Онкологічний диспансер.
- ◆ Отоларингологічна лікарня.
- ◆ Офтальмологічна лікарня.
- ◆ Протитуберкульозний диспансер.
- ◆ Психіатрична лікарня.
- ◆ Психіатричний диспансер.
- ◆ Психоневрологічна лікарня.
- ◆ Травматологічна лікарня.
- ◆ Туберкульозна лікарня.
- ◆ Фізіотерапевтична лікарня.
- ◆ Шкірно-венерологічний диспансер.

Спеціалізовані лікарняні заклади:

- Гастроентерологічний диспансер.
- Дерматовенерологічна лікарня (в т. ч. дитяча).
- Дитячий кардіоревматологічний диспансер.
- Ендокринологічний диспансер.
- Інфекційна лікарня (в т. ч. дитяча).
- Кардіологічний диспансер.
- Косметологічна лікарня.
- Лікарня відновного лікування (в т. ч. дитяча).
- Лікарсько-фізкультурний диспансер.
- Наркологічний диспансер.

- Онкологічний диспансер.
- Отоларингологічна лікарня.
- Офтальмологічна лікарня.
- Протитуберкульозний диспансер.
- Психіатрична лікарня (в т. ч. дитяча).
- Психіатричний диспансер.
- Психоневрологічний диспансер.
- Травматологічна лікарня.
- Трахоматозний диспансер.
- Туберкульозна лікарня (в т. ч. дитяча).
- Фізіотерапевтична лікарня.
- Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом.
- Центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.
- Шкірно-венерологічний диспансер.

Лікарняні заклади особливого типу:

- ◆ Лікарня «Хоспіс» (республіканська, обласна, міська, районна).
- ◆ Обласне дитяче патолого-анатомічне бюро.
- ◆ Патолого-анатомічне бюро (республіканське, обласне, міське).
- ◆ Патолого-анатомічний центр України.
- ◆ Спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення (Український, республіканський, обласний, міський).
- ◆ Спеціалізована поліклініка Українського науково-дослідного протичумного інституту ім. І. І. Мечнікова.
- ◆ Українська алергологічна лікарня.
- ◆ Український лепрозорій.
- ◆ Центр реабілітації репродуктивної функції людини (республіканський, обласний).

Амбулаторно-поліклінічні заклади:

- Амбулаторія.
- Амбулаторія загальної практики — сімейної медицини.
- Басейнова стоматологічна поліклініка.
- Дитяча міська поліклініка.
- Дитяча стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна).
- Діагностичний центр (різного профілю).
- Жіноча консультація.
- Іллічівська стоматологічна поліклініка Іллічівської басейнової лікарні на водному транспорті.
- Київська центральна басейнова стоматологічна поліклініка МОЗ України.
- Консультація «Шлюб і сім'я».
- Лінійна амбулаторія на залізничному транспорті.
- Наркологічна амбулаторія.
- Поліклініка (центральна міська, міська, центральна районна).
- Поліклініка на водному транспорті (центральна, басейнова, портова).
- Поліклініка на залізничному транспорті (центральна, дорожня, відділкова, вузлова, лінійна).
- Пункт охорони здоров'я (здоровпункт).
- Сільська лікарська амбулаторія (в т. ч. сільських та селищних рад).
- Стоматологічна поліклініка (обласна, міська, районна).
- Стоматологічна поліклініка МОЗ України при Національному медуніверситеті.

- Стоматологічна поліклініка при Львівському медуніверситеті.
- Студентська поліклініка (обласна, міська).
- Фельдшерський пункт (у т. ч. сільських та селищних рад).
- Фельдшерсько-акушерський пункт (у т. ч. сільських та селищних рад).
- Фізіотерапевтична поліклініка.
- Центр планування сім'ї та репродукції людини.

Заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги:

- ◆ Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.
- ◆ Республіканський територіальний центр екстреної медичної допомоги.
- ◆ Станція переливання крові (республіканська, обласна, міська).
- ◆ Станція швидкої медичної допомоги.
- ◆ Українська станція виїзної екстреної консультативної медичної допомоги.
- ◆ Центр заготівлі та переробки плазми (республіканський, обласний, міський, районний).

- ◆ Центр служби крові (республіканський, обласний, міський).

Санаторно-курортні заклади:

- Бальнеологічна лікарня (в т. ч. дитяча).
- Грязелікарня (в т. ч. дитяча).
- Дитячий оздоровчий центр.
- Курортна поліклініка.
- Міжнародний дитячий медичний центр.
- Санаторій (у т. ч. дитячий, однопрофільний, багатопрофільний, спеціалізований).
- Санаторій для дітей з батьками.
- Санаторій-профілакторій.

Згідно з вищенаведеною кваліфікацією, тип лікувально-профілактичного закладу зумовлює напрям його діяльності, підпорядкованість державному органу управління, реалізацію територіального принципу надання медичної допомоги та приналежність до ланки національної системи охорони здоров'я. Відповідно до цієї кваліфікації та системи охорони здоров'я України:

Фельдшерські, фельдшерсько-акушерські пункти, сільські лікарські амбулаторії та дільничні лікарні — амбулаторно-поліклінічні заклади, які надають первинну медико-соціальну допомогу організовуються в сільських населених пунктах, об'єктах будівництва за межами населених пунктів і підпорядковані міським або районним лікарням.

Пункт охорони здоров'я (здоровпункт) — амбулаторно-поліклінічні заклади, які надають первинну медико-соціальну допомогу, створюється на підприємствах, в установах, організаціях і входить до складу поліклініки або амбулаторії.

Амбулаторія — амбулаторно-поліклінічний заклад, що надає медичну допомогу хворим з однієї або декількох основних лікарських спеціальностей і може надавати медичну допомогу хворим у межах закладу і вдома.

Поліклініка — амбулаторно-поліклінічний заклад, який надає медичну допомогу з багатьох лікарських спеціальностей у межах закладу та вдома.

Амбулаторія загальної практики — сімейної медицини — лікувально-профілактичний заклад, який у межах своєї діяльності забезпечує проведення комплексу профілактичних заходів щодо запобігання і зниження захворюваності, інвалідності і смертності, раннього виявлення захворювань, надає прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню кваліфіковану первинну лікувально-профілактичну допомогу, здійснює його диспансеризацію та моніторинг за станом здоров'я.

Лікарня — лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим. Лікарня, що надає стаціонарну медичну допомогу хворим з лікарських спеціальностей одного профілю називається однопрофільною, а з декількох лікарських спеціальностей — багатoproфільною. У своєму складі можуть мати поліклініку чи амбулаторію.

Однопрофільні лікарняні заклади — лікувально-профілактичні заклади, які створюються для надання медичної допомоги населенню певної території (міста, району). У своєму складі можуть мати поліклініку чи амбулаторію.

Спеціалізовані лікарняні заклади — лікувально-профілактичні заклади, які створюються з метою надання спеціалізованої медичної допомоги населенню регіону (республіки, області, міста в містах Києві, Севастополі). У своєму складі можуть мати поліклініку чи амбулаторію.

Центральна міська лікарня — лікувально-профілактичний заклад, на який покладено функції органу управління охорони здоров'я міста.

Центральна районна лікарня — лікувально-профілактичний заклад, на який покладено функції органу управління охорони здоров'я району.

Територіальне медичне об'єднання — багатoproфільний лікувально-профілактичний заклад, який являє собою комплекс лікувально-профілактичних та інших закладів, функціонально і організаційно пов'язаних між собою з метою інтеграції і ефективного використання трудових і матеріальних ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів у наданні медичної допомоги населенню.

Диспансери — спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади, що надають медичну допомогу населенню з певних груп захворювань та забезпечують диспансеризацію населення. Диспансери можуть мати у своєму складі стаціонар. Диспансери з чисельністю лікарів амбулаторного приймання менше 5 створюватись та функціонувати не можуть.

Медико-санітарною частина — багатoproфільний лікувально-профілактичний заклад, організований за типом міської поліклініки або міської лікарні з поліклінікою, призначений виключно для надання медичної допомоги робітникам промислових підприємств, будівельних організацій, підприємств транспорту. До складу медико-санітарної частини можуть входити й інші заклади охорони здоров'я.

Клінічний заклад охорони здоров'я — лікувально-профілактичний заклад, який не менше ніж на 50 відсотків використовується для розміщення структурних наукових і навчальних підрозділів (кафедри, лабораторії та ін.) вищих медичних навчальних закладів III, IV рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних інститутів і спільної роботи із забезпечення лікувально-діагностичного процесу, підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів та проведення і впровадження в практику медичних наукових досліджень.

Клініка — лікувально-профілактичні заклади (лікарні, пологові будинки та ін.), що входять до складу медичних науково-дослідних закладів або підпорядковані медичним науково-дослідним закладам.

Центр — лікувально-профілактичний заклад або його структурний підрозділ, диспансер, пологовий будинок та інші, які виконують функцію головного закладу з організації і надання медичної і медикаментозної допомоги закріпленому населенню.

Міська лікарня швидкої медичної допомоги — багатoproфільний лікарняний заклад, який надає виключно екстрену стаціонарну допомогу.

Лікарня «Хоспіс» — лікарняний заклад особливого типу, до функцій якого входить надання медичної допомоги невиліковним хворим, який функціонує за рахунків місцевого бюджету, додаткового фінансування підприємствами, спонсорами, добродійних пожертвувань організацій, фізичних та юридичних осіб.

Патологоанатомічне бюро (центр) — науково-практичний лікувальний заклад особливого типу, що виконує функції координаційного і організаційно-методичного центру патологоанатомічної служби в підвідомчому регіоні.

Б. Санітарно-профілактичні заклади

Державна санітарно-епідеміологічна служба Міністерства охорони здоров'я України є централізованою системою органів, установ, закладів та підрозділів санітарно-епідеміологічного профілю Міністерства охорони здоров'я України, яка реалізує державну політику в сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення та спрямовує свою діяльність на профілактику інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей, запобігання шкідливому впливу на стан їхнього здоров'я і життя факторів середовища життєдіяльності

Заклади держсанепідслужби МОЗ України є юридичними особами, мають самостійний баланс, рахунки в органах Державного казначейства, печатку із зображенням Державного герба України та своїм найменуванням, бланки та штампи.

Будівлі, приміщення, устаткування, транспортні засоби та інше майно, що використовується закладами держсанепідслужби МОЗ України для виконання своїх завдань, земельні ділянки, на яких розташовано будівлі цих закладів, перебувають у державній власності та надаються їм у порядку і на умовах, визначених законодавством.

У своїй роботі заклади санітарно-епідеміологічної служби керуються «Положенням про державну санітарно-епідеміологічну службу України» затвердженим Кабінетом Міністрів України від 19 серпня 2002 р. за № 1218.

Санітарно-епідеміологічні заклади:

- Дезінфекційна станція з профілактичної дезінфекції.
- Дезінфекційна станція (обласна, міська).
- Об'єднання (підприємство) «Профдезінфекція» (обласне, міське).
- Об'єднання «Меддезінфекція» (обласне, міське).
- Протичумна станція.
- Санітарно-епідеміологічна станція (центральна, республіканська, обласна, міська, міжрайонна, районна).
- Санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті (центральна, басейнова, портова).
- Санітарно-епідеміологічна станція на залізничному транспорті (центральна, на залізницях, лінійна).
- Санітарно-епідеміологічна станція об'єкта з особливим режимом роботи.
- Центральна санітарно-епідеміологічна станція на повітряному транспорті.

Заклади санітарної просвіти:

- Центр здоров'я (Український, республіканський, обласний, міський, районний).

Санітарно-епідеміологічна станція (СЕС) — спеціалізований заклад охорони здоров'я, який виконує функції санітарного нагляду на підвідомчій території, що організує запобігання і ліквідацію інфекційних, паразитарних і професійних захворювань.

СЕС здійснює лабораторні дослідження і дезінфекційне обслуговування в ході санітарно-протиепідемічних заходів. Її завданням є контроль за дотриманням органами, відомствами, підприємствами й установами, організаціями, посадовими особами і населенням установлених санітарно-профілактичних і протиепідемічних правил і норм, спрямованих на забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя.

Районні СЕС організуються в сільських адміністративних районах і містах, що мають районний поділ. Потужність санепідстанцій, кількість працюючих у них фахівців визначається типом і категорією конкретної установи і залежить від чисельності населення території, яку вона обслуговує.

Дезінфекційна станція — спеціалізована санітарно-епідемічна установа, що забезпечує організацію і проведення дезінфекційних заходів у місті, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню інфекційних захворювань. Установа є також консультативним і методичним центром по дезінфекції і стерилізації. Дезінфекційна станція покликана здійснювати контроль за якістю дезінфекційних заходів у лікувально-профілактичних, дитячих та інших установах, а також у домашніх вогнищах інфекційних захворювань.

Центр здоров'я — заклад санітарної просвіти, який є координаційним і організаційно-методичним центром санітарно-просвітницької роботи на підвідомчій території. Центри здоров'я покликані проводити комплекс організаційних, наукових і практичних заходів, які забезпечують систематичне гігієнічне навчання і виховання населення шляхом поширення наукових медичних і гігієнічних знань.

В. Фармацевтичні (аптечні) заклади

Фармацевтичні (аптечні) установи здійснюють виготовлення, збереження і відпуск лікарських і імунобіологічних препаратів, перев'язувальних матеріалів, предметів догляду за хворими й інших медичних товарів.

До фармацевтичних закладів відносяться:

- Аптека.
- Аптечна база (склад).
- База (склад) медичної техніки.
- База спеціального медичного постачання (центральна, республіканська, обласна).
- Контрольно-аналітична лабораторія.
- Лабораторія з аналізу якості лікарських засобів.
- Магазин (медичної техніки, медичної оптики).

Аптека — заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

Аптека, на яку покладено організаційно-методичне керівництво аптеками району (міста), називається центральною районною (міською) аптекою.

Аптека, яка призначена для переважного забезпечення однієї або декількох лікарень, інших закладів охорони здоров'я, а також населення медикаментами і предметами медичного призначення, називається відповідно лікарняною або міжлікарняною аптекою.

Аптеки можуть організовувати у встановленому порядку відособлені структурні підрозділи у вигляді аптечних пунктів і аптечних кіосків. *Аптечні пункти* можуть організовуватися при закладах охорони здоров'я, а *аптечні кіоски* — на заводах, фабриках, вокзалах, в аеропортах, торгових центрах та інших організаціях.

За згодою з районними державними адміністраціями роздрібна реалізація лікарських засобів може проводитися через фельдшерсько-акушерські пункти, організовані в сільських населених пунктах, на підставі договорів, укладених з аптекою.

Аптечна база (склад) — установа, що здійснює прийом, збереження і відпуск лікарських засобів, предметів санітарії і гігієни, медичного обладнання, інструментів та інших медичних товарів закладам охорони здоров'я (аптекам, лікарням тощо) та іншим організаціям.

Аптечна база постачає сировиною фармацевтичні підприємства.

Г. Інші заклади охорони здоров'я

Інші заклади охорони здоров'я — група закладів охорони здоров'я, які функціонують у системі охорони здоров'я України та забезпечують разом з лікувально-профілактичними, санітарно-профілактичними, фармацевтичними закладами та установами медико-соціального захисту державну систему медичної допомоги населенню.

До категорій інших закладів охорони здоров'я відносяться:

- Бюро судово-медичної експертизи (республіканське, обласне, міське).
- Головне бюро судово-медичної експертизи України.
- Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики.
- Молочна кухня.
- Центр медичної статистики МОЗ України.

Бюро судово-медичної експертизи — спеціальний заклад охорони здоров'я, завдання якого — проведення судово-медичної експертизи, надання консультативної допомоги органам дізнання, слідства та суду з питань судово-медичної експертизи, апробації і впровадження в практику науково-дослідних робіт у галузі судової медицини. До функцій таких бюро відносять також розробку пропозицій, спрямованих на поліпшення якості лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Центр медичної статистики — заклад, що забезпечує координацію обласних центрів медичної статистики і лікувально-профілактичних закладів України по збиранню, обробленню й аналізу медичної статистичної інформації, упроваджує міжнародну систему обліку і статистики. До основних завдань Центру відносять також забезпечення достовірності, об'єктивності, оперативності і цілісності статистичної інформації, її адекватності завданням реформування охорони здоров'я. На Центр медичної статистики покладається впровадження комп'ютерної техніки і сертифікація програмного забезпечення для оброблення статистичної інформації.

Молочна кухня — заклад в системі охорони здоров'я дитини, що забезпечує, за призначенням лікаря, дітей раннього віку раціонально приготовленою їжею. Самостійні молочні кухні можуть утворюватися при обсязі роботи понад 12 тисяч порцій молока і молочних сумішей за день.

Д. Заклади медико-соціального захисту

Заклади **медико-соціального захисту** створені з метою забезпечення державної політики охорони здоров'я громадян України. До цієї категорії закладів охорони здоров'я відносять:

- Будинок дитини (обласний, міський, районний).
- Обласний центр (бюро) медико-соціальної експертизи.

6.9. Класифікація закладів охорони здоров'я за організаційно-правовою формою

Згідно зі статтями 16—17 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами при наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Держава підтримує і заохочує індивідуальну підприємницьку діяльність.

В Україні можуть діяти підприємства таких видів:

- приватне підприємство, засноване на власності фізичної особи;
- колективне підприємство, засноване на власності трудового колективу підприємства;
- господарське товариство;
- підприємство, яке засноване на власності об'єднання громадян;
- комунальне підприємство, засноване на власності відповідної територіальної громади;
- державне підприємство, засноване на державній власності, в тому числі казенне підприємство.

Державний заклад охорони здоров'я — установа, яка відноситься до системи охорони здоров'я, що не має права власності на закріплене за нею майно, яким вона володіє, користується та розпоряджається в межах, визначених Цивільним кодексом України. Власник майна вирішує питання створення закладу, визначення предмету, цілей та завдань його діяльності, його реорганізації або ліквідації, призначає головного лікаря (директора) закладу, здійснює контроль за його діяльністю та збереженням майна. Державні заклади охорони здоров'я фінансуються з відповідних бюджетів.

Державна установа охорони здоров'я діє на підставі Статуту, затвердженого власником майна за участю трудового колективу. Керує державним закладом охорони здоров'я головний лікар (директор), який самостійно вирішує всі питання діяльності закладу.

Комунальний заклад охорони здоров'я утворюється компетентним органом місцевого самоврядування в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини комунальної власності і входить до сфери його управління.

Орган, до сфери управління якого входить комунальне унітарне підприємство, є представником власника — відповідної територіальної громади і виконує його функції в межах, визначених цим Кодексом та іншими законодавчими актами.

Майно комунального унітарного підприємства перебуває в комунальній власності і закріплюється за таким підприємством на праві господарського відання (комунальне комерційне підприємство) або на праві оперативного управління (комунальне некомерційне підприємство).

Статутний фонд комунального унітарного підприємства утворюється органом, до сфери управління якого воно входить, до реєстрації його як суб'єкта господарювання. Мінімальний розмір статутного фонду комунального унітарного підприємства встановлюється відповідною місцевою радою.

Найменування комунального унітарного підприємства повинно містити слова «комунальне підприємство» та вказівку на орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство.

Комунальне унітарне підприємство не несе відповідальності за зобов'язаннями власника та органу місцевого самоврядування, до сфери управління якого воно входить.

Комунальне унітарне підприємство очолює керівник підприємства, що призначається органом, до сфери управління якого входить підприємство, і є підзвітним цьому органу.

Приватні заклади охорони здоров'я, засновані на власності фізичної особи створюються відповідно до рішення власника майна. Приватний заклад охорони здоров'я вважається створеним і здобуває права фізичної особи з дня його державної реєстрації.

Установи охорони здоров'я, діяльність яких спрямована на медичну практику або оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами, згідно з Законом України «Про ліцензування окремих видів господарчої діяльності» від 01.06.2000 р., підлягають ліцензуванню. Засобом контролю якості надання послуг закладами охорони здоров'я є акредитація.

Приватна установа охорони здоров'я діє на підставі Статуту, затвердженого власником.

Управління приватною установою охорони здоров'я здійснюється згідно зі Статутом на основі узгодження прав власника, відносно господарчого використання свого майна і принципів самоврядування трудового колективу. Керівництво установою охорони здоров'я власник здійснює безпосередньо сам або делегує управління одній особі або органам управління.

Відповідно до нормативно-правової бази України, лікувально-профілактичною установою, аптечним закладом може керувати особа, що має диплом «спеціаліста», виданого медичними (фармацевтичними) ВНЗ або факультетами університетів III—IV рівнів акредитації. Перелік таких вузів зумовлений Наказом Міністерством охорони здоров'я України.

Заклади охорони здоров'я, які діють у формі господарчих товариств. Згідно з законодавством, України господарчі товариства — підприємства, заклади, організації, створені на підставі угоди між юридичними особами або громадянами, шляхом об'єднання їхнього майна і підприємницької діяльності з метою одержання прибутку. Діяльність господарських товариств має упорядковуватися згідно з Законом України «Про господарські товариства».

До господарчих товариств відносять:

- ◆ акціонерні товариства;
- ◆ товариства з обмеженою відповідальністю;
- ◆ товариства з додатковою відповідальністю;
- ◆ повні товариства;
- ◆ командитні товариства.

Усі господарчі товариства є юридичними особами і можуть займатися будь-якою підприємницькою діяльністю, що не суперечить законодавству України.

Акціонерне товариство, товариство з обмеженою і товариство з додатковою відповідальністю створюються і діють на підставі установчого договору і статуту, повне і командитне товариство — установчого договору.

Товариство набуває прав юридичної особи з дня його державної реєстрації. Державна реєстрація проводиться за правилами, встановленими Законом Української РСР «Про підприємства в Українській РСР».

Акціонерні товариства. Заклади охорони здоров'я, які діють у формі акціонерних товариств, повинні мати статутний фонд, поділений на визначену кількість акцій рівної номінальної вартості, і несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства.

Акціонери відповідають за зобов'язаннями товариства тільки в межах належних їм акцій. У випадках, передбачених статутом, акціонери, які не повністю оплатили акції, несуть відповідальність за зобов'язаннями товариства також у межах несплаченої суми. Загальна номінальна вартість випущених акцій становить статутний фонд акціонерного товариства, який не може бути менше суми, еквівалентної 1250 мінімальним заробітним платам, виходячи із ставки мінімальної заробітної плати, діючої на момент створення акціонерного товариства.

До акціонерних товариств належать:

- *відкрите акціонерне товариство*, акції якого можуть розповсюджуватися шляхом відкритої підписки та купівлі-продажу на біржах;

- *закрите акціонерне товариство*, акції якого розподіляються між засновниками і не можуть розповсюджуватися шляхом підписки, купуватися та продаватися на біржі.

Закрите акціонерне товариство може бути реорганізовано у відкрите шляхом реєстрації його акцій у порядку, передбаченому законодавством про цінні папери і фондову біржу, і внесенням змін до статуту товариства.

Засновниками акціонерного товариства можуть бути юридичні особи та громадяни.

Засновники акціонерного товариства укладають між собою договір, що визначає порядок здійснення ними спільної діяльності по створенню акціонерного товариства, відповідальність перед особами, що підписалися на акції, і третіми особами.

Засновники несуть солідарну відповідальність за зобов'язаннями, що виникли до реєстрації акціонерного товариства.

Переваги закладів охорони здоров'я, що є акціонерними товариствами:

- ◆ необмежені можливості формування фінансових ресурсів;
- ◆ шляхом емісії акцій і облігацій;
- ◆ високі можливості розвитку;
- ◆ висока конкурентно здатність;
- ◆ можливість швидкого відчуження і придбання акцій, що дає можливість швидкого переливу капіталу з однієї сфери діяльності в іншу.

Недоліки закладів охорони здоров'я, що є акціонерними товариствами, порівняно з партнерськими установами охорони здоров'я:

- складність управління, зумовлена функціональною багатоструктурністю і низькою оперативністю прийнятих управлінських рішень;

- широкий масштаб діяльності не дозволяє оперативно, з достатньою швидкістю реагувати на зміну ситуації в зовнішньому середовищі медичного бізнесу;

- відкритість інформації про результати діяльності може бути використана конкурентами для:

- формування негативного «іміджу» закладу;

- запозичення позитивного досвіду;

- тощо.

- ◆ тривалий період організації акціонерного товариства;

- ◆ необхідність формування статутного фонду у високому розмірі.

➤ У порівнянні з державними закладами охорони здоров'я:

- при проведенні медичної практики не користуються правом видачі листів непрацездатності;

- не користуються правом видачі медичних висновків, заключень установлених зразків;

- не мають права виписки рецептів на наркотичних і прирівняних до них засобів;

- відсутнє право одержання пацієнтами медикаментів і товарів медичного призначення безкоштовно або за пільговими цінами.

Товариство з обмеженою відповідальністю — господаоське товариство, що має статутний фонд, розділений на частки, розмір яких визначається установчими документами.

Учасники товариства несуть відповідальність у межах їхніх вкладів. У випадках, передбачених установчими документами, учасники, які не повністю внесли вклади, відповідають за зобов'язаннями товариства також у межах невнесеної частини вкладу.

У товаристві з обмеженою відповідальністю створюється статутний фонд, розмір якого повинен становити не менше суми, еквівалентної 100 мінімальним заробітним платам, виходячи із ставки мінімальної заробітної плати, яка діє на момент створення товариства з обмеженою відповідальністю.

Вищим органом управління такого закладу є збори його учасників, що вибирають голову господарчого товариства. Поточне управління його діяльністю здійснюється на колегіальній (дирекція) або єдиноначальній (головний лікар або директор) основі. При цьому членами виконавчого органу, створеного з метою здійснення поточного управління закладом охорони здоров'я у формі товариства з обмеженою відповідальністю, можуть бути особи, що не є учасниками даного товариства.

Дирекція (головний лікар, директор) вирішує всі питання, пов'язані з діяльністю організації, крім тих, котрі входять до компетенції зборів учасників. Однак збори учасників ТОВ, можуть прийняти рішення про делегування частини приналежних йому повноважень у компетенцію дирекції. Дирекція підзвітна зборам учасників і покликана виконувати його постанови. Директор (головний лікар) не може бути одночасно головою зборів учасників товариства.

Контроль за діяльністю дирекції (директора, головного лікаря) здійснює ревізійна комісія, що складається з учасників товариства. Члени дирекції не повинні входити до її складу.

Основним «підвідним каменем» будь-якого закладу, що функціонує у формі товариства з обмеженою відповідальністю, є конфлікти між засновниками. Існує точка зору, що сама організаційно-правова форма закладів з обмеженою відповідальністю припускає наявність конфліктної ситуації. На думку А.С.Солопа: «Дана форма власності, як правило, є недовговічною, тому що з плином часу первинно вкладений капітал і одержувана частка бізнесу не дає можливості багатьом її членам, що досягли визначеної могутності, широко розгорнути бізнес. Це пояснюється тим, що сильні і могутні співвласники, що стали такими після реальної участі в бізнесі, спочатку внесли, виходячи зі своїх колишніх можливостей, досить невеликий капітал, мають, скажемо, лише один голос. Навпаки, інший співвласник був більш забезпеченою людиною й у результаті формування статутного фонду отримав, наприклад, вісім голосів. Виходить, незалежно від своєї подальшої участі в справі, вона одержує собі 80 % усього бізнесу фірми, що не влаштовує інших співвласників. Вони більше від інших вносять вклад у бізнес фірми, мають уже могутні зв'язки, капітал і при цьому мають усього, наприклад, 10 % бізнесу фірми. Ця проблема приводить до того, що ставши могутніми, колись бідні люди створюють уже свої власні фірми, залишаючи фірму, яка поставила їх «на ноги». Тому в закладах, які працюють у формі товариства з обмеженою відповідальністю, «навар» співвласники мають на взаємній перетяжці бізнесу, на праві сильного, прихованні доходів один від одного. От чому співвласники таких фірм бувають потайливими один від одного. Їхнє правило гри: «красти в кожного», «торгувати інформацією, отриманою від співвласників», «закладати один одного»».

У зв'язку з тим, що медичний бізнес в Україні робить тільки перші кроки, основна частина невеликих лікувально-діагностичних установ функціонує у формі приватної власності або товариств з обмеженою відповідальністю.

Товариство з додатковою відповідальністю — господарське товариство, статутний фонд якого поділений на частки визначених установчими документами розмірів. Учасники такого товариства відповідають за його боргами своїми внесками до статутного фонду, а при недостатності цих сум — додатково належним їм майном в однаковому для всіх учасників ратному розмірі до внеска кожного учасника.

Граничний розмір відповідальності учасників передбачається в установчих документах.

Управління товариством з додатковою відповідальністю здійснюється на тих самих принципах, що й товариством з обмеженою відповідальністю.

Переваги закладів охорони здоров'я у формі ТОВ і ТДВ:

- порівняно з корпоративними закладами — відносна швидкість створення;
- порівняно з індивідуальним медичним підприємництвом:
 - ◆ зростання фінансових можливостей, що дають змогу надати комплекс медичних послуг з діагностики, лікування й профілактики захворювань;
 - ◆ високі темпи розвитку;
 - ◆ солідарна відповідальність за зобов'язаннями закладу.

Недоліки закладів охорони здоров'я у формі ТОВ і ТДВ:

- порівняно з індивідуальним підприємництвом:
 - ◆ більш низький рівень мотивації;
 - ◆ менша оперативність у прийнятті управлінських рішень;
 - ◆ можливість внутрішніх конфліктів серед засновників з питань напрямів надання медичної допомоги;
- ◆ менша ефективність прийнятих рішень, розподілу прибутку й ін.
- порівняно з державним закладом охорони здоров'я при проведенні медичної практики не мають права:
 - ◆ видавати листки непрацездатності;
 - ◆ видавати медичні висновки та висновки встановлених форм;
 - ◆ виписувати рецепти на наркотичні і прирівняні до них лікарські засоби;
 - ◆ на одержання пацієнтами медикаментів і товарів медичного призначення безкоштовно або за пільговими цінами.

Повне товариство — господарське товариство, всі учасники якого займаються спільною підприємницькою діяльністю і несуть солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства усім своїм майном.

Установчий договір про повне товариство повинен визначати розмір частки кожного з учасників, розмір, склад та порядок внесення вкладів, форму їх участі в справах товариства. Ведення справ повного товариства здійснюється за загальною згодою всіх учасників. Ведення справ товариства може здійснюватися або всіма учасниками, або одним чи кількома з них, які виступають від імені товариства. В останньому випадку обсяг повноважень учасників визначається дорученням, яке має бути підписано рештою учасників товариства.

Фірмова назва установи, що функціонує як повне товариство, як правило, складається з імені (або найменувань) усіх його учасників із доповненням слів «повне товариство». У тих випадках, коли використовується ім'я одного з учасників товариства, додаються слова «і компанія» або «повне товариство». Наприклад, «Плехав і Ко» або «Полімедсервіс. ПХО».

Особливістю повного господарчого товариства є те, що кожен з його учасників займається медичною підприємницькою діяльністю, робить це від імені товариства. Тому для створення й діяльності такої організації немає необхідності в Статуті.

Основним установчим документом повного господарчого товариства є установча угода, в якій визначається розмір частки кожного учасника й форма їхньої участі в діяльності товариства.

Управління діяльністю повного господарчого товариства можуть здійснювати всі його учасники, а також один або декілька з них. В останньому випадку обсяг

повноважень учасників визначається дорученням, що повинно бути підписано іншими учасниками товариства.

Переваги Повного господарчого товариства:

- швидка акумуляція значних коштів;
- привабливість для кредиторів, тому що несе необмежену відповідальність за зобов'язаннями товариства;

• кожен член має право займатися підприємницькою діяльністю від імені товариства.

Недоліки Повного господарчого товариства:

- ◆ успішна діяльність, можлива тільки за наявності повної довіри між її членами;
 - ◆ не може складатися з одного члена;
 - ◆ кожен член несе солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства.
- Тобто невдала підприємницька діяльність одного з членів може призвести до банкрутства, при якому кожний член товариства відповідатиме не тільки особистим внеском, а й усім своїм майном.

В Україні медичні установи у формі товариств із додатковою відповідальністю і повними господарчими товариствами не набули поширення.

Підприємство, яке засноване на власності об'єднання громадян, — підприємства, які на добровільних засадах об'єднали свою виробничу, наукову, комерційну та інші види діяльності, якщо інше не передбачено законодавством України.

Підприємства можуть об'єднуватись в:

• **асоціації** — договірні об'єднання, створені з метою постійної координації господарської діяльності. Асоціація не має права втручатися у виробничу й комерційну діяльність будь-кого з її учасників;

• **корпорації** — договірні об'єднання, створені на основі поєднання виробничих, наукових та комерційних інтересів, з делегуванням окремих повноважень централізованого регулювання діяльності кожного з учасників;

• **консорціуми** — тимчасові статутні об'єднання промислового і банківського капіталу для досягнення спільної мети;

• **концерни** — статутні об'єднання підприємств промисловості, наукових організацій, транспорту, банків, торгівлі тощо на основі повної фінансової залежності від одного або групи підприємств;

• інші об'єднання за галузевим, територіальним та іншими принципами.

Об'єднання діють на основі договору або статуту, який затверджується їх засновниками або власниками. Заклади, які входять до складу зазначених організаційних структур, зберігають права юридичної особи, і на них поширюється дія Закону України «Про підприємництво».

Рішення про створення об'єднання (установчий договір) і статут цього об'єднання погоджуються з Антимонопольним комітетом України в порядку, визначеному чинним законодавством.

В об'єднання підприємств, зареєстроване в Україні, можуть входити підприємства інших держав. Порядок вступу в об'єднання в зазначених випадках здійснюється відповідно до законодавства України про зовнішньоекономічну діяльність.

Об'єднання є юридичною особою, може мати самостійний і зведений баланс, розрахунковий та інші рахунки в установах банків, печатку зі своїм найменуванням. Реєстрація об'єднання проводиться в порядку, встановленому Законом України «Про підприємства в Україні».

Об'єднання не відповідає за зобов'язаннями підприємств, які входять до його складу, а підприємства не відповідають за зобов'язаннями об'єднання, якщо інше не передбачене установчим договором (статутом).

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні ознаки виробничо-господарської організації.
2. У чому полягають основні властивості організації?
3. Охарактеризуйте керуючу та керовану систему лікувально-профілактичного закладу.
4. Чи може здійснюватися комерційна діяльність у громадських організаціях? Відповідь поясніть.
5. Визначте загальні характеристики та специфічні особливості закладів охорони здоров'я.
6. Які критерії визначають макрооточення закладу охорони здоров'я?
7. Які основні категорії споживачів послуг (товарів) закладів охорони здоров'я?
8. Які нормативно-правові документи визначають та регламентують діяльність закладів охорони здоров'я в Україні?
9. Охарактеризуйте основні складові безпосереднього оточення закладу охорони здоров'я.
10. У чому полягає специфічність конкуренції у галузі охорони здоров'я?
11. За якими ознаками класифікують заклади охорони здоров'я?
12. Які основні типи закладів охорони здоров'я формують систему охорони здоров'я України?
13. Наведіть класифікацію лікарняних закладів охорони здоров'я за сферою діяльності.
14. Які заклади формують санітарно-епідеміологічну службу України?
15. У чому полягають основні особливості фармацевтичних (аптечних) закладів?
16. Наведіть класифікацію закладів охорони здоров'я за організаційно-правовою формою діяльності.
17. У чому полягають переваги, а в чому — недоліки закладів охорони здоров'я, організованих у формі акціонерних товариств?
18. У чому полягають недоліки, а в чому — переваги закладів охорони здоров'я, організованих у формі ТОВ та ТДВ?

Список використаної та рекомендованої літератури

А. Нормативно-правові акти

1. Конституція України, прийнята Верховною радою України 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 3.
2. Закон України «Про господарські товариства» від 19.09.1991 р. // Відомості Верховної Ради (ВВР), 1991, № 49, ст. 682.
3. Закон України «Про підприємництво» // Відомості Верховної Ради (ВВР), 1991, № 14, ст. 168.
4. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. // Відомості Верховної Ради України. — 1993. — № 4.
5. Господарський кодекс України // ВВР. — 2003.
6. Положення про державну санітарно-епідеміологічну службу України. Затверджено Кабінетом Міністрів України від 19 серпня 2002 р. за № 1218 // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень 2004. — Кіровоград, «Експерт Софт».
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 12.11.2002 р. за № 385

(Із змінами і доповненнями, внесеними Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 березня 2003 року за № 114) //СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень 2004. — Кіровоград, «Експерт Софт».

8. Проект Закону України «Про заклади охорони здоров'я»

Б. Навчально-методичні, наукові видання та підручники

1. *Айсберг Є.О., Портер М., Браун Г.* Как активизировать конкуренцию в здравоохранении. — В кн.: Конкуренция: М.:Изд.дом «Вильямс», 2000. — 495 с.
2. *Акопян А.С., Шиленко Ю.В., Юрьева Т.В.* Индустрия здоровья: экономика и управление. — М.: Дрофа. — 2003.
3. *Бодди Д., Пэйтон Р.* Основы менеджмента: Пер. с англ. — СПб.: Питер, 1999. — 816 с.
4. *Белошапка В.А., Загорий Г.В., Усенко В.А.* Стратегическое управление и маркетинг в практике фармацевтических фирм: Учебное изд. — К.:РИА «Тріумф», 2001. — 368 с.
5. *Большаков А.С., Михайлов В.И.* Современный менеджмент: теория и практика. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб: Питер, 2002. — 416 с.
6. *Виханский О.С.* Стратегическое управление: Учебник, - 2-е изд. — М.: Гардарики, 1998. — 296 с.
7. *Герасимчук В.Г.* Стратегічне управління підприємством. Графічне моделювання: Навч. посібник. — К.:КНЕУ, 2000. — 360 с.
8. *Гірняк О.М., Лазановський П.П.* Менеджмент: теоретичні основи і практикум: Навч. посібник. — К.: Магнолія плюс; Львів: Новий світ-2000, 2003. — 336 с.
9. *Гладун З.С.* Державне управління в галузі охорони здоров'я. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. — 312 с.
10. *Глазл Ф., Ливехуд Б.* Динамическое развитие предприятия. — М.: Духовное познание. — 2000. — 264 с.
11. *Гріфін Р., Яцура В.* Основы менеджменту: Підручник/ Наук. ред. В.Яцура, Д.Олесневич. — Львів: БАК, 2001. — 624 с.
12. *Дафт Р.Л.* Менеджмент. — СПб.: Питер, 2000. — 832 с.
13. *Економіка підприємства: Підручник/ За ред. А. В. Шегди.* — К.: Знання, 2006. — 614 с.
14. *Журавель В.И.* Основы менеджмента в системе здравоохранения. — К., 1994.
15. *Иванова Т.Ю., Приходько В.И.* Теория организации. — СПб.:Питер, 2004. — 269 с.
16. *Калиниченко В. И.* Организационно-экономический механизм управления медицинской помощью и лекарственным обеспечением <http://www.medafarm.ru/php/content.php?id=489>
17. *Кузьмін О.Є., Мельник О.Г.* Основы менеджменту:Підручник. — К.: Академвидав, 2003. — 416 с.
18. *Латфуллин Г.Р., Райченко А.В.* Теория организации:Учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2004. — 395 с.
19. *Менеджмент в охороні здоров'я: Структура та поведінка організацій охорони здоров'я / За ред.С.Шортела та А.Калужного.* — К.: Основи, 1998. — 560 с.
20. *Мескон М.Х., М.Альберт, Ф.Хедоури.* Основы менеджмента =Management;пер. с англ. третьего изд. — М.:Дело, 1998. — 800 с.
21. *Портер М.* Конкуренция. — М.: Изд. дом «Вильямс», 2000. — 495 с.
22. *Радиш Я.Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.
23. *Робинс С., Коултер М.* Менеджмент, 6-е изд. — М.: Изд. дом. «Вильямс», 2004. — 880 с.
24. *Солоп А.* Тайны бизнеса. — К.: УФИМБ. — 1997. — 320 с.
25. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка.* — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 680 с.
26. *Хміль Ф.І.* Основы менеджменту: Підручник. — К.: Академвидав, 2003. — 608 с.
27. *Холл Р.Х.* Организации: структуры, процессы, результаты. — СПб:Питер, 2001. — 512 с.
28. *Економіка фірми: Учебн. для вузов / Под ред. проф. В. Я. Горфинкеля, В.А.Швандара.* — М., 2003.

РОЗДІЛ 7

МЕНЕДЖМЕНТ НОВИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 7.1. Започаткування господарської діяльності з медичної практики, виробництва, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами.*
- 7.2. Ліцензування діяльності з медичної практики, виробництва, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами.*
- 7.3. Акредитація закладів охорони здоров'я як форма державного контролю якості надання медико-санітарної допомоги.*

7.1. Започаткування господарської діяльності з медичної практики, виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами

Згідно з Господарським кодексом України й Закону України «Про підприємництво» та підприємства створюються згідно з рішенням:

- власника (власників) майна чи уповноваженого ним (ними) органу;
- підприємства-засновника;
- організації;
- трудового колективу.

Підприємство може бути створено за таких умов:

- в результаті виділення зі складу діючого підприємства;
- організації одного або кількох структурних підрозділів;
- на базі структурної одиниці діючих об'єднань за рішенням їх трудових колективів, якщо на це є згода власника чи уповноваженого ним органу.

Підприємству може бути передана в колективну власність або надана в користування, в тому числі на умовах оренди, земельна ділянка в порядку, встановленому Земельним кодексом України.

Підприємство вважається створеним і набуває прав юридичної особи з дня його державної реєстрації. Державна реєстрація підприємств здійснюється відповідно до Закону України «Про підприємництво».

Реєстрацію господарської діяльності з медичної практики проводить міська районна адміністрація за місцем перебування суб'єкта підприємницької діяльності. Місцем перебування закладу є адреса, за якою знаходиться постійно діючий орган, що здійснює управління. Місцем проживання підприємця є зареєстроване в існуючому порядку постійне місце проживання.

Підприємству може бути передана в колективну власність або надана в користування, в тому числі на умовах оренди, земельна ділянка в порядку, встановленому Земельним кодексом України.

Підприємство вважається створеним і набуває прав юридичної особи з дня його державної реєстрації. Державна реєстрація підприємств здійснюється відповідно до Закону України «Про підприємництво».

Згідно із Законом України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб-підприємців» державна реєстрація юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців про-

водиться державним реєстратором виключно у виконавчому комітеті міської ради міста обласного значення або в районній, районній у містах Києві та Севастополі державній адміністрації. Місцезнаходженням закладу є адреса, за якою знаходиться постійно діючий орган, що здійснює управління. Місцезнаходженням підприємця є зареєстроване в існуючому порядку постійне або тимчасове місце проживання.

Реєстрація господарської діяльності має кілька *етапів*:

1. Підготовча робота до реєстрації.
2. Організаційна робота з реєстрації.

Заходи, які необхідно провести на кожному з етапів та перелік документів, що забезпечують кожний з них у відповідних таблицях.

7.1.1. Реєстрація господарської діяльності з провадження медичної практики, виробництва, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами (зі створенням юридичної особи)

Реєстрація господарської діяльності здійснюється згідно із Законом України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб — підприємців».

Статтю 5 цього Закону визначено, що державна реєстрація юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців проводиться державним реєстратором виключно у виконавчому комітеті міської ради міста обласного значення або у районній, районній у містах Києві та Севастополі державній адміністрації за місцезнаходженням юридичної особи.

Місцезнаходженням юридичної особи є місцезнаходження постійно діючого виконавчого органу юридичної особи, а в разі його відсутності — місцезнаходження іншого органу чи особи, уповноваженої діяти від імені юридичної особи без доручення, за певною адресою. Ця адреса має бути вказана засновниками або учасниками в установчих документах, за нею має здійснюватися зв'язок з юридичною особою.

Місцезнаходження фізичної особи є місце проживання фізичної особи-підприємця. Місцем проживання фізичної особи-підприємця є житловий будинок, квартира, інше приміщення, придатне для проживання в ньому (гуртожиток, готель тощо) у відповідному населеному пункті, в якому фізична особа проживає постійно, переважно або тимчасово, що знаходиться за певною адресою, за якою здійснюється зв'язок з фізичною особою-підприємцем.

Реєстрація суб'єктів підприємницької діяльності здійснюється державним реєстратором. Відповідно до статті 1 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб-підприємців» [5] державним реєстратором є посадова особа, яка здійснює державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.

До функцій державного реєстратора відноситься:

- проводити державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців;
- проводити резервування найменувань юридичних осіб;
- передавати органам статистики, державної податкової служби, Пенсійного фонду України та фондів соціального страхування повідомлення та відомості з реєстраційних карток про вчинення реєстраційних дій, у тому числі щодо створення або ліквідації відокремлених підрозділів юридичних осіб;
- формувати, вести та забезпечувати зберігання реєстраційних справ;
- здійснювати оформлення та видачу свідоцтв про державну реєстрацію, а також їх заміну;

— оформлювати та видавати виписки, довідки з Єдиного державного реєстру;
 — проводити державну реєстрацію змін до установчих документів юридичних осіб та державну реєстрацію зміни імені або місця проживання фізичних осіб-підприємців;

— проводити державну реєстрацію припинення юридичних осіб та державну реєстрацію припинення підприємницької діяльності фізичними особами-підприємцями;

— звертатися до суду із заявою про зміну мети установи у встановленому законом порядку.

Господарську діяльність можна зареєструвати, послідовно дотримуючись схеми, представленої в табл. 7.1 та 7.2.

Закон України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб-підприємців» встановлює такі вимоги до оформлення документів, які подаються державному реєстратору:

- документи, які подаються або надсилаються рекомендованим листом державному реєстратору, повинні бути викладені державною мовою;

- у разі, коли законом встановлено вимоги щодо реєстрації установчих документів, такі документи подаються з відміткою про їх реєстрацію у відповідному державному органі;

- вимоги щодо написання найменування юридичної особи або її відокремленого підрозділу встановлюються спеціально уповноваженим органом з питань державної реєстрації.

Таблиця 7.1

ПІДГОТОВЧА РОБОТА З РЕЄСТРАЦІЇ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ (ЕТАП 1)

Етап	Захід, який необхідно провести	Вихідна документація
1. Рішення щодо започаткування господарської діяльності	1.1. Вибір виду господарської діяльності. 1.2. Пошук партнерів по бізнесу. 1.3. Підготовка бізнес-плану	Бізнес-план
2. Збори засновників	2.1. Вибір організаційно-правової форми підприємництва. 2.2. Вибір керівника серед засновників або призначення головного лікаря, директора тощо	Виписка з протоколу зборів.
3. Підготовка установчих документів	3.1. Підготовка установчих документів	Статут або засновницький договір
4. Проведення підготовчої роботи	4.1. Одержання інформації у відповідному відділі держадміністрації. 4.2. Вибір банку й проведення попередніх переговорів щодо відкриття рахунка. 4.3. При заснуванні закладу в формі спільного підприємства з іноземною юридичною особою, необхідно одержати документ щодо реєстрації співзасновника на його батьківщині. 4.4. Укладання договору про оренду. 4.5. Сплата реєстраційного збору за проведення державної реєстрації	Одержання бланків реєстраційних карток*. Одержання бланків заяв і банківських карток. Документ про державну реєстрацію іноземного співзасновника**. Договір про оренду. Документ про сплату реєстраційного збору

Етап	Захід, який необхідно провести	Вихідна документація
5. Резервування найменування юридичної особи*** (найменування юридичної особи державний реєстратор вносить до журналу обліку реєстраційних дій)	Представити документи: 5.1 Заяву встановленого зразка про резервування найменування юридичної особи. 5.2. Документ, що підтверджує внесення плати за проведення резервування найменування юридичної особи	Довідка з Єдиного державного реєстру про резервування найменування юридичної особи
6.Робота в нотаріальній конторі	6.1. Нотаріально завірити в Статуті підписи засновників, які є фізичними особами. 6.2. Завірити на Статуті підпис представника засновника — юридичної особи. 6.3. Завірити нотаріально зразки підписів засновників на банківській картці. 6.4. При наявності засновника — юридичної особи, необхідно завірити копію його реєстраційного свідоцтва. 6.5. Оформлення нотаріальної копії угоди про оренду.	Статут із завіреними підписами. Банківська картка із завіреними підписами засновників. Засвідчена копія реєстраційного свідоцтва засновника — юридичної особи. Засвідчена копія угоди про оренду
7. Формування статутного фонду	7.1. Сплата власником внеску до статутного фонду суб'єкта підприємницької діяльності в розмірі передбаченому законодавством.	Довідка з банку про внесення на рахунок відповідної суми****

* Реєстраційна картка заповнюється машинодруком або від руки друкованими літерами. Якщо документи надсилаються державному реєстратору рекомендованим листом, то підпис заявника на реєстраційній картці повинен бути нотаріально посвідчений.

** Документ про підтвердження реєстрації іноземної юридичної особи в країні її місцезнаходження повинен бути легалізований у встановленому порядку.

*** Цей підготовчий етап не обов'язковий.

**** При проведенні цього заходу відкривається рахунок у банку для формування статутного капіталу. В банк подаються такі документи:

— заява про відкриття поточного рахунка, що підписана особою, уповноваженою укласти договори та діяти від імені засновників (учасників);

— один примірник оригіналу установчого документа або його копія, засвідчена нотаріально.

У разі відкриття рахунка для формування статутного капіталу кооперативного закладу банку подається:

— витяг з протоколу зборів засновників (учасників) з рішенням про визначення особи, уповноваженої укласти договори і діяти від імені засновників (учасників) банку, засвідчений нотаріально;

— картка із зразками підписів і відбитка печатки. У картці наводиться зразок підпису особи, уповноваженої укласти договори та діяти від імені засновників (учасників). Картка приймається без відбитка печатки і засвідчується підписом уповноваженого працівника банку.

Цей рахунок використовується для акумулювання коштів засновників новостворюваного закладу з метою формування статутного капіталу.

Таблиця 7.2

ОРГАНІЗАЦІЙНА РОБОТА З РЕЄСТРАЦІЇ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СУБ'ЄКТІВ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ. (ЕТАП 2)

№	Проведений захід	Документи, які представляються	Вихідна документація
1	Реєстрація господарської діяльності в держадміністрації	1.1. Заповнена реєстраційна картка. 1.2. Два примірники установчих документів. 1.3. Документ про сплату реєстраційного збору**. 1.4. В особливих випадках можуть подаватися додаткові документи***	Свідцтво про державну реєстрацію* 1 примірник установчих документів з відміткою державного реєстратора про проведення держреєстрації
2	Взяття юридичної особи на облік в: — органах статистики; — державній податковій службі; — Пенсійному фонді України; — фондах соціального страхування	Передача відомостей про державну реєстрацію юридичної особи проводиться державним реєстратором за принципом єдиного вікна, без подання додаткової документації з боку підприємця	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком (надсилаються з кожного фонду по пошті)
3	Реєстрація в органі державної податкової служби за місцезнаходженням (в 20-денний термін після одержання свідцтва про державну реєстрацію)	3.1. Заява за формою N 1-ОПП (додаток 7). 3.2. Заверена в нотаріальному порядку копія установчих документів, з відміткою органу, що здійснив державну реєстрацію. 3.3. Копія свідцтва про державну реєстрацію. 3.4. Копія довідки про включення до ЄДРПОУ з присвоєним ідентифікаційним кодом	Довідка про взяття на облік платника податків Форма № 4-ОПП (Додаток 8)
4	Одержання дозволу на виготовлення печатки в районному відділі внутрішніх справ	4.1. Заява з проханням про дозвіл на виготовлення печатки. 4.2. Нотаріально заверена копія свідцтва про державну реєстрацію 4.3. Зразки печаток і штампів, затверджені керівником (власником). 4.4. Документ про внесення плати за дозвіл на виготовлення печаток і штампів	Дозвіл на виготовлення печаток та штампів. Штамп про видачу дозволу на оригіналі свідцтва про держреєстрацію
5	Виготовлення печаток і штампів	5.1. Дозвіл районного відділу внутрішніх справ на виготовлення печаток і штампів. 5.2. Зразки печаток і штампів, затверджені керівником (власником).	Штамп на документі про дозвіл на виготовлення печаток і штампів щодо їх виготовлення
6	Відкриття рахунка в банку	6.1. Заява на відкриття поточного рахунку (Додаток 10.1). 6.2. Копія свідцтва про державну реєстрацію юридичної особи заверена нотаріально. 6.3. Копія установчого документа засвідчену органом, який здійснив реєстрацію (може бути заверена нотаріально). 6.4. Копія довідки про внесення юридичної особи до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України, засвідчену органом, що видав довідку, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку	Договір з банківською установою про обслуговування

№	Проведений захід	Документи, які представляються	Вихідна документація
		6.5. Копія документа, що підтверджує взяття юридичної особи на облік в органі державної податкової служби, засвідчена органом, що видав документ, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку. 6.6. Картка із зразками підписів і відбитка печатки (додаток 10.2), засвідчена нотаріально або організацією, якій клієнт адміністративно підпорядкований, в установленому порядку****. 6.7. Копія документа, що підтверджує реєстрацію юридичної особи у відповідному органі Пенсійного фонду України, засвідчена органом, що його видав, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку. 6.8. Копія страхового свідоцтва, що підтверджує реєстрацію юридичної особи у Фонді соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України як платника страхових внесків, засвідчена органом, що його видав, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку	
7	Повідомлення податкової адміністрації про відкриття банківського рахунку*****	Письмове повідомлення про відкриття банківського рахунка (можна надіслати поштою)	Документ зберігається в особовій справі платника податку

* Бланки свідоцтв про державну реєстрацію юридичних осіб та бланки свідоцтв про державну реєстрацію фізичних осіб-підприємців є документами суворої звітності, мають облікову серію і номер. Свідоцтво про державну реєстрацію підписується державним реєстратором та засвідчується його печаткою.

*** За проведення державної реєстрації юридичної особи справляється реєстраційний збір у розмірі десяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

**** В особливих випадках додатково можуть подаватись наступні документи:

— якщо проводилося резервування найменування юридичної особи, подається чинна довідка з Єдиного державного реєстру про резервування найменування юридичної особи;
— у випадках, що передбачені законом, подається копія рішення органів Антимонопольного комітету України або Кабінету Міністрів України про надання дозволу на узгоджені дії або на концентрацію суб'єктів господарювання;
— у разі державної реєстрації юридичної особи, для якої законом встановлено вимоги щодо формування статутного фонду (статутного або складеного капіталу), подається документ, що підтверджує внесення засновником (засновниками) вкладу (вкладів) до статутного фонду (статутного або складеного капіталу) юридичної особи в розмірі, який встановлено законом;

— у разі державної реєстрації відкритих акціонерних товариств подається звіт про проведення підписки на акції, який засвідчено Державною комісією з цінних паперів та фондового ринку України;

— у разі державної реєстрації юридичної особи, засновником (засновниками) якої є іноземна юридична особа, подається документ про підтвердження реєстрації іноземної особи в країні її місцезнаходження, зокрема витяг із торговельного, банківського або судового реєстру;

***** До картки включаються зразки підписів осіб, яким відповідно до законодавства України або установчих документів юридичної особи надано право розпорядження рахунком та підписання розрахункових документів.

***** Повідомити податкову адміністрацію необхідно протягом трьох днів після відкриття банківського рахунка.

Для реєстрації господарської діяльності документи можуть подаватись особисто або пересилатися поштою, якщо документи для проведення державної реєстрації подаються засновником або уповноваженою ним особою особисто. Державному реєстраторові додатково пред'являються паспорт та документ, що засвідчує його повноваження.

Документи, які подані для проведення державної реєстрації юридичної особи, приймаються за описом, копія якого в день надходження документів видається (надсилається рекомендованим листом) засновникові або уповноваженій ним особі з відміткою про дату надходження документів. Дата надходження документів для проведення державної реєстрації юридичної особи вноситься до журналу обліку реєстраційних дій.

За відсутності підстав для відмови в проведенні державної реєстрації юридичної особи державний реєстратор повинен внести до реєстраційної картки на проведення державної реєстрації юридичної особи ідентифікаційний код заявника відповідно до вимог Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України та внести до Єдиного державного реєстру запис про проведення державної реєстрації юридичної особи на підставі відомостей цієї реєстраційної картки. Дата внесення до Єдиного державного реєстру запису про проведення державної реєстрації юридичної особи є датою державної реєстрації юридичної особи.

Згідно зі статтею 25 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців», строк державної реєстрації юридичної особи не повинен перевищувати трьох робочих днів з дати надходження документів [5].

Свідцтво про державну реєстрацію юридичної особи повинно бути оформлено і видано (надіслано рекомендованим листом) засновникові або уповноваженій ним особі державним реєстратором не пізніше наступного робочого дня з дати державної реєстрації юридичної особи. Разом із свідцтвом про державну реєстрацію юридичної особи видається (надсилається рекомендованим листом) один примірник оригіналу установчих документів з відміткою державного реєстратора про проведення державної реєстрації юридичної особи.

Державний реєстратор не пізніше наступного робочого дня з дати державної реєстрації юридичної особи зобов'язаний передати відповідним органам статистики, державної податкової служби, Пенсійного фонду України, фондів соціального страхування повідомлення про проведення державної реєстрації юридичної особи із зазначенням номера та дати внесення відповідного запису до Єдиного державного реєстру та відомості з реєстраційної картки на проведення державної реєстрації юридичної особи.

Підставою для взяття юридичної особи на облік в органах статистики, державної податкової служби, Пенсійного фонду України, фондів соціального страхування є надходження до цих органів повідомлення державного реєстратора про проведення державної реєстрації юридичної особи та відомостей з відповідної реєстраційної картки.

Згідно зі статтею 19 Закону України «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців», юридична особа щорічно, починаючи з наступного року з дати її державної реєстрації, протягом одного місяця зобов'язана подати (надіслати рекомендованим листом) державному реєстраторові реєстраційну картку встановленого зразка про підтвердження відомостей про юридичну особу.

Після взяття на облік необхідно пройти реєстрацію в органі державної податкової служби. Для реєстрації юридичної особи необхідно заповнити реєстраційну заяву за формою № 1-ОПП. Заява має бути або надрукована або написана печатними літерами.

Зразок реєстраційної заяви та пояснення щодо її заповнення відповідно до Наказу ДПА України за № 79 від 01.03.2000 «Про затвердження Положення про Реєстр платників податків на додану вартість» наведено в Додатку 7.

При включенні до Реєстру будь-якої особи, діяльність якої підлягає оподаткуванню, їй присвоюється індивідуальний податковий номер платника податку на додану вартість (далі — індивідуальний податковий номер).

Індивідуальний податковий номер є єдиним для всього інформаційного простору України і зберігається за платником податку на додану вартість до моменту виключення його з Реєстру у зв'язку із вибуттям зі складу платників податку на додану вартість.

Індивідуальний податковий номер становить: для юридичних осіб — 12-розрядний числовий код, структура якого така: 7 знаків включають перші 7 знаків ідентифікаційного коду Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (далі — ЄДРПОУ) без контрольного числа; 8-й та 9-й знаки — код області за системою кодування, прийнятою в органах державної податкової служби; 10-й та 11-й знаки — код адміністративного району за системою кодування, прийнятою в органах державної податкової служби; 12-й знак — контрольний розряд, алгоритм формування якого встановлює центральний орган державної податкової служби України.

Використання індивідуального податкового номера, наданого при реєстрації, є обов'язковим при оформленні й користуванні всіма видами документів, які пов'язані з розрахунками при придбанні товарів, обліком, звітністю про податок на додану вартість, оформленні податкового кредиту.

Узяття на облік платника податків — юридичної особи здійснюється органом державної податкової служби протягом двох робочих днів після надходження зазначених у табл. 7.2 документів.

Дані із заяви про взяття на облік заносяться до районного рівня Єдиного банку даних про платників податків — юридичних осіб і фіксуються в журналі за формою № 2-ОПП.

Після взяття платника податків на облік, орган державної податкової служби ставить на першому примірнику, змінах та доповненнях до статуту платника податків відмітку про взяття його на облік за підписом відповідальної особи і видає йому довідку про взяття на облік платника податків за формою № 4-ОПП (Додаток 8).

Довідка про взяття на облік платника податків за формою N 4-ОПП є єдиним документом, який підтверджує взяття платника податків на облік у органі державної податкової служби. Довідка видається протягом двох робочих днів після надходження звернення від платника податків. Про її видачу робиться запис у журналі реєстрації довідок про взяття на облік платників податків за формою N 14-ОПП, а відповідний запит зберігається в реєстраційній частині облікової справи платника податків.

Довідка про взяття на облік платника податків за формою № 4-ОПП має дві основні функції [28]:

1. *Податкова функція* — оригінал довідки за формою № 4-ОПП є офіційним підтвердженням того, що юридична особа стала на податковий облік.

2. *Банківська функція* — копія довідки за формою № 4-ОПП є необхідним документом для відкриття поточного рахунку у банківській установі.

Платник податків зобов'язаний протягом трьох робочих днів з дня відкриття поточного рахунку в банку (включаючи день операції) особисто подати або надіслати поштою (з повідомленням про вручення) на адресу органу державної податкової

служби, в якому він перебуває на обліку. Повідомлення про відкриття рахунка в банку повинні зберігатися в особовій справі платника податку.

Підрозділи податкової адміністрації з обліку платників податків — юридичних осіб вносять інформацію про відкриття рахунків платників податків до районного рівня Єдиного банку даних про платників податків — юридичних осіб. Ці підрозділи після взяття на облік платника податків формують його облікову справу (реєстраційну частину) з переліків документів, визначених визначених у відповідних Наказах Державної податкової Адміністрації України. Справа зберігається до ліквідації платника податків або зняття його з обліку в одному органі державної податкової служби і взяття на облік в іншому (у випадку зміни місцезнаходження платника податків або зі зміною адміністративного району) у підрозділі обліку юридичних осіб.

Порядок подання податковим органам Повідомлення про відкриття рахунків в установах банків, затверджено Наказом Державної податкової адміністрації України за № 306 від 01.08.2001 із змінами, внесеними згідно з Наказом Державної податкової Адміністрації України за N 149 від 03.04.2002.

7.1.2. Реєстрація фізичної особи — суб’єкта підприємницької діяльності з провадження господарської діяльності з медичної практики (без наймання робочої сили)

Медична практика може впроваджуватись у вигляді індивідуального підприємництва, яке засноване на приватній власності лікаря і винятково на його праці. Такий заклад охорони здоров’я є суб’єктом господарської діяльності із правами фізичної особи.

При державній реєстрації фізичної особи — суб’єкта підприємницької діяльності без наймання робочої сили потрібно послідовно дотримуватись схеми, наданої в табл. 7.3. та 7.4.

Таблиця 7.3

ПІДГОТОВЧА РОБОТА З РЕЄСТРАЦІЇ СУБ’ЄКТА ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ (БЕЗ НАЙМАННЯ РОБОЧОЇ СИЛИ)

Етап 1

№	Етап	Заходи, необхідно провести	Вихідна документація
1	Рішення щодо провадження господарської діяльності	1.1. Вибір виду медичної практики. 1.2. Підготовка бізнес-плану	Бізнес-план
2	Проведення підготовчої роботи	2.1. Отримання та заповнення реєстраційної картки на проведення державної реєстрації фізичної особи в держадміністрації. 2.2. Вибір банку і попередні переговори щодо відкриття рахунка. 2.3. Внесення реєстраційного збору за проведення державної реєстрації фізичної особи-підприємця.	Бланки реєстраційних карток. Бланки заяв банківських карток. Документ, що підтверджує внесення реєстраційного збору

**ОРГАНІЗАЦІЙНА РОБОТА СУБ'ЄКТА ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
З ПРОВАНДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ
(БЕЗ НАЙМАННЯ РОБОЧОЇ СИЛИ)**

Етап 2

№	Проведений захід	Документи, які необхідно представити	Вихідна документація
1	Державна реєстрація фізичної особи-підприємця	1.1. Заповнена реєстраційна картка на проведення державної реєстрації фізичної особи-підприємця. 1.2. Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів. 1.3. Документ, що підтверджує внесення реєстраційного збору за проведення державної реєстрації фізичної особи-підприємця*. Паспорт	Свідоцтво про державну реєстрацію
2	Взяття фізичної особи на облік в: — органах статистики; — Пенсійному фонді України; — фондах соціального страхування; — державній податковій службі	Передача відомостей про державну реєстрацію фізичної особи проводиться державним реєстратором за принципом єдиного вікна, без подання додаткової документації з боку підприємця	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком (надсилаються з кожного фонду по пошті). Довідка (форма №4-ОПП) про взяття на облік платника податків (надсилається по пошті або видається державним реєстратором)
3	Добровільна реєстрація підприємця у фонді тимчасової втрати працездатності	3.1. Заява за встановленим зразком. 3.2. Завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію. 3.3. Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком
4	Добровільна реєстрація підприємця у фонді соціального страхування від нещасних випадків на виробництві	4.1. Заява за встановленим зразком. 4.2. Завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію або Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів	Страхове свідоцтво (видається протягом 10 днів після реєстрації)
5	Фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття	5.1. Заява за встановленим зразком. 5.2. Завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію. 5.3. Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів	Повідомлення про реєстрацію видається безпосередньо після проведення реєстрації

№	Проведений захід	Документи, які необхідно представити	Вихідна документація
6	Одержання дозволу на виготовлення печатки в районному відділі внутрішніх справ	6.1. Заява з проханням про дозвіл на виготовлення печатки. 6.2. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію. 6.3. Зразки печаток і штампів, затверджені СПД. 6.4. Документ про внесення плати за дозвіл на виготовлення печаток і штампів	Дозвіл на виготовлення печаток та штампів. Штамп про видачу дозволу на оригіналі свідоцтва про держреєстрацію
7	Виготовлення печаток і штампів	7.1. Дозвіл районного відділу внутрішніх справ на виготовлення печаток і штампів. 7.2. Зразки печаток і штампів, затверджені СПД	Штамп на документі про дозвіл на виготовлення печаток і штампів щодо їх виготовлення
8	Відкриття рахунка в банку	8.1. Заява на відкриття поточного рахунка** (Додаток 10.3). 8.2. Копія свідоцтва про державну реєстрацію фізичної особи завірена нотаріально. 8.3. Копія документа, що підтверджує взяття фізичної особи на облік в органі державної податкової служби (форма № 4-ОПП), засвідчена органом, що видав документ, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку. 8.4. Картка зі зразками підписів і відбитка печатки (Додаток 10.2), засвідчена нотаріально	Договір з банківською установою про обслуговування
9	Повідомлення податкової адміністрації про відкриття банківського рахунка	Письмове повідомлення про відкриття банківського рахунка (можна надіслати поштою)	Документ зберігається в особовій справі платника податку

* За проведення державної реєстрації фізичної особи справляється реєстраційний збір у розмірі двох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

** Інформацію про те, що лікар займається індивідуальною медичною практикою і не використовує найману працю, не є платником страхових внесків, клієнт обов'язково зазначає в заяві про відкриття поточного рахунка в рядку «Додаткова інформація».

7.1.3. Реєстрація фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності з провадження господарської діяльності з медичної практики (з найманням робочої сили)

Медична практика може проваджуватись у вигляді індивідуального підприємництва, яке засноване на приватній власності лікаря з правом наймання робочої сили. Такий заклад охорони здоров'я може бути суб'єктом господарської діяльності із правами фізичної особи.

При державній реєстрації фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності з правом наймання робочої сили потрібно послідовно дотримуватись схеми, наведеної в табл. 7.5. та 7.6.

Таблиця 7.5

ПІДГОТОВЧА РОБОТА З РЕЄСТРАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ ЯК СУБ'ЄКТУ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ПРАВОМ НАЙМАННЯ РОБОЧОЇ СИЛИ

Етап 1

№	Етап	Заходи, необхідно провести	Вихідна документація
1	Рішення щодо провадження господарської діяльності	Вибір виду медичної практики. Підготовка бізнес-плану	Бізнес-план
2	Проведення підготовчої роботи	2.1. Отримання та заповнення реєстраційної картки на проведення державної реєстрації фізичної особи в держадміністрації	Бланки реєстраційних карток
		2.2. Вибір банку і попередні переговори щодо відкриття рахунка	Бланки заяв банківських карток
		2.3. Внесення реєстраційного збору за проведення державної реєстрації фізичної особи-підприємця.	Документ, що підтверджує внесення реєстраційного збору

Таблиця 7.6

ОРГАНІЗАЦІЙНА РОБОТА З РЕЄСТРАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ ЯК СУБ'ЄКТУ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З ПРАВОМ НАЙМАННЯ РОБОЧОЇ СИЛИ

Етап 2

№	Проведений захід	Документи, які необхідно представити	Вихідна документація
1	Державна реєстрація фізичної особи-підприємця	1.1. Заповнена реєстраційна картка на проведення державної реєстрації фізичної особи — підприємця. 1.2. Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів. 1.3. Документ, що підтверджує внесення реєстраційного збору за проведення державної реєстрації фізичної особи — підприємця*. 1.4. Паспорт	Свідоцтво про державну реєстрацію
2	Взяття фізичної особи на облік в: — органах статистики; — Пенсійному фонді України; — фондах соціального страхування; — державній податковій службі	Передача відомостей про державну реєстрацію фізичної особи проводиться державним реєстратором за принципом єдиного вікна, без подання додаткової документації з боку підприємця	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком (надсилаються з кожного фонду поштою) Довідка (форма №4-ОПП) про взяття на облік платника податків (надсилається поштою або видається державним реєстратором)

№	Проведений захід	Документи, які необхідно представити	Вихідна документація
3	Одержання дозволу на виготовлення печатки в районному відділі внутрішніх справ	3.1. Заява з проханням про дозвіл на виготовлення печатки. 3.2. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію. 3.3. Зразки печаток і штампів, затверджені СПД. 3.4. Документ про внесення плати за дозвіл на виготовлення печаток і штампів	Дозвіл на виготовлення печаток та штампів. Штамп про видачу дозволу на оригінали свідоцтва про держреєстрацію
4	Виготовлення печаток і штампів.	4.1. Дозвіл районного відділу внутрішніх справ на виготовлення печаток і штампів. 4.2. Зразки печаток і штампів, затверджені СПД	Штамп на документі про дозвіл на виготовлення печаток і штампів щодо їх виготовлення
5	Відкриття рахунка в банку	5.1. Заява на відкриття поточного рахунка (Додаток 10.3). 5.2. Копія свідоцтва про державну реєстрацію фізичної особи, завірена нотаріально. 5.3 Копія документа, що підтверджує взяття фізичної особи на облік в органі державної податкової служби (форма № 4-ОПП), засвідчену органом, що видав документ, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку. 5.4 Картку із зразками підписів і відбитка печатки (Додаток 10.2), засвідчені нотаріально	Договір з банківською установою про обслуговування
6	Повідомлення податкової адміністрації про відкриття банківського рахунка	Письмове повідомлення про відкриття банківського рахунка (можна надіслати поштою)	Документ зберігається в особовій справі платника податку
7	Реєстрація трудового договору з найманим працівником в центрі зайня-тості**	7.1. Заява за встановленим зразком. 7.2. Копія свідоцтва про державну реєстрацію СПД. 7.3. Копія Довідки про включення до Єдиного Державного реєстру підприємств та організацій України	Повідомлення про реєстрацію платника страхових внесків
8	Реєстрація у фондї тимчасової втрати працездатності	Реєстрація проводиться автоматично за принципом єдиного вікна, без подання додаткової документації з боку підприємця. Інформація у фонд надається Центром зайнятості після реєстрації першого трудового договору	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком
9	Реєстрація у фондї соціального страхування від нещасних випадків на виробництві	Реєстрація проводиться автоматично за принципом єдиного вікна, без подання додаткової документації з боку підприємця. Інформація у фонд надається Центром зайнятості після реєстрації першого трудового договору	Страхове свідоцтво вВидається протягом 10-ти днів після реєстрації). Повідомлення про відношення підприємця до класу професійного ризику щодо розміру страхового тарифу, про розрахунок розміру страхового внеску

№	Проведений захід	Документи, які необхідно представити	Вихідна документація
10	Фонд загально-обов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття	Реєстрація проводиться автоматично за за принципом єдиного вікна, без подання додаткової документації з боку підприємця. Інформація у фонд надається Центром зайнятості після реєстрації першого трудового договору	Повідомлення про реєстрацію видається безпосередньо після проведення реєстрації (надсилається по пошті)

* За проведення державної реєстрації фізичної особи справляється реєстраційний збір у розмірі двох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

** Трудовий договір з найманим працівником має бути зареєстрованим у центрі зайнятості за місцем проживання протягом 10-ти днів, з часу його укладання. Після цього СПД вважається платником страхових внесків до Фонду.

7.2. Ліцензування діяльності з медичної практики, виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами

Для здійснення певних видів господарської діяльності суб'єкти підприємницької діяльності мають отримати спеціальний дозвіл — ліцензію.

Ліцензія — документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на провадження зазначеного в ньому виду господарської діяльності протягом визначеного строку за умови виконання ліцензійних умов. Ліцензія є єдиним документом дозвільного характеру, який дає право на зайняття певним видом господарської діяльності, що, відповідно до законодавства, підлягає обмеженню.

В Україні діє Закон «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», прийнятий Верховною Радою 01.06.2000 р. Закон визначає види господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, порядок їх ліцензування, встановлює державний контроль у сфері ліцензування, відповідальність суб'єктів господарювання та органів ліцензування за порушення законодавства у сфері ліцензування.

Відповідно до цього Закону, ліцензуванню підлягають:

- виробництво лікарських засобів;
- оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами;
- медична практика.

Суб'єкти підприємницької діяльності мають проводити господарську діяльність за обраним видом дотримуючись ліцензійних умов.

Ліцензійні умови — установлений з урахуванням вимог законів вичерпний перелік організаційних, кваліфікаційних та інших спеціальних вимог, обов'язкових для виконання при провадженні видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню. Ліцензійні умови та порядок контролю за їх дотриманням затверджується спільним наказом спеціально уповноваженого органу з питань ліцензування та органа ліцензування. Розпорядження спеціально уповноваженого органу з питань ліцензування, прийняті у межах його компетенції, є обов'язковими до виконання органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, юридичними особами всіх форм власності, а також фізичними особами — суб'єктами підприємницької діяльності.

Орган ліцензування відповідає за:

- забезпечення виконання законодавства у сфері ліцензування;

• затвердження спільно зі спеціально уповноваженим органом з питань ліцензування ліцензійні умови провадження певного виду господарської діяльності та порядок контролю за їх додержанням;

• видачу та переоформлення ліцензій, видачу дублікатів ліцензій на певний вид господарської діяльності, прийняття рішення про визнання ліцензій недійсними;

• здійснення у межах своєї компетенції контролю за додержанням ліцензіатами ліцензійних умов;

• видачу розпоряджень про усунення порушень ліцензійних умов;

• анулювання ліцензій на певний вид господарської діяльності;

• формування і ведення ліцензійного реєстру.

Ліцензія видається органами ліцензування, перелік яких встановлений Постановою кабінету міністрів України «Про затвердження переліку органів ліцензування» від 14.11.2000 р. за № 1698. Органи ліцензування для різних видів господарської діяльності, пов'язаної з охороною здоров'я представлені в табл. 7.7.

Таблиця 7.7

ОРГАНИ ЛІЦЕНЗУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Орган ліцензування	Вид господарської діяльності
Міністерство охорони здоров'я	Проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт. Медицина практика. Переробка донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів
Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення	Виробництво лікарських засобів. Оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами і виробів медичного розроблення. Виробництво, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилання, ввезення, вивезення, відпуск. Знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів

До процесу ліцензування відносять видачу, переоформлення та анулювання ліцензій, видачу дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ та ліцензійних реєстрів, контроль за додержанням ліцензіатами ліцензійних умов, видачу розпоряджень щодо усунення порушень ліцензійних умов, а також розпоряджень про усунення порушень законодавства у сфері ліцензування.

7.2.1. Ліцензування господарської діяльності з провадження медичної практики

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики

Медицина практика — це діяльність, пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту.

Відповідно до статей 16—17, 33 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», медична допомога може надаватися в медичних закладах і за допомогою індивідуального підприємництва, тому об'єктом ліцензування є як юридичні, так і фізичні особи, зареєстровані на Україні як суб'єкти підприємницької діяльності.

З іншого боку, згідно з чинним законодавством, медична практика може проводитись за наявності ліцензії. Ліцензія на здійснення медичної практики — це документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на провадження зазначеного в ньому виду діяльності з медичної практики протягом визначеного строку та за умови виконання ним ліцензійних умов.

Ліцензування є не тільки способом одержання дозволу на певний вид медичної діяльності, а й проведення державного контролю за якістю надання медичних послуг. На Міністерство охорони здоров'я України накладаються певні обов'язки за умови надання повноважень органу ліцензування господарської діяльності з впровадження медичної практики (рис. 7.1).

Ліцензування медичної діяльності проводиться за таких ситуацій:

- заснування нового медичного закладу;
- реєстрація медичних закладів колективної й приватної форми власності;
- змін організаційно-правової форми суб'єкта ліцензування;
- змін форми власності;
- змін назви закладу;
- закінчення терміну дії ліцензії (для її продовження);
- зміна (уведення нового) виду медичної діяльності.

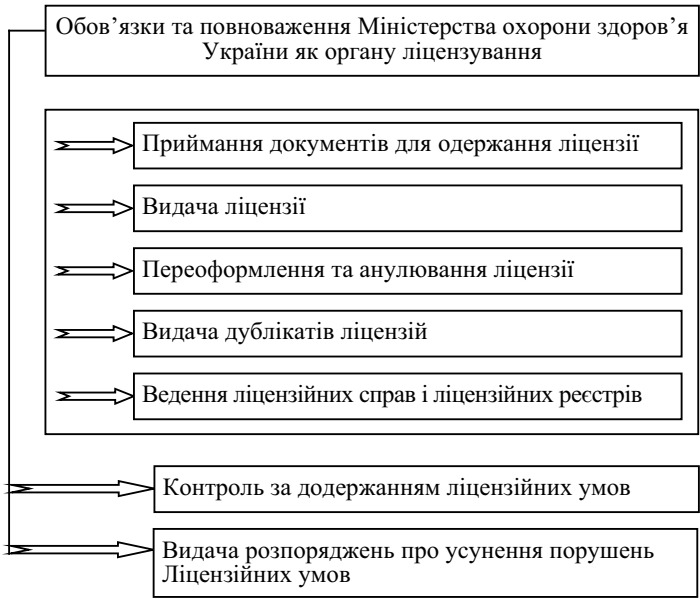


Рис. 7.1. Обов'язки та повноваження Міністерства охорони здоров'я України як органу ліцензування господарської діяльності з впровадження медичної практики

За законодавством України термін дії ліцензії складає три роки. При здійсненні господарської діяльності з медичної практики ліцензіат повинен дотримуватися нормативно-правової бази, викладеної в таких документах:

А. Законів України:

1. Господарчий кодекс України.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
3. Закон України «Про господарські товариства».
4. Закон України «Про підприємництво».
5. Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності».
6. Закон України «Про захист прав споживачів».
7. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення».
8. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб».
9. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунно-дефіциту (СНІД) та соціальний захист населення».
10. Закон України «Про лікарські засоби».
11. Закон України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів».
12. Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними».
13. Закон України «Про психіатричну допомогу».
14. Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині».

Б. *Постанови Кабінету Міністрів України* від 15.07.97 N 765 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я».

В. *Наказів Міністерства охорони здоров'я України* щодо організації та надання медико-санітарної допомоги населенню.

Медична практика має здійснюватися суб'єктами господарювання на підставі ліцензії на певний вид медичної практики. Види ліцензійних вимог до господарської діяльності з впровадження медичної практики представлено на рис.7.2.

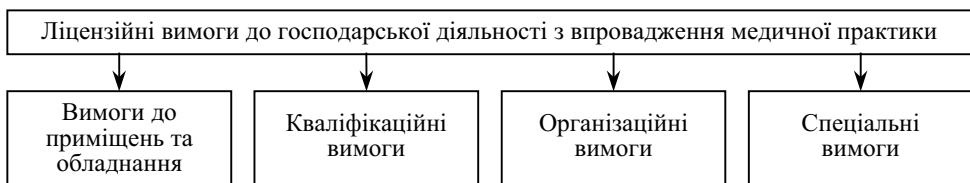


Рис. 7.2. Види ліцензійних вимог до господарської діяльності з впровадження медичної практики

Вимоги до приміщень та обладнання при впровадженні медичної практики

Проведення господарської діяльності закладами охорони здоров'я може здійснюватися за наявності:

1. Приміщень, які відповідають санітарним нормам та правилам. Відповідність приміщень до цих правил засвідчується висновком закладу державної санітарно-епідеміологічної служби за місцем проведення медичної практики.

2. Наявність приладів, обладнання. Медичні заклади, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики мають мати оснащення відповідно до Табелю оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбу-

латорно-поліклінічних закладів, стаціонарних відділень лікарень, який затверджується МОЗ України. Засоби вимірювальної техніки повинні бути метрологічно повірені.

Кваліфікаційні вимоги до впровадження медичної практики

Згідно зі статтею 74 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», медичною практикою можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Такі вимоги встановлені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.12.97 за N 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів» та в Переліку вищих навчальних закладів першого — четвертого рівнів акредитації, який затверджується Міністерством охорони здоров'я України.

Відповідність спеціальним освітнім та кваліфікаційним вимогам має засвідчуватися такими документами:

- 1) дипломом державного зразка про медичну освіту;
- 2) сертифікатом лікаря-спеціаліста, виданим вищими медичними навчальними закладами, закладами післядипломної освіти III—IV рівнів акредитації;
- 3) посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії за спеціальністю;
- 4) свідоцтвом про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних та фармацевтичних працівників, виданим вищими медичними навчальними закладами (закладами післядипломної освіти) I—III рівнів акредитації;
- 5) документом, що підтверджує стаж роботи за спеціальністю на момент подачі заяви. Таким документом може бути копія трудової книжки з наявністю даних за останні п'ять років.

Додаткові кваліфікаційні вимоги:

- 6) особи без спеціальної освіти, які хочуть отримати ліцензію на медичну практику в галузі народної та нетрадиційної медицини, повинні відповідати кваліфікаційним вимогам, що встановлені наказом МОЗ України від 10.08.2000 N 195 «Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини»;
- 7) лікарі, які не працюють понад три роки за конкретною лікарською спеціальністю, допускаються до медичної практики після проходження стажування відповідно до наказу МОЗ України від 17.03.93 № 48 «Про порядок направлення на стажування лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності»;
- 8) фахівці, які пройшли медичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн, допускаються до професійної діяльності в Україні після перевірки їхньої кваліфікації. В Україні наказом Міністерства охорони здоров'я затверджено «Порядок допуску до медичної і фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн».

Організаційні вимоги до впровадження медичної практики

Суб'єкти господарювання, що здійснюють медичну практику, повинні:

- дотримуватися діючих санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм, правил і нормативів, правил асептики і антисептики;

• виконувати вимоги експлуатації та застосування виробів медичної призначення, матеріалів відповідно до інструкцій із застосування та технічних паспортів;

• дотримуватися вимог щодо ведення медичної документації за формами державної статистичної звітності. Такі форми затверджені наказом МОЗ та Держкомстату від 31.07.2000 за № 256/184 «Про затвердження форм державної статистичної звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їх заповнень». Кожний лікувально-профілактичний заклад, незалежно від організаційно-правової форми, має надавати звіти до територіальних органів медичної статистики та обласних центрів медичної статистики в установлені терміни;

• надавати першу невідкладну медичну допомогу хворим, які знаходяться в критичному для життя стані, а також при нещасному випадку та гострих захворюваннях;

• дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю, крім випадків, передбачених законодавчими актами.

Медична практика ліцензіатами має здійснюватися за спеціальностями, які зазначаються в ліцензії відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей та відповідно до обсягів, визначених кваліфікаційними характеристиками, які затверджує МОЗ України.

При проведенні медичної практики видача рецептів для отримання пацієнтами медикаментів і виробів медичного здійснюються відповідно до Правил виписування рецептів на лікарські засоби та виробу медичного призначення, затверджених наказом МОЗ України від 30.06.94 № 117.

Суб'єкти господарської діяльності при здійсненні медичної практики повинні дотримуватися вимог Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок:

♦ інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків;

♦ настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції. Порядок такого страхування затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 16.10.98 № 1642.

Перелік організаційних заходів з ліцензування медичної практики на правах юридичної особи наведено в табл. 7.8.

Таблиця 7.8

**ОРГАНІЗАЦІЙНА РОБОТА З ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ
(НА ПРАВАХ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ)**

Проведений захід	Надані документи
1. Подача документів щодо ліцензування медичної практики в Міністерство охорони здоров'я України*	1.1. Заява. 1.2. Нотаріально завірена копія Статуту. 1.3. Нотаріально завірена копія Установчої угоди (або рішення власника про створення лікувального закладу)
	1.4. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності із зазначенням ідентифікаційного коду. 1.5. Документи про відповідність керівника медичного закладу кваліфікаційним вимогам:

* Розгляд заяв суб'єктів підприємницької діяльності проводиться в ліцензійній комісії Міністерства охорони здоров'я України, під головуванням заступника міністра.

Рішення про видачу ліцензії приймається за умов:

1. Відсутності зауважень до представлених документів.

2. Правової і спеціальної експертизи.

Рішення про видачу ліцензії має бути прийняте в термін, що не перевищує 30 днів із дня подачі заяви та супровідних документів.

Проведений захід	Надані документи
	1.5.1. Диплом про медичну освіту: • ВНЗ України III—IV рівня акредитації*; • ВНЗ СРСР. 1.5.2. Посвідчення (довідка) про підвищення кваліфікації за останні 5 років, видане державними ВНЗ, закладами підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів. 1.5.3. Посвідчення про присвоєння (підвищенні) відповідної кваліфікаційної категорії. 1.5.4. Сертифікат про присвоєння звання лікаря-спеціаліста. 1.6. За наявності самостійно функціонуючих структурних підрозділів додаються документи, що свідчать про їхню наявність і їхні реквізити. 1.7. Згода місцевого органу державної влади на створення медичного закладу. 1.8. Згода обласного (міського) управління охорони здоров'я при держадміністрації на одержання ліцензії на медичну практику. 1.9. Документ про переведення Міністерству охорони здоров'я України коштів за видачу ліцензії
2. Одержання ліцензії. У ліцензії повиннен бути зазначений орган, що її видав, найменування закладу охорони здоров'я, його адреса, ідентифікаційний код, вид діяльності, на який видана ліцензія, особливі умови, дата видачі, номер, термін дії ліцензії. Ліцензія підписується головою ліцензійної комісії або його заступником і скріплюється печаткою Міністерства охорони здоров'я України. Ліцензія повинна бути зареєстрована в книзі обліку ліцензій Міністерства охорони здоров'я України. Ліцензія видається представникові закладу. Ліцензія може бути отримана і поштою, однак такий випадок необхідно обмовити в заяві	2.1. Доручення на одержання ліцензії. 2.2. Документи, що засвідчують особи

Перелік організаційних заходів з ліцензування медичної практики на правах фізичної особи наведено в табл. 7.9.

* Особи, що одержали вищу медичну освіту в навчальних закладах іноземних держав, можуть бути допущені до медичної підприємницької діяльності, після перевірки їхньої кваліфікації в установленому порядку, згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України за № 118-з від 19.08.1994 р. «Про порядок допуску до медичної і фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах закордонних країн».

**ОРГАНІЗАЦІЙНА РОБОТА З ЛІЦЕНЗУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ
(НА ПРАВАХ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ)**

Проведений захід	Документи, що представляються
1. Подача документів на ліцензування в Міністерство охорони здоров'я України	1.1. Заява. 1.2. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності з указівкою ідентифікаційного коду. 1.3. Копії документів, що свідчать про рівень освіти і кваліфікації підприємця: 1.3.1. Диплом про медичну освіту виданий: • ВНЗ України III—IV рівнів акредитації; • ВНЗ ЄСРП; 1.3.2. Посвідчення (довідка) про підвищення кваліфікації за останні 5 років, видане державними ВНЗ, закладами підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів або іншими організаціями, що мають право видавати відповідні документи державного зразка. 1.4. Посвідчення про присвоєння (підвищення) відповідної кваліфікаційної категорії. 1.5. Сертифікат про присвоєння звання лікаря-спеціаліста. 1.6. Дозвіл місцевого органу охорони здоров'я на одержання ліцензії. 1.7. Копія трудової книжки підприємця, завірена за місцем роботи або нотаріально. 1.8. Документ про переведення Міністерству охорони здоров'я України коштів за видачу ліцензії
2. Одержання ліцензії. У ліцензії має бути зазначений орган, що її видав, найменування закладу, його адреса, ідентифікаційний код, вид діяльності, на який видана ліцензія, особливі умови, дата видачі, номер, термін дії ліцензії. Ліцензія підписується головою ліцензійної комісії або його заступником і скріплюється печаткою МОЗ України. Ліцензія повинна бути зареєстрована в книзі обліку ліцензій МОЗ України. Ліцензія видається підприємцю. Ліцензія може бути отримана і поштою	Документ, який засвідчує особу

**Державний контроль за дотриманням умов
і правил підприємницької діяльності
з впровадження медичної практики**

Згідно зі статтею 22 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за дотриманням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв і вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього

го природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Суб'єктами контролю і нагляду за дотриманням умов і правил підприємницької діяльності з провадження медичної практики виступають:

- Міністерство охорони здоров'я України;
- Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим;
- управління охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій;
- Ліцензійна палата при Міністерстві економіки України;
- інші уповноважені органи й установи.

Об'єктами контролю та нагляду за дотриманням умов і правил підприємницької діяльності з провадження медичної практики виступають:

- заклади охорони здоров'я різних організаційно-правових форм, які проваджують господарську діяльність з медичної практики на правах юридичної особи;
- фізичні особи, що займаються господарською діяльністю з медичної практики на правах фізичної особи;
- параметри діяльності закладів, що проваджують господарську діяльність з медичної практики;
- ліцензійні умови та правила провадження господарської діяльності з медичної практики.

Завдання адміністративного контролю за дотриманням умов господарської діяльності з провадження медичної практики наведено на рис. 7.3.

ПІДПРИЄМЕЦЬ ЗОБОВ'ЯЗАНИЙ ЗАБЕЗПЕЧИТИ НАЛЕЖНІ УМОВИ ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ УМОВ ЛІЦЕНЗУВАННЯ ТІЛЬКИ ЗА УМОВИ НАЯВНОСТІ В ПЕРЕВІРЯЮЧОГО ВІДПОВІДНИХ ДОКУМЕНТІВ-ЗАВДАНЬ НА ПРОВЕДЕННЯ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ

Перевірка має проводитися тільки в присутності власника, керівника медичного закладу або його представника.

Варто мати на увазі, що перевірка дотримання умов і правил провадження господарської діяльності з медичної практики проводиться за розпорядженням Міністерства охорони здоров'я України, органів виконавчої влади або за їх дорученням іншими органами.

За результатами перевірки дотримання суб'єктами підприємницької діяльності умов і правил здійснення медичної практики оформляється відповідний акт, у якому повинні бути зазначені такі пункти: дата складання акта; назва і місце реєстрації медичного закладу, який перевіряють; номер і дата видачі ліцензії; склад комісії; прізвище керівника установи й осіб, які були присутніми при перевірці.

В акті повинні бути зафіксовані виявлені порушення в діяльності медичного закладу з посиланням на законодавчі акти і нормативні документи. Наприкінці акта вказуються конкретні рекомендації із усунення порушень і недоліків, визначається термін їхньої ліквідації. Акти перевірки мають бути підписані членами комісії і керівником (його представником) медичного закладу.

Один екземпляр акта перевірки має залишатися в медичному закладі, який перевіряють. Якщо медичний заклад має кілька самостійних підрозділів, то перевіряється кожний з підрозділів, складаються проміжні акти перевірки структурного підрозділу, після чого складається один зведений акт.

У випадку виявлення істотних порушень за вищевикладеним переліком, акт протягом 10 днів має бути направлений у Ліцензійну палату Міністерства охорони

здоров'я України для ухвалення рішення про зупинення або анулювання дії ліцензії на право провадження медичної практики.

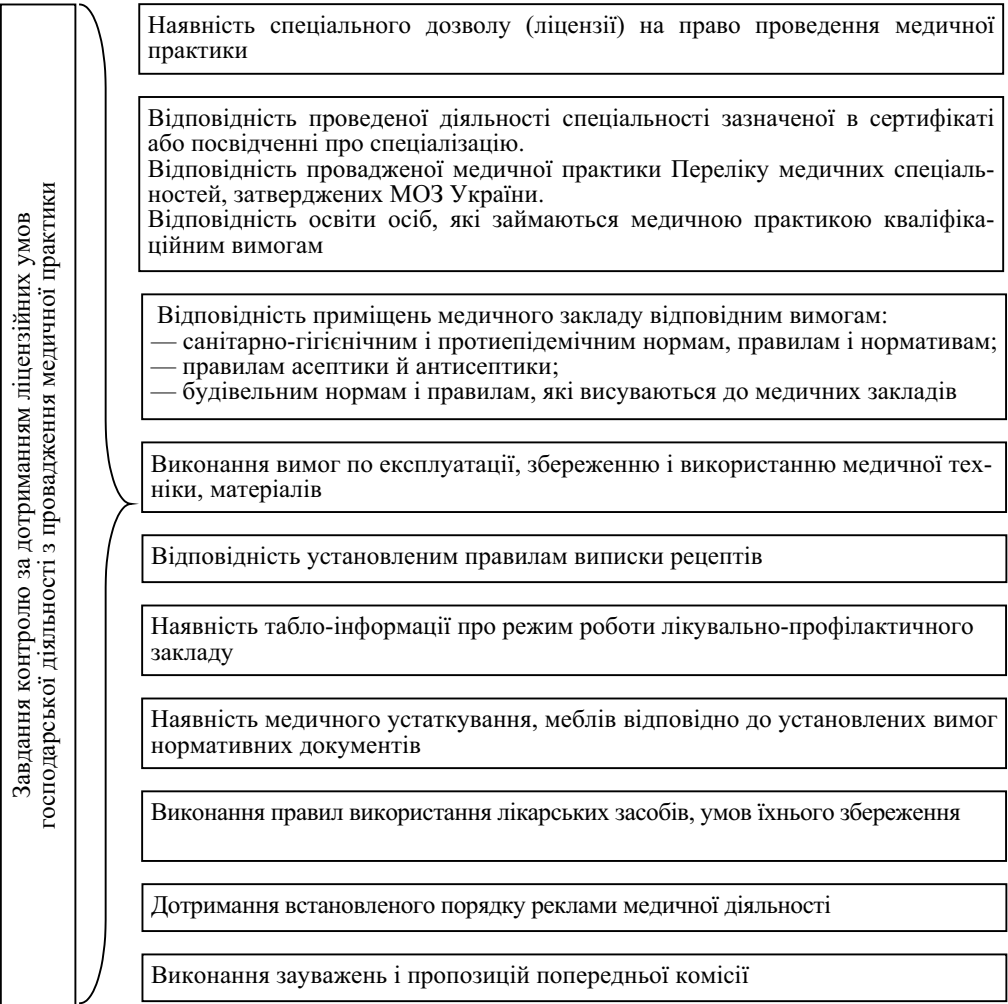


Рис. 7.3. Завдання контролю за дотриманням ліцензійних умов господарської діяльності з провадження медичної практики

Контроль за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики відноситься до адміністративного (службового) контролю безпосередньо до державного відомчого контролю за якістю надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Як і будь-який інший вид контролю, він, насамперед, має профілактичне значення і виконує важливу захисну функцію.

Вимоги до державного контролю за якістю надання медичних послуг:

- *постійність* — контроль має здійснюватися постійно, з певними інтервалами часу (як правило, не частіше одного разу на рік);

- *оперативність* — контроль має здійснюватися своєчасно або з деяким випередженням;
- *об'єктивність* — висновки контролерів мають бути аргументованими, будуватися на достовірних фактах діяльності медичного закладу;
- *масовість* — контроль має поширюватись на всі лікувально-профілактичні заклади, незалежно від виду медичної практики;
- *дієвість* — за результатами перевірок мають вживатися заходи, спрямовані на ліквідацію виявлених недоліків з проведення господарської діяльності із провадження медичної практики;
- *плановість* контролю допомагає: уникнути зайвого контролю; не залучати великі кількості спеціалістів; позбутися ситуації, коли деякі медичні заклади або види медичної практики залишаються безконтрольними.

Щоб **забезпечити ефективність державного контролю** за медичною практикою необхідно:

1. Забезпечення двобічного спілкування між працівниками органу контролю (міського або обласного управління охорони здоров'я при держадміністрації) та особами, діяльність яких контролюється (головним лікарем, власником закладу).
2. Уникати надто прискіпливого контролю за діяльністю медичного закладу, коли увага керівників закладу повністю переключасться на перевіряючі органи, а не на потреби пацієнта.
3. Впроваджувати інформаційно-управлінську систему контролю.
4. Використовувати інформацію, яка надійшла в органи державного управління за результатами контролю, для прийняття управлінських рішень із охорони громадського здоров'я.

7.2.2. Ліцензування господарської діяльності з виробництва, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами

Державний контроль за провадженням господарської діяльності з виробництва, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами проводиться на основні базового документа — Наказу Державного Комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва та Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами».

Дія цього Наказу поширюється на всіх суб'єктів господарювання — незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, а також на фізичних осіб — суб'єктів підприємницької діяльності, які здійснюють діяльність у галузі.

Ліцензуванню підлягають:

- виробництво лікарських засобів;
- оптова торгівля лікарськими засобами;
- роздрібна торгівля лікарськими засобами.

Ліцензування проводиться Державним департаментом з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення. До сфер діяльності Держдепартаменту відносяться:

- приймання документів, що подаються для одержання ліцензії;
- видача, переоформлення й анулювання ліцензій;

- видача дублікатів ліцензій;
- ведення ліцензійних справ і ліцензійних реєстрів;
- контроль за дотриманням ліцензіатами ліцензійних умов;
- видача розпоряджень про усунення порушень ліцензійних умов.

Для одержання ліцензії суб'єкт господарювання подає до Державного департаменту з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення заяву та документи, аналогічні документам, які зазначені в параграфі 7.2.1.

Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення приймає рішення про видачу ліцензії або про відмову в її видачі у строк, не пізніше ніж десять робочих днів з дати надходження заяви та документів. Позитивне рішення про видачу ліцензії приймається на підставі висновку про відповідність вимогам до фармацевтичної діяльності, розглядається відповідність:

- матеріально-технічної;
- нормативно-правової бази;
- кваліфікації персоналу суб'єкта господарської діяльності.

Ліцензування є однією з форм державного контролю за провадженням господарської діяльності з:

- виробництва лікарських засобів;
- оптової торгівлі лікарськими засобами;
- роздрібної торгівлі лікарськими засобами та товарами медичного призначення.

В основу державного контролю покладено ряд **вимог до провадження господарської діяльності**:

- забороняється торгівля лікарськими засобами: неякісними; термін придатності яких минув; за відсутності сертифікату якості, що видається виробником;
- заборонена торгівля лікарськими засобами, виготовленими аптекою з порушеннями умов виробництва;
- торгівля лікарськими засобами здійснюється лише через аптеки, аптечні бази (склади);
- аптека, аптечна база (склад), що функціонують з дозволу і під контролем державних органів;
- аптека, аптечна база (склад) повинні пройти державну акредитацію протягом року з дати отримання ліцензії.

Суб'єкт господарювання **повинен забезпечити**:

- відповідність матеріально-технічної бази вимогам нормативних документів щодо виробництва, зберігання, контролю якості, торгівлі лікарськими засобами;
- дотримання вимог законодавства щодо якості лікарських засобів під час виробництва, транспортування, зберігання та торгівлі;
- наявність підрозділу чи фахівця з контролю якості лікарських засобів або наявності договору з акредитованою лабораторією з аналізу якості лікарських засобів;
- наявність плану термінових дій щодо зупинення виробництва, торгівлі, вилучення із торгівлі лікарських засобів і вжиття заходів повернення продавцю (виробнику) лікарських засобів або їх знищення та утилізації;
- зберігання та надання контрольним органам для перевірок документів, що фіксують: закупівлю, виробництво, зберігання, транспортування, знищення або утилізацію лікарських засобів.

7.2.2.1. Ліцензійний контроль за проведенням господарської діяльності з виробництва лікарських засобів

До виробництва допускаються лікарські засоби після їх державної реєстрації, крім випадків, передбачених Законом України «Про лікарські засоби».

Виробництво лікарських засобів здійснюється з додержанням вимог діючої Державної Фармакопеї, інших нормативно-технічних документів, які встановлюють вимоги до:

- лікарського засобу;
- його упаковки;
- умов і термінів зберігання;
- методів контролю якості лікарського засобу.

Виробництво лікарських засобів може здійснюватись **за умови** наявності:

- ♦ технічного та технологічного регламентів виробництва лікарських засобів;
- ♦ аналітичної нормативної документації, розроблених у відповідності до нормативних документів, стандартів, діючих у медичній та мікробіологічній промисловості.

Вимоги до технічного та технологічного регламентів при виробництві лікарських засобів представлено на рис. 7.4.

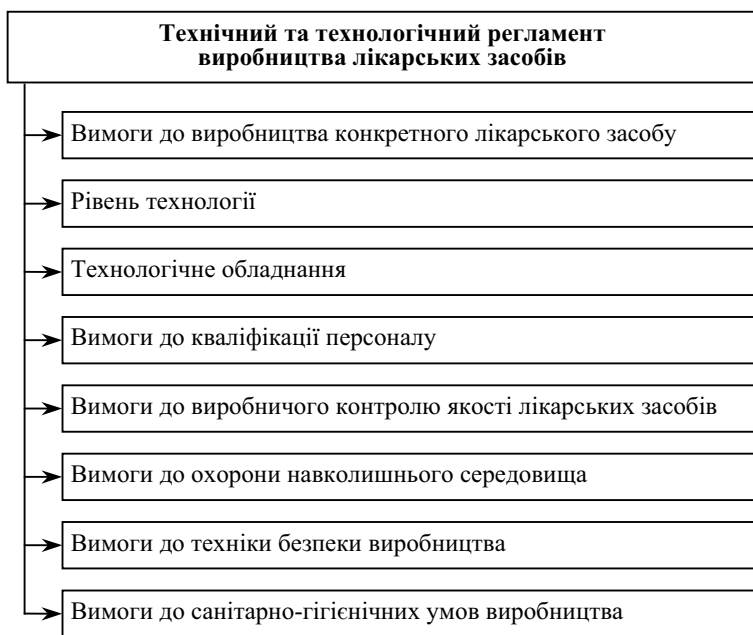


Рис. 7.4. Вимоги до технічного та технологічного регламентів при виробництві лікарських засобів

Приміщення для виробництва лікарських засобів повинні бути розміщені та впорядковані відповідно до технологічних зон представлено на рис. 7.5.

Виробничі зони — приміщення, у яких виробляються, контролюються, пакуються, етикетуються лікарські засоби.

Складські зони — приміщення для прийняття, складування та зберігання, відбору проб для контролю якості, відпуску сировини, допоміжних речовин, матеріалів та готових лікарських засобів.

Зони контролю якості — приміщення для контролю (фізико-хімічних показників та мікробіологічного, біологічного, клінічного) сировини, матеріалів, напівпродуктів, проміжного (міжопераційного) контролю виробництва та контролю якості готових лікарських засобів.

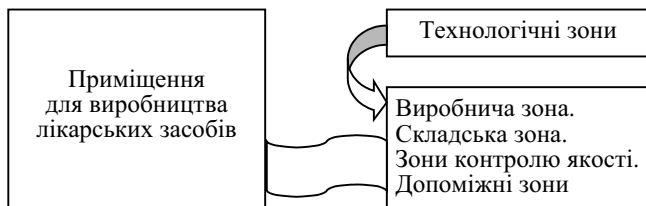


Рис. 7.5. Технологічні зони підприємств з виробництва лікарських засобів

Допоміжні зони — приміщення, необхідні для обслуговування проведення технологічного процесу, які не входять у виробничі, складські зони і зони контролю якості та відокремлені від них (майстерні, кімнати відпочинку, їдальні, умивальні, туалети, приміщення для утримання тварин).

Загальні вимоги до виробничих зон

У виробничих приміщеннях і в зоні виконання технологічних операцій у відповідності до технологічного регламенту встановлюються класи чистоти повітряного середовища за вмістом механічних часток і мікроорганізмів.

Виробничі приміщення повинні бути обладнані системою вентиляції повітря, яка забезпечує відповідний клас чистоти навколишнього середовища для виконання стадій технологічного процесу відповідно до технологічного регламенту. Для досягнення певного класу чистоти *система вентиляції повітря повинна:*

враховувати:

- розмір приміщення;
- обладнання;
- персонал, який перебуває у приміщенні;

забезпечувати:

- ◆ багатократний повітрообмін;

мати:

- відповідні фільтри.

Освітлення, температура, вологість і вентиляція повинні відповідати вимогам технологічного регламенту і не впливати ні на якість лікарського засобу під час його виробництва і зберігання, ні на точність функціонування обладнання. Розташування приміщень має відповідати послідовності виконання операцій виробничого процесу і вимогам рівня чистоти, унеможлилювати перехреснення технологічних, матеріальних та людських потоків. При цьому мають бути вжиті заходи до запобігання входу сторонніх в приміщення.

Розміщення і робота обладнання повинні здійснюватися таким чином, щоб звести до мінімуму ризик помилок, а також забезпечити ефективне очищення та експлуатацію, які дадуть змогу уникнути контамінації та будь-якого шкідливого впливу на якість лікарського засобу.

Внутрішні поверхні приміщень (стіни, підлога, стеля) повинні бути гладкими, без щілин та тріщин, легко та ефективно очищуватися і при потребі дезінфікуватися; від них не повинні відокремлюватися частинки.

Виробниче обладнання має очищуватись відповідно до затверджених керівником підприємства методик і не впливати на якість лікарського засобу.

Робочі трубопроводи, освітлювальні прилади, вентиляційне устаткування та інші системи обслуговування повинні бути розташовані таким чином, щоб не було заглиблень, що ускладнюють очищення. Обладнання та трубопроводи мають бути чітко промарковані. На підприємстві має бути основна документація щодо виробництва та контролю якості лікарських засобів, що виробляються (рис.7.6)

До виробничих реєстраційних записів відносять протоколи виробництва серій.
До документації результатів контролю якості відносять результати дослідження якості вихідної сировини, матеріалів, напівпродуктів, проміжних та нерозфасованих продуктів, готових лікарських засобів.

Загальні вимоги до складських зон

Складські зони мають бути пристосовані для забезпечення умов зберігання вихідної сировини, матеріалів, нерозфасованої, готової продукції та продукції, що перебуває в процесі контролю (карантинна зона). Вони повинні бути чистими, сухими, в них мають підтримуватися визначені в технологічному регламенті температура та вологість. Температура та вологість контролюються та реєструються в журналах.



Рис. 7.6. Основна документація підприємств з виробництва лікарських засобів

Для відбору проб вихідної сировини повинна бути відокремлена зона. Якщо відбір проб здійснюється в зоні зберігання, то він повинен проводитися таким чином, щоб запобігти контамінації та будь-якому шкідливому впливу на якість лікарського засобу.

Відбраковані, відкликані або повернені матеріали, вихідна сировина, пакувальні матеріали та готова продукція повинні зберігатися в ізольованих зонах.

Лікарські засоби та сировину потрібно зберігати у відповідності до токсикологічних груп, визначених у технологічному регламенті, та з урахуванням фізико-хімічних властивостей.

Загальні вимоги до зон контролю якості

Лабораторії з контролю за якістю лікарських засобів повинні мати місця для зберігання зразків і протоколів та відокремлюватись від виробничих зон. Прилади, обладнання та апарати, які є в лабораторії, повинні мати технічні паспорти, а також підлягати своєчасному технічному обслуговуванню та перевірці. Вимоги до засобів вимірювання представлено на рис. 7.7.

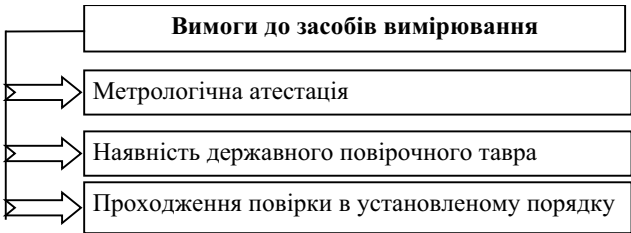


Рис. 7.7. Загальні вимоги до засобів вимірювання при виробництві лікарських засобів

Загальні вимоги до допоміжних зон

До допоміжних зон відносяться кімнати відпочинку та їдальні, які мають бути відокремлені від інших зон. Гардеробні, умивальні (душові) та туалети повинні бути доступні і за кількістю відповідати вимогам норм до санітарно-технічного обладнання. Туалети не повинні безпосередньо сполучатися з виробничими, складськими зонами та зонами контролю якості.

Майстерні повинні бути відокремлені від виробничих зон. Якщо запасні частини та інструменти зберігаються у виробничій зоні, то вони повинні зберігатися в спеціально передбачених для цього кімнатах чи місцях. Приміщення, в яких перебувають тварини, повинні бути ізольованими від інших зон, мати окремий вхід і систему підготовки (оброблення) повітря.

Певна категорія лікарських засобів має виготовлятися в стерильних умовах. Тому існують окремі, **спеціальні ліцензійні вимоги до виробництва стерильної фармацевтичної продукції**.

Стерильну продукцію дозволяється виробляти тільки в чистих зонах, доступ до яких персоналу, подача сировини і матеріалів повинні здійснюватись через повітряні шлюзи.

Чисті зони для виробництва стерильних лікарських засобів класифікуються за класами чистоти відповідно до вимог технологічного регламенту. Кожна технологічна операція вимагає рівня чистоти навколишнього середовища, визначеного в технологічному регламенті.

Вимоги до повітря. У чисті зони повинно подаватися підготовлене повітря для забезпечення необхідних класів чистоти, що передбачено нормативно-технічною документацією. Контроль ефективності очистки повітря та ефективності використаних фільтрів є систематичним і обов'язковим.

Вимоги до персоналу. У чистих зонах має перебувати кількість персоналу згідно зі штатним розкладом, затвердженим керівником підприємства. Персонал, що працює в чистих зонах виробництва стерильних лікарських засобів, повинен володіти знанням і досвідом практичної роботи у виробництві стерильних лікарських засобів, регулярно підвищувати кваліфікацію.

До персоналу висуваються вимоги щодо особистої гігієни та чистоти відповідно до вимог технологічного регламенту. Переодягатися та митися слід у спеціально відведених і опоряджених приміщеннях, розташованих безпосередньо біля чистої зони, щоб звести до мінімуму ризик контамінації спеціального технологічного одягу для роботи в чистих зонах і не внести забруднення в чисті зони. Розміщення приміщень визначається технологічним регламентом.

Під час проведення технологічного процесу персонал повинен бути одягнений у спеціальний технологічний одяг з безворсової тканини, що відповідає виконуваним технологічним операціям, і має дотримуватися вимог, які регламентують виробництво стерильних лікарських засобів, технологічних регламентів, затверджених керівником підприємства, організації, установи, технологічних інструкцій. Підготовка спеціального технологічного одягу здійснюється в окремій чистій зоні виробничого приміщення відповідно до вимог технологічного регламенту.

Спеціальні вимоги висуваються до виробництва імунобіологічних препаратів.

Роботу зі стерильними імунобіологічними препаратами проводять у зонах з підвищеним тиском. В особливих зонах, у точках локалізації патогенних мікроорганізмів, тиск має бути зниженим, що використовується з метою ізоляції. Якщо для роботи в асептичних умовах з патогенними мікроорганізмами використовуються зони зі зниженим тиском або безпечні бокси, то вони повинні бути розташовані в середині стерильної зони з підвищеним тиском.

У виробничих зонах повинні бути спеціальні установки для фільтрації повітря; не допускається рециркуляція повітря із зон, де працюють із живими патогенними організмами.

7.2.2.2. Ліцензійний контроль за проведенням господарської діяльності з оптової торгівлі лікарськими засобами

Оптова торгівля лікарськими засобами — це діяльність з:

- придбання лікарських засобів у:
 - виробників лікарських засобів;
 - інших суб'єктів господарювання;
- зберігання та продажу лікарських засобів з аптечних складів (баз):
 - іншим суб'єктам оптової торгівлі лікарськими засобами;
 - суб'єктам роздрібно́ї торгівлі лікарськими засобами;
 - лікувально-профілактичним закладам;
 - виробникам лікарських засобів.

Оптова торгівля лікарськими засобами здійснюється через аптечні бази (склади) лише на підставі ліцензій, одержаних після завершення процесу реєстрації господарської діяльності. Оптова торгівля може здійснюватися лише зареєстрованими в

Україні лікарськими засобами за наявності сертифіката якості виробника. Вимоги до суб'єктів господарювання, які здійснюють оптову торгівлю лікарськими засобами, представлена на рис. 7.8. Винятки від цих умов передбачені законодавством України.

В И М О Г И Д О А П Т Е Ч Н И Х С К Л А Д І В	Наявність відповідних приміщень.
	Наявність відповідного устаткування та обладнання.
	Достатня кількість кваліфікованих фахівців (не менше 2-х з вищою фармацевтичною освітою)
	Дотримання вимог МОЗ щодо загальних та специфічних умов зберігання лікарських засобів (відповідно до складу, фізико-хімічних властивостей; впливу навколишнього середовища).
	Забезпечення мінімального асортименту лікарських засобів (згідно з переліком МОЗ України).
	Наявність плану термінових дій щодо відкликання лікарських засобів з продажу (в разі потреби).
	Забезпечення схоронності лікарських засобів.
	Зберігання протягом трьох років документації щодо руху лікарських засобів (факт купівлі, продажу, кількості, серії, інформації про покупця та постачальника).
	Призначення уповноваженої особи*.
	Забезпечення справності засобів вимірювання (калібрування та метрологічні перевірки).
	Наявність паспорту аптечного складу (бази)

Рис. 7.8. Вимоги до аптечних складів*

Продаж лікарських засобів може привести до анулювання ліцензії, якщо:

- лікарські засоби не були зареєстровані в Україні;
- минув строк придатності лікарських засобів;
- відсутня копія сертифіката якості виробника лікарського засобу.

Вимоги до розміщення аптечної бази. Відповідно до «Правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах», затверджених Постановою Кабінету Міністрів України за № 1570 від 17.11.2004 р., аптечна база повинна бути розміщена в капітальній споруді і займати ізольовані приміщення з окремим входом. Приміщення аптечного складу складаються з двох типів: виробничих та службово-побутових (рис. 7.9).

Виробничі приміщення аптечного складу — зони, загальною площею не менш як 250 м², для приймання, зберігання та відпускання:

- різних груп лікарських засобів;
- допоміжних матеріалів;
- тари.

* Уповноважена особа — це працівник з вищою фармацевтичною освітою та стажем роботи не менше двох років, на якого покладено відповідальність на функціонування системи забезпечення якості лікарських засобів в аптечному складі та надання дозволу на подальшу реалізацію лікарських засобів.

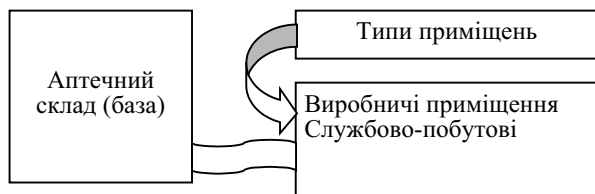
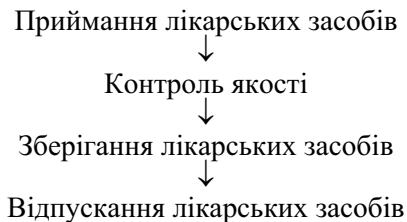


Рис. 7.9. Типи приміщень аптечного складу

Стан виробничих приміщень аптечного складу, їх розмір та площа мають відповідати вимогам Державних будівельних норм, санітарних норм і правил, інших нормативних документів і забезпечувати послідовність технологічного процесу, що складається з таких етапів:



У процесі приймання, зберігання різних груп лікарських засобів мають бути враховані їх фізико-хімічні властивості, дія на фармацевтичні препарати різноманітних факторів зовнішнього середовища.

Окремим етапом роботи аптечного складу є транспортування лікарських засобів. У процесі транспортування повинні дотримуватися вимоги щодо збереження якості лікарських засобів, забезпечення можливості їх ідентифікації, вжиття застережливих заходів для запобігання ушкодженню та забрудненню.

Аптечний склад повинен мати окремі виробничі приміщення для лікарських засобів, які потребують особливих умов зберігання (рис.7.10.). До таких груп лікарських засобів відносять:

- сильнодіючі лікарські засоби;
- отруйні;
- наркотичні та психотропні препарати;
- імунобіологічні;
- препарати, що вимагають захисту від дії підвищеної температури, вогнебезпечні та вибухонебезпечні;
- лікарська рослинна та інша сировина.

Лікарські засоби у виробничих складських приміщеннях повинні зберігатися на стелажах, піддонах, підтоварниках, у шафах, холодильному та іншому спеціальному обладнанні для забезпечення умов зберігання лікарських засобів відповідно до діючих вимог. Стелажі установлюють так, щоб вони розміщувалися на відстані 0,6—0,7 м від зовнішніх стін, не менше ніж 0,5 м від стелі та не менше ніж 0,25 м від підлоги. Стелажі щодо вікон повинні бути розташовані так, щоб проходи були освітлені, а відстань між стелажми становила не менше ніж 0,75 м для забезпечення вільного доступу до товару.

За наявності на аптечній базі імунобіологічних препаратів загальний об'єм холодильного обладнання повинен забезпечувати відповідно до діючих вимог зберігання всієї кількості ніж ліків, що містяться на базі.

Матеріали для покриття стін, стелі, підлоги виробничих приміщень аптечної бази повинні допускати вологе прибирання з використанням дезінфікувальних засобів.

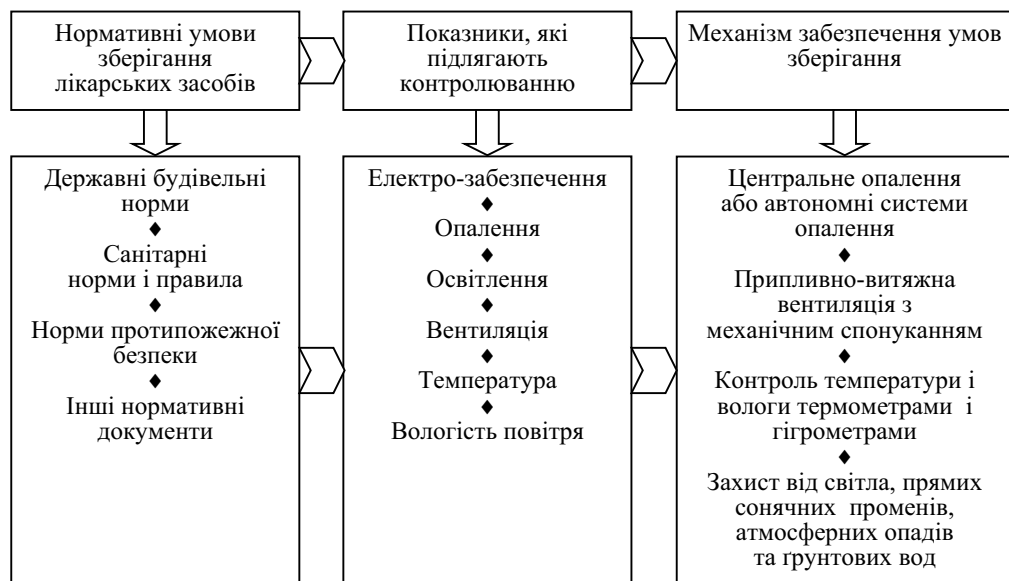


Рис. 7.10. Зберігання лікарських засобів в аптечних складах

Поверхня виробничого устаткування як ззовні, так і всередині повинна бути гладкою, виготовленою із матеріалів, стійких до дії лікарських засобів, витримувати оброблення дезінфікувальними розчинами. Устаткування виробничих приміщень повинно розташовуватися таким чином, щоб не залишалися місця, недоступні для прибирання.

Ліцензійні умови господарської діяльності з оптової торгівлі лікарськими засобами висувають певні вимоги до санітарного стану приміщень та устаткування аптечної бази.

Необхідно дотримуватися таких правил:

- підлога має митися не рідше одного разу на день;
- стіни і двері мають митися не рідше одного разу на тиждень із застосуванням дезінфікувальних засобів;
- стеля одного раз на місяць має очищатися від пилу;
- устаткування підлягає прибиранню кожного дня;
- раковини для миття рук та санітарні вузли чистяться і дезінфікуються кожного дня;
- для прибирання різних приміщень (виробничі приміщення, санітарний вузол) повинен бути виділений інвентар (відра, тази, щітки, ганчір'я), який маркується. Зберігання його здійснюється в спеціально визначеному місці (кімната, шафа) окремо за призначенням.

Службово-побутові приміщення — це приміщення та устаткування кімнати персоналу аптечної бази (складу). Вони повинні забезпечити утримання та схоронність особистого та спеціального одягу відповідно до вимог санітарно-епідемічного

режиму, а також можливість уживання їжі та відпочинку (обладнані шафами для одягу, холодильником, меблями).

7.2.2.3. Ліцензійний контроль за проведенням господарської діяльності з роздрібною торгівлі лікарськими засобами

Роздрібна торгівля лікарськими засобами — вид господарської діяльності з:

- придбання;
- зберігання;
- продажу лікарських засобів через аптеку та її структурні підрозділи безпосередньо:

- громадянам для особистого споживання;
- закладам охорони здоров'я;
- установам та організаціям без права подальшого перепродажу.

Роздрібна торгівля лікарськими засобами здійснюється на підставі ліцензій, одержаних суб'єктами господарювання відповідно до законодавства.

Роздрібна торгівля може здійснюватися лише зареєстрованими в Україні лікарськими засобами за наявності сертифіката якості виробника. Винятки від цієї умови передбачені законодавством України.

Продаж лікарських засобів може привести до анулювання ліцензії, якщо:

- ◆ лікарські засоби не були зареєстровані в Україні;
- ◆ минув термін придатності лікарських засобів;
- ◆ відсутня копія сертифіката якості виробника лікарського засобу.

В аптеках забороняється:

- торгівля неякісними та фальсифікованими лікарськими засобами;
- реклама лікарських засобів, які відпускаються за приписом лікаря.

Аптека повинна мати ***паспорт аптечного закладу*** — документ, складений суб'єктом господарювання при створенні або реконструкції аптечного закладу, погоджений з:

- ◆ територіальними органами державної санітарно-епідеміологічної служби;
- ◆ державного контролю якості лікарських засобів;
- ◆ місцевими органами виконавчої влади.

Паспорт аптечного закладу засвідчує відповідність наявних приміщень та устаткування аптечного закладу (його структурного підрозділу) встановленим вимогам і можливість їх використання для оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Аптечні заклади та їх структурні підрозділи мають право придбавати та продавати вироби медичного призначення, дезінфікуючі засоби, предмети особистої гігієни, оптику, природні та штучні мінеральні води, лікувальне, дитяче та дієтичне харчування, лікувальні косметичні засоби та інші супутні товари. Перелік цих товарів визначає Міністерство охорони здоров'я України.

Розміщення аптек

Аптека повинна бути розміщена в окремому будинку або у вбудованому приміщенні. В житловому будинку аптека може розміщуватися тільки на першому поверсі. Окремі приміщення аптеки (крім торговельного залу) можуть розміщуватись у цокольних та підвальних приміщеннях.

Аптечні кіоски розміщуються у відокремленому ізолюваному приміщенні установ або організацій. Деякі аптечні кіоски мають торговельні зали.

Аптечні пункти розміщуються у відокремлених ізолюваних приміщеннях лікувально-профілактичних закладів. Деякі аптечні пункти мають торговельні зали (рис. 7.11).

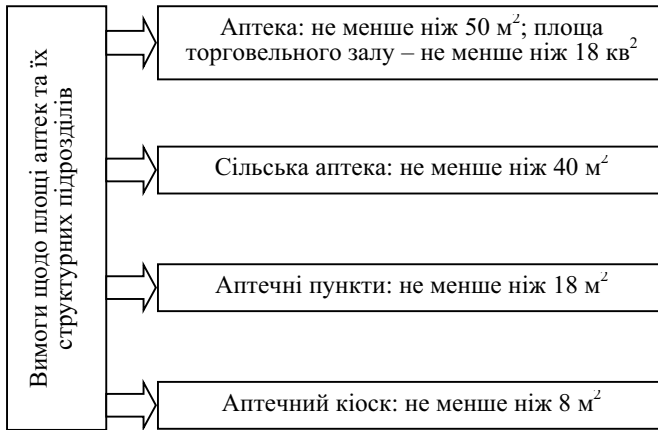


Рис. 7.11. Вимоги до площі приміщення аптек та їх структурних підрозділів.

Роздрібна торгівля лікарськими засобами може здійснюватися через фельдшерсько-акушерські пункти, що організовані в сільських населених пунктах, на підставі угод, укладених з аптекою, за умови, що лікарські засоби відпускатиме особа з медичною освітою.

Обладнання аптек

Аптека. *Виробничі приміщення* для зберігання запасів лікарських засобів повинні бути обладнані стелажми, шафами, холодильним та іншим устаткуванням для забезпечення умов зберігання отруйних, наркотичних, сильнодійних, вогнебезпечних та вибухонебезпечних, термолабільних та інших лікарських засобів, лікарської рослинної сировини відповідно до діючих вимог.

Приміщення, в яких зберігаються наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, повинні бути обладнані засобами охоронно-пожежної сигналізації. Обладнання цих приміщень, умови зберігання зазначених лікарських засобів повинні відповідати вимогам законодавства про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів.

Для контролю за температурою і вологістю приміщення для зберігання повинні бути забезпечені термометрами та гігрометрами.

Прилади, апарати, які є в аптеці, повинні мати технічні паспорти, а також підлягати своєчасному технічному обслуговуванню та перевірці. Засоби вимірювання, що використовуються, повинні бути метрологічно атестовані, мати державне повірочне тавро і проходити перевірку в установленому порядку.

Кімната персоналу аптеки повинна бути обладнана холодильником, меблями для організації вживання їжі.

Аптечний пункт. Приміщення аптечного пункту обладнується стелажками, шафами, холодильником, сейфом для збереження отруйних лікарських засобів.

Аптечний кіоск. Приміщення аптечного кіоску мають бути обладнані стелажками, шафами та холодильником.

Санітарно-гігієнічні умови роботи аптек

Стан приміщень аптек та їхніх відокремлених структурних підрозділів, технічного оснащення повинен відповідати санітарно-гігієнічним умовам, установленим для аптек.

Обробка стін та стель виробничих приміщень повинна допускати вологе прибирання з використанням дезінфікувальних засобів.

Приміщення аптек повинні підлягати вологому прибиранню із застосуванням мийних і дезінфікувальних засобів. Сухе прибирання виробничих приміщень аптек забороняється.

Приміщення та устаткування гардеробної повинні забезпечити утримування та схоронність спецодягу працівників відповідно до вимог санітарно-протиепідемічного режиму аптек. У приміщенні аптечного пункту та аптечного кіоску забороняється зберігання та вживання їжі.

Персонал аптеки та її структурного підрозділу під час прийняття на роботу має обов'язково проходити медичне обстеження, а в подальшому — періодичний медичний огляд.

7.3. Акредитація закладів охорони здоров'я як форма державного контролю якості надання медико-санітарної допомоги

Акредитація закладу охорони здоров'я є одним з основних заходів державного контролю за якістю надання медико-санітарної допомоги населенню, офіційне визнання статусу закладу на наявність у ньому умов для надання певного виду лікувально-профілактичної допомоги, відповідних умов і послуг на певному рівні. Відповідність таким умовам дозволяє присудити певну категорію лікувально-профілактичному закладу, яка затверджує:

- надійність у виконанні стандартів;
- відповідність встановленим критеріям;
- гарантії високої якості медичної допомоги.

Наявність у закладу охорони здоров'я акредитаційного сертифіката визначає його професійний рівень і в подальшому має бути підставою для укладання угоди зі страховою компанією.

У переважній більшості країн світу акредитація проводиться спеціальними комісіями, які, в свою чергу, запрошують для цього відомих у країні експертів у тій чи іншій сфері діяльності лікувально-профілактичних закладів. Працівники акредитаційної організації та запрошені експерти працюють деяких час безпосередньо з матеріалами лікувально-профілактичних закладів за спеціально розробленими програмами як у період підготовки до акредитації, так і під час її проведення. Надалі результати оцінок усіх експертів узагальнюються і робиться

висновок про відповідність лікувально-профілактичного закладу існуючим стандартам.

Принциповим елементом успіху всієї процедури акредитації є стандартизація методологічних підходів до оцінки різних лікувально-профілактичних закладів, для чого зацікавлені сторони сприяють розробці загальних, уніфікованих стандартів та критеріїв діяльності, що гарантують високу якість медичної допомоги.

Акредитація закладу охорони здоров'я проводиться згідно з Постановою Кабінету Міністрів від 15 липня 1997 р. за N 765 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я».

Акредитації підлягають незалежно від форми власності усі заклади охорони здоров'я. Акредитація проводиться один раз на три роки. Акредитацію закладів охорони здоров'я проводить Головна акредитаційна комісія, що утворюється при МОЗ, а фармацевтичних (аптечних) закладів — Головна акредитаційна комісія, що утворюється при Державному департаменті з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення, а також акредитаційні комісії, що утворюються при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Головні акредитаційні комісії та акредитаційні комісії в своїй діяльності керуються Конституцією України, іншими актами законодавства.

Головні акредитаційні комісії проводять акредитацію закладів державної (в тому числі закладів, що належать до сфери управління обласних державних адміністрацій) і приватної форми власності.

Акредитаційні комісії проводять акредитацію закладів комунальної форми власності, за винятком тих, що належать до сфери управління обласних державних адміністрацій.

Для проходження акредитації заклад подає документи згідно з переліком до відповідної акредитаційної комісії, яка в тримісячний термін повинна провести його акредитацію, а для державної акредитації фармацевтичний (аптечний) заклад подає документи згідно з переліком, який визначає Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Як правило, до акредитаційної справи додають такі обов'язкові документи:

- копію положення (статуту) закладу охорони здоров'я, засвідчену в нотаріальному порядку;
- копію ордеру або угоди на оренду приміщень, інші документи на право користування, в тому числі обладнанням, яке необхідне для надання лікувально-профілактичної допомоги;
- відомості про чисельність працюючих у закладі спеціалістів та їх кваліфікаційну характеристику;
- затверджену структуру закладу охорони здоров'я;
- висновок державного санітарно-епідеміологічного нагляду про епідемічний стан закладу;
- висновок державного протипожежного нагляду про стан пожежної безпеки в закладі;
- висновок спеціалістів про стан техніки безпеки та експлуатації споруд у закладі;
- фінансовий звіт за попередній рік, затверджений державним фінансовим органом за місцем знаходження закладу;

- звіт закладу про участь у виконанні територіальних медичних програм;
- звіт закладу про лікувальну роботу, проведenu за останні три роки;
- аналіз діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та критерії її оцінки;
- звіт закладу про наукову та педагогічну діяльність закладу (за умови її наявності);

- копії раніше виданих акредитаційних сертифікатів, якщо такі видавалися.

На підставі аналізу наданих закладом документів та висновків експертів відповідна акредитаційна комісія приймає рішення щодо проведення акредитації та віднесення закладу до відповідної категорії (другої, першої, вищої) або про відмову в цьому.

Рішення акредитаційних комісій затверджується відповідною головною акредитаційною комісією і повідомляється закладу в 10-денний термін. У разі прийняття рішення про віднесення закладу до відповідної категорії акредитаційна комісія, яка проводила акредитацію, видає йому акредитаційний сертифікат. Термін дії акредитаційного сертифіката визначається відповідною головною акредитаційною комісією, але він не повинен перевищувати трьох років.

Позачергова акредитація може проводитися з ініціативи медичного закладу з метою підвищення категорії, але не раніше, ніж через один рік після проведення попередньої акредитації. В такому ж порядку проводиться акредитація закладу, якщо в ній було відмовлено.

Акредитовані заклади охорони здоров'я вносяться до Державного реєстру, який веде Голова акредитаційної комісії.

У разі порушення умов надання закладом якісної медико-санітарної допомоги, а також недостовірного інформування про свою діяльність за поданням акредитаційної комісії відповідна головна акредитаційна комісія може прийняти рішення про анулювання або зниження категорії закладу.

Документи, на підставі яких проводиться акредитація закладу, зберігаються протягом 10 -тироків в акредитаційній комісії, яка видала акредитаційний сертифікат.

З метою орієнтації на сучасні стандарти медичного обслуговування необхідно впровадити державні стандарти, що визначали державні вимоги до впорядкування роботи лікувально-профілактичних закладів. Першим кроком у цьому напрямі було впровадження критеріїв до державної акредитації закладів охорони здоров'я. Основні критерії було зазначено в Наказі Міністерства охорони здоров'я України за N 20 від 20.01.2001 «Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів».

Принциповим елементом акредитації є стандартизація методологічних підходів до оцінювання різних лікувально-профілактичних закладів, для чого необхідне впровадження загальних, уніфікованих стандартів та критеріїв діяльності, що гарантують високу якість медичної допомоги.

Критерії, за якими держава акредитує заклади охорони здоров'я, багатокomпонентні. В основу їх покладено:

Загальні умови діяльності лікувально-профілактичних закладів:

- ◆ управління закладом;
- ◆ кадри;
- ◆ організація роботи закладу;
- ◆ управління службою (структурним підрозділом);
- ◆ права і обов'язки пацієнтів;
- ◆ медико-інформаційна та аналітична служба;

- ◆ метрологічне забезпечення;
- ◆ санітарно-епідеміологічне благополуччя;
- ◆ умови споруд лікувально-профілактичного закладу;
- ◆ якість лікувально-профілактичної допомоги.

Медична допомога:

- загальні положення про лікаря;
- первинна медико-санітарна допомога;
- служба швидкої та невідкладної допомоги;
- амбулаторно-клінічна допомога;
- стаціонарна допомога;
- пара клінічні служби;
- використання ліків;
- спеціалізовані служби (служба крові, патологоанатомічна служба, санаторно-курортна служба).

Організація роботи закладів охорони здоров'я має будуватись на основі нормативної бази, в основі якої покладено такі Накази Міністерства охорони здоров'я:

Накази МОЗ СРСР:

- ◆ від 03.01.85 р. № 5 «Об утверждении Положения о детской областной (краевой, республиканской) больнице»;
- ◆ від 04.01.91 р. № 21 «Об утверждении Правил составления и оформления организационно-распорядительной документации»;
- ◆ від 04.05.90 р. № 188 «Об утверждении Положения о лечебно-профилактическом учреждении, работающем в условиях нового хозяйственного механизма и инструкции по составлению Устава лечебно-профилактического учреждения (объединения)»;

Накази МОЗ УРСР та МОЗ України:

- від 29.03.74 р. № 145 «О введении государственных стандартов на организационно-распорядительную документацию»;
- від 25.07.78 р. № 410 «Об утверждении Инструкции по делопроизводству в МЗ УССР»;
- від 17.12.84 р. № 704 «Об Отраслевых правилах внутреннего трудового распорядка для рабочих и служащих учреждений, предприятий системы МЗ СССР»;
- від 23.10.91 р. № 146 «Про атестацію середніх медичних працівників»;
- від 21.11.91 р. № 168 «Про подальше удосконалення атестації лікарів»;
- від 21.02.92 р. № 32 «Про затвердження «Положення про клінічну лікувально-профілактичну установу»;
- від 24.02.92 р. № 34 «Про удосконалення професійної підготовки керівників системи охорони здоров'я України»;
- від 18.12.92 р. № 186 «Про затвердження переліку медичних і фармацевтичних установ і організацій, їх підрозділів, працівники яких визначеними посадами підлягають державному обов'язковому особистому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини»;
- від 22.12.92 р. № 195 «Про затвердження переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовки і отримання звання в яких дають право займатись медичною і фармацевтичною діяльністю»;
- від 22.02.93 р. № 34 «Про організацію підготовки резервів керівних кадрів закладів охорони здоров'я України»;
- від 20.09.93 р. № 208 «Про затвердження тимчасових кваліфікаційних характеристик лікарів-спеціалістів»;

- від 22.04.93 р. № 90 «Про номенклатуру посад МОЗ України та порядок призначення та звільнення працівників цієї номенклатури»;
- від 22.06.95 р. № 114 «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я, Переліку лікарських посад і Переліку посад фармацевтичних працівників»;
- від 07.07.95 р. № 128 «Про підготовку, перепідготовку, підвищення кваліфікації державних службовців і керівників органів і установ охорони здоров'я»;
- від 24.07.95 р. № 138 «Про стан виконавчої та фінансової дисципліни в закладах та установах охорони здоров'я»;
- від 19.12.97 р. № 359 «Положення про порядок проведення атестації лікарів»;
- Кодекс законів України про працю.

Акредитаційні вимоги до управління закладом охорони здоров'я

Кожний заклад охорони здоров'я, що має проходити акредитацію, повинен мати встановлену організаційно-правову основу закладу, при наявному документі щодо рішення про заснування та Статуті лікувально-профілактичного установи.

Статут закладу затверджується вищестоящим органом і реєструється місцевими органами влади. Статут ЛПЗ повинен містити наступні розділи: «Загальні дані», «Головна мета і основні завдання ЛПЗ», «Організаційна структура ЛПЗ», «Організація роботи ЛПЗ» тощо.

Статут повинен відображати особливості організації роботи ЛПЗ, зумовлені завданнями, що стоять перед ним, його типом, потужністю, структурою і місцевими умовами (географічним положенням, розмірами території і контингентом, що обслуговується, соціально-демографічною ситуацією).

Крім Статуту, лікувально-профілактичний заклад повинен мати свідоцтва про реєстрацію, про ідентифікаційні та інші (включаючи ЗКГНГ) коди.

Однією з форм контролю держави за управлінням лікувально-профілактичних закладів є акредитація. Тому критерії державної акредитації лікувально-профілактичних закладів чітко розподіляють функціональні обов'язки щодо управління закладом охорони здоров'я.

Управління закладом охорони здоров'я має здійснюватись адміністрацією в складі керівника (головного лікаря, директора тощо), його заступників при затвердженій структурі управління. За повсякденне управління закладом відповідає керівник закладу.

Обсяг обов'язків керівника лікувально-профілактичного закладу включає:

- затвердження і використання системи контролю якості лікувально-профілактичної допомоги;
- контроль за придбанням обладнання, ліків, розхідних матеріалів тощо відповідно до пріоритетів закладу;
- контроль за дотриманням порядку надання платних послуг;
- затвердження і впровадження правил внутрішнього трудового розпорядку;
- затвердження і впровадження короткотермінових і довготривалих планів по практичній діяльності і фінансуванню закладу;
- оцінювання відповідності розроблених планів перспективним вимогам контингенту населення, що обслуговується;
- проведення оперативних нарад зі своїми заступниками, завідувачами відділень і головними медичними сестрами. На нарадах мають заслуховатися звіти служб, аналі-

зуватися їхня діяльність, вирішуватися поточні питання, розглядатись екстремальні ситуації, прийматись рішення для найбільш оптимального вирішення проблем;

- затвердження складу комісії з трудових спорів та визначений порядок її роботи;
- контроль за виконанням умов колективного договору;
- затвердження інструкції з діловодства.

Заступник головного лікаря (директора) з лікувальної роботи має здійснювати щоденний контроль за наданням медичних послуг. Заступник головного лікаря звітується головному лікарю. До кола його обов'язків входять такі види діяльності:

- ♦ оцінювання результатів лікувально-діагностичного процесу за відповідними моделями кінцевих результатів. Проводиться аналіз незадовільних результатів лікування, опрацьовуються заходи щодо запобігання таким випадкам у майбутньому;
- ♦ визначення за допомогою вибіркового опитувань задоволеності пацієнтів медичною допомогою;
- ♦ планування і проведення лікарняних конференцій, семінарів;
- ♦ планування і проведення патологоанатомічних конференцій.

Сестринським доглядом у лікувально-профілактичному закладі має керувати медична сестра (головна сестра), яка має першу або вищу кваліфікаційну категорію. Головна медична сестра здійснює контроль за дотриманням правил сестринського догляду відповідно до кваліфікації і місця роботи сестер.

Адміністрація закладу встановлює умови сестринського догляду і систему оцінювання якості їх виконання.

Щоденний контроль за фінансовим балансом лікувально-профілактичного закладу здійснює заступник головного лікаря з фінансових питань.

Щоденний контроль за дотриманням адекватної роботи закладу здійснює заступник головного лікаря (директора) з адміністративно-господарської частини або головний інженер.

Щоденний контроль за дотриманням правил охорони праці в лікувально-профілактичному закладі має бути покладено на інженера з охорони праці, до функціональних обов'язків якого входить систематичне проведення навчання та перевірка знань.

Питання до самоконтролю

1. Охарактеризуйте основні етапи реєстрації господарської діяльності в галузі охорони здоров'я.

2. У чому полягає відмінність реєстрації господарської діяльності зі створенням та без створення юридичної особи?

3. Яку вихідну документацію необхідно мати на підготовчих етапах реєстрації господарської діяльності?

4. Назвіть основні етапи відкриття рахунку в банку для юридичних та фізичних осіб.

5. Які основні підстави та порядок скасування державної реєстрації господарської діяльності?

6. В яких випадках проводиться ліцензування господарської діяльності з проведення медичної практики?

7. Наведіть основні ліцензійні вимоги до господарської діяльності із проведення медичної практики.

8. Охарактеризуйте основні кваліфікаційні вимоги до процесу проведення медичної практики.

9. Назвіть основні документи, які подаються в Міністерство охорони здоров'я України з метою ліцензування господарської діяльності з медичної практики.

10. У чому полягає сутність державного контролю за дотриманням умов і правил підприємницької діяльності з медичної практики?

11. Які чинники зумовлюють ефективний державний контроль за якістю проведення господарської діяльності з медичної практики?

12. Які вимоги покладені в основу державного контролю за торгівлею лікарськими засобами?

13. Назвіть складові технічного та технологічного регламентів виробництва лікарських засобів.

14. Визначте ліцензійні вимоги до основних технологічних зон приміщень для виробництва лікарських засобів.

15. У чому полягає специфіка ліцензійних вимог до виробництва стерильної фармацевтичної продукції?

16. Охарактеризуйте основні ліцензійні вимоги до організаційної роботи закладів з оптової торгівлі лікарськими засобами.

17. Визначте основні ліцензійні вимоги до приміщень аптечних складів.

18. У чому полягають загальні принципи зберігання лікарських засобів в аптечних складах?

19. Охарактеризуйте санітарно-гігієнічні вимоги до приміщень аптечної бази.

20. За яких умов може бути анульована ліцензія на право роздрібної торгівлі лікарськими засобами?

21. Який мінімальний розмір аптек та їх структурних підрозділів?

22. Охарактеризуйте чинні вимоги до обладнання та санітарно-гігієнічних умов роботи аптек.

23. В якому порядку проходить державна акредитація закладів охорони здоров'я?

24. Які критерії беруться до уваги при акредитації закладів охорони здоров'я?

25. Які вимоги державної акредитації щодо розподілу функціональних обов'язків в апараті управління лікувально-профілактичним закладом?

Список використаної та рекомендованої літератури

1. Господарчий кодекс України // ВВР. — 2003. — № 24. — 272 с.

2. Закон України «Про підприємництво» // ВВР. — 1991. — № 14. — 168 с.

3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // ВВР. — 1993. — № 4.

4. Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» // ВВР. — 2000. — № 36. — 299 с.

5. Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців» // ВВР. — 2003. — № 31—32. — С. 263.

6. Постанова Кабінету Міністрів України за № 765 від 15.05.1997 р. «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Грудень 2005. — Київ, «Експерт Софт».

7. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом іму-

нодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції»// СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

8. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку органів ліцензування» від 14.11.2000 р. за № 1698 // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

9. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах» за № 1570 від 17.11.2004 // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

10. Наказ МОЗ України за № 48 від 17.03.1993 р. « Про порядок направлення на стажування лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

11. Наказ МОЗ України за № 1183 від 19.08.1994 р. « Про порядок допуску до медичної та фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах закордонних країн» (із змінами внесеними згідно з Наказом МОЗ України № 28-О від 01.02.2000) // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

12. Наказ МОЗ України за № 359 від 19.12.1997 р. «Про подальше удосконалення атестації лікарів» (із змінами та доповненнями)// СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

13. Наказ Державної податкової Адміністрації України за № 79 від 01.03.2000 «Про затвердження Положення про Реєстр платників податків на додану вартість» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

14. Наказ МОЗ України та Державного комітету статистики за № 256/184 від 31.07.2000 « Про затвердження форм статистичної звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їх заповнень» // СД Інформаційно — правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

15. Наказ МОЗ України за № 195 від 10.08.2000 « Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної та нетрадиційної медицини» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

16. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України за № 339 від 18.12.2000 «Про затвердження Інструкції про порядок обчислення і сплати внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття та обліку їх надходження до Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

17. Наказ МОЗ України за № 20 від 20.01.2001 «Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

18. Наказ Державного Комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва та Міністерства охорони здоров'я України за № 38\63 від 16.02.2001 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, господарської діяльності з медичної практики та проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

19. Наказ Державної податкової Адміністрації України № 117 від 20.03.2001 «Про внесення змін та доповнень до Положення про Реєстр платників податку на додану вартість»// СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

20. Наказ Державного Комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва та Міністерства охорони здоров'я України « Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової,

роздрібної торгівлі лікарськими засобами» за № 3\8 від 12.01.2001 // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

21. Наказ МОЗ України за № 385 від 28.10.2002 (із змінами та доповненнями) « Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських та провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою в закладах охорони здоров'я» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

22. Постанова Правління фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України за № 26 від 06.07.2005 «Про внесення змін до Інструкції про порядок перерахування, обліку та витрачання страхових коштів Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

23. Наказ МОЗ України за № 360 від 19.07.2005 р.» Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень»//СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

24. Постанова Правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності за № 110 від 26.07.2005 «Про затвердження Тимчасового порядку взяття на облік, реєстрації та зняття з обліку в органах Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців як страховальників»// СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

25. Наказ МОЗ України за № 539 від 20.10.2005 « Про призупинення дії пунктів 1, 2 наказу МОЗ України від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень»//СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

25. Письмо Министерства труда и социальной политики Украины 17.08.2005 № ДЦ-09-4408/0/6-05 «По вопросам введения «Единого окна»»// СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія. Грудень 2005. — К.: Експерт Софт.

26. *Дмитрук С.* Консультант. — 2004. — № 25 (452). — 10 с.

27. *Малашок М.* Консультант. — 2004. — № 29 (456). — 3 с.

28. *Онищенко Т., Рудяк Ю., Кавторєва Я.* Приватний підприємець. — 10-го вид. — Х.: Фактор, 2005. — 636 с.

29. *Саніахметова Н.О.* Правовий захист підприємництва в Україні: Навч. посібник. — К.: Юрінком Інтер, 1999. — 336 с.

РОЗДІЛ 8

ПІДПРИЄМНИЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

8.1. Підприємництво в галузі охорони здоров'я: сутність, принципи, функції.

8.2. Бізнес-план медичного проекту.

8.3. Характеристика ринків у галузі охорони здоров'я.

8.4. Управління маркетингом на ринку медичних послуг.

8.5. Державне регулювання реклами лікарських засобів, товарів медичного призначення та медичних послуг на території України.

8.1. Підприємництво в галузі охорони здоров'я: сутність, принципи, функції

Підприємництво — це безпосередня самостійна, систематична, на власний ризик діяльність по виробництву продукції, виконанню робіт, наданню послуг з метою отримання прибутку, яка здійснюється фізичними та юридичними особами, зареєстрованими як суб'єкти підприємницької діяльності в порядку, встановленому законодавством.

В Україні підприємницька діяльність здійснюється згідно із Законом України «Про підприємництво».

Суб'єктами підприємницької діяльності можуть бути:

- ♦ громадяни України, інших держав, особи без громадянства, не обмежені законом у правоздатності або дієздатності;

- ♦ юридичні особи всіх форм власності, встановлених Законом України «Про власність»;

- ♦ об'єднання юридичних осіб, що здійснюють діяльність в Україні на умовах угоди про розподіл продукції.

Не допускається заняття підприємницькою діяльністю таких категорій громадян: військовослужбовців, службових осіб органів прокуратури, суду, державної безпеки, внутрішніх справ, державного арбітражу, державного нотаріату, а також органів державної влади і управління, які покликані здійснювати контроль за діяльністю організацій.

Загальні принципи підприємництва:

- вільний вибір видів діяльності;
- залучення на добровільних засадах до здійснення підприємницької діяльності майна та коштів юридичних осіб і громадян;

- самостійне формування програми діяльності;
- самостійний вибір постачальників і споживачів;
- встановлення цін відповідно до законодавства;
- вільний найом працівників;
- залучення і використання матеріально-технічних, фінансових, трудових, природних та інших видів ресурсів, використання яких не заборонено або не обмежене законодавством;

- вільне розпорядження прибутком, що залишається після внесення платежів, установлених законодавством;

- самостійне здійснення підприємцем — юридичною особою зовнішньоекономічної діяльності, використання будь-яким підприємцем належної йому частки валової виручки на свій розсуд.

Відповідно до статей 16, 17, 33 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», медична допомога може надаватись як у медичних закладах так і на засадах індивідуального підприємництва.

Медична практика — це діяльність, пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту.

При провадженні господарської діяльності з медичної практики мають враховуватись як загальні принципи підприємництва так і міжнародні засади надання медичної допомоги, які викладені в резолюціях 27-ї Всесвітньої Медичної Асамблеї (Мюнхен, 1973) та доповнених резолюцією 35-ї Всесвітньої Медичної Асамблеї (Венеція, 1983), згідно з якими при **проведенні підприємницької діяльності з надання медичної допомоги необхідно враховувати такі принципи:**

- ◆ умови роботи медичних працівників повинні визначатись позиціями товариських організацій;

- ◆ дотримання прав пацієнта на вибір лікуючого лікаря та прав лікаря на вибір пацієнта;

- ◆ надання невідкладної медичної допомоги без усяких винятків;

- ◆ забезпечення конфіденційності взаємовідносин між пацієнтом та лікарем всіма особами, що беруть участь у лікувальному процесі або контролюють його;

- ◆ гарантування лікарям моральної, економічної та професійної незалежності;

- ◆ забезпечення принципу, за яким сума гонорару лікаря повинна залежати від характеру медичної послуги;

- ◆ якість та ефективність надання медичної послуги, об'єм, вартість та кількість послуг повинні оцінювати лікарі, керуючись більш регіональними, а не національними стандартами;

- ◆ заборона на обмеження права лікаря на виписування будь-яких препаратів та призначення будь-якого лікування, адекватних з точки зору сучасних стандартів;

- ◆ забезпечення умов, за яких лікар може поглиблювати свої знання та підвищувати професійний статус.

При провадженні підприємницької діяльності з надання медичних послуг мають враховуватись такі міжнародні принципи щодо забезпечення прав пацієнта :

- на вільний вибір лікаря;

- на отримання допомоги лікаря незалежного від стороннього впливу в своїх професійних, медичних та етичних рішеннях;

- на отримання адекватної інформації щодо погодження на лікування чи відмови від нього;

- щодо впевненості, що лікар буде відноситися до медичної та особистої інформації, як до конфіденційної;

- померти достойно;

* «Декларація про права пацієнта», 34-а ВМА. — Лісабон, 1981.

- на використання духовної та моральної підтримки, включаючи допомогу особи будь-якої релігійної конфесії або відмови від неї.

Згідно із Законом України «Про підприємництво», існують певні обмеження в здійсненні підприємницької діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів. Така діяльність здійснюється відповідно до Закону України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів».

Підприємництво в Україні здійснюється в будь-яких організаційних формах, визначених законами України, на вибір підприємця.

До **функцій підприємництва** відносяться:

- **новаторська** — сприяння процесу продукування нових технічних, організаційних та управлінських ідей, проведення науково-дослідних робіт та розробок, впровадження в медичну практику інноваційних методів діагностики, лікування та профілактики;

- **господарська** — ефективне використання трудових, матеріальних, фінансових та інформаційних ресурсів;

- **організаційна** — впровадження нових методів і форм організації медичної практики, нових форм матеріальної та моральної мотивації персоналу; ефективне упорядкування відносин (повноваження, відповідальність, делегування) і структур на різних підсистемах лікувально-профілактичного закладу, ефективне контролювання якості медичного обслуговування;

- **соціальна** — проведення профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи, науково-дослідних розробок, з метою поліпшення громадського здоров'я;

- **особистісна** — самореалізація підприємця, відчуття незалежності в організації проведення медичної практики, отримання задоволення від самої роботи та її результатів.

Основні **завдання підприємницької діяльності** при запровадженні господарської діяльності з медичної практики:

- вибір виду та масштабів діяльності закладу;
- вибір місця розташування закладу охорони здоров'я;
- вибір методів, технологій та форм діяльності.
- фінансування та інвестування діяльності.

Підприємницька ідея — конкретне цілісне знання про доцільність та можливість займатися певним видом підприємницької діяльності, а також чітке усвідомлення мети такої діяльності, шляхів та засобів її досягнення*.

Елементи підприємницької ідеї:

- ◆ відмова від попереднього виду занять, як правило практичної діяльності в державному або комунальному закладі охорони здоров'я;

- ◆ усвідомлення необхідності працювати на межі своїх фізичних, розумових та організаторських здібностей;

- ◆ прагнення стати власником, відмова працювати під керівництвом інших;

- ◆ прагнення досягти фінансового благополуччя шляхом приватної медичної практики або створення лікувально-профілактичного закладу недержавної форми власності;

- ◆ прагнення через підприємництво досягти своєї мети, домогтися визнання в медичному науковому товаристві;

* Мочерний С. В., Устенко О. А., Чеботар С. І. Основи підприємницької діяльності. — К.: Видавничий центр «Академія», — 2003. — 280 с.

- ◆ чітке усвідомлення шляхів отримання фінансових ресурсів для започаткування власної справи;
- ◆ знання технології провадження господарської діяльності з медичної практики;
- ◆ вміння вибрати оптимальну організаційну форму управління та організаційно-правову форму підприємницької діяльності;
- ◆ знання основних ризиків господарської діяльності з медичної практики та вміння ними управляти;
- ◆ вміння організувати облік лікувально-профілактичного закладу;
- ◆ знання зовнішніх чинників, які впливають на медичну практику;
- ◆ знання чинного законодавства.

В Україні законодавчо передбачено такі **напрями державного регулювання підприємництва**:

А. Забезпечення свободи конкуренції між підприємцями, захист споживачів від проявів несумлінної конкуренції та монополізму в будь-яких сферах підприємницької діяльності.

Б. Органи державного управління мають будувати свої відносини з підприємцями, використовуючи:

- податкову та фінансово-кредитну політику, включаючи встановлення ставок податків і відсотків по державних кредитах; податкових пільг; цін і правил ціноутворення; цільових дотацій; валютного курсу; розмірів економічних санкцій;
- державне майно і систему резервів, ліцензії, концесії, лізинг, соціальні, екологічні та інші норми і нормативи;
- науково-технічні, економічні та соціальні республіканські й регіональні програми;
- договори на виконання робіт і поставок для державних потреб.

З одного боку підприємець сплачує податки на прибуток від провадження свого бізнесу і тим самим поповнює державний бюджет, тобто працює на державу, з іншого — держава здійснює підтримку підприємництва. Міжнародний досвід урядової підтримки бізнесу наголошує на доцільності використання таких форм підтримки:

- інформація та консультування;
- позика або гарантована позика, за якою гарантує платоспроможність позичальника і сплачує позику в разі, коли підприємець не може цього зробити. Про техніку та політику отримання гарантованої позики описано в книзі Лі Яккоки;
- сервіс, який передбачає використання підприємцями державних комунікацій, фахівців, підготовлених у державних вищих навчальних закладах, тощо.

Законом України «Про підприємництво» передбачено такі **види та напрями державної підтримки підприємництва**:

- ◆ надання земельних ділянок на умовах і в порядку, передбачених чинним законодавством;
- ◆ передача підприємцю державного майна (виробничі та нежилі приміщення, законсервовані й недобудовані об'єкти та споруди, устаткування, яке тимчасово не використовується), необхідні для здійснення підприємницької діяльності; сприяння організації матеріально-технічного забезпечення та інформаційного обслуговування підприємств, підготовці і перепідготовці кадрів;
- ◆ здійснення первісного облаштування неосвоєних територій об'єктами виробничої і соціальної інфраструктури з продажем або передачею їх у кредит підприємцям;
- ◆ стимулювання за допомогою: економічних важелів (цільових субсидій, податкових пільг тощо); модернізації технологій; інноваційної діяльності; освоєння нових видів продукції та послуг;

- ◆ надання підприємцям цільових кредитів;
- ◆ надання підприємцям інших видів допомоги.

Важливим елементом провадження підприємницької ідеї є знання та вміння вибрати оптимальну організаційно-правову форму підприємницької діяльності.

8.2. Бізнес-план медичного проекту

Бізнес-план — це письмовий документ, у якому викладена підприємницька ідея, охарактеризовані шляхи її реалізації, дані ринкові, організаційні і фінансові аспекти бізнесу і особливості його управління.

Бізнес-план — це комплексний документ, складання якого обумовлює ряд чинників:

1. Бізнес-план є інструментом для залучення інвестицій.
2. Бізнес-план є основою конструктивних відносин з майбутніми партнерами по бізнесу.
3. Бізнес-план — це один із способів моделювання і конструювання системи управління проектом, що розробляється. С.Ф.Покропивний із співавт. (1999) вважають, що успіх будь-якого підприємницького проекту зумовлюють три чинники: правильне розуміння реальної ситуації в даний, конкретний момент; чітка постановка цілей і якісне планування процесів переходу з одного стану в інший.

4. Наявність якісного бізнес-плану — це можливість визначення потенційних проблем в бізнесі з метою розробки шляхів їх усунення.

Згідно зі статтею 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», основними принципами охорони здоров'я в республіці є багатоукладність економіки з багатоканальним фінансуванням, поєднанням державних гарантій з монополізацією і заохоченням підприємництва і конкуренції. Тому бізнес-план як державної, так і приватної медичної установи повинен бути орієнтований на дві основні функції:

1. **Зовнішню** — покликану ознайомити потенційних інвесторів із сутністю і основними аспектами реалізації конкретного медичного проекту.
2. **Внутрішню** — покликану розробити комплексну систему управління реалізацією конкретного медичного проекту, придатну для стратегічного та оперативного управління, що можна використовувати як механізм аналізу, контролю і оцінки діяльності закладу.

Бізнес-план у будь-якій галузі виробництва або обслуговування має свою специфіку. Система охорони здоров'я не є винятком. Тому принципи розробки бізнес-плану припускають необхідність врахування специфіки споживчого попиту, ринку медичних послуг, форм фінансування й оплати. Бізнес-плани в галузі охорони здоров'я можна класифікувати за такими напрямками:

- бізнес-план медичних послуг;
- бізнес-план виробництва лікарських засобів та товарів медичного призначення;
- бізнес-план виробництва медичної техніки;
- маркетингові бізнес-плани реалізації лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичної техніки й оптики;
- бізнес-план розробки нових медичних технологій.

Структура бізнес-плану жорстко не регламентується. Основні розділи бізнес-плану, схеми їх опису і складання в Україні та інших країнах особливо не відрізняються.

Приблизна структура та схема розробки бізнес-плану

1. Титульна сторінка бізнес-плану.
2. Резюме.
3. Аналіз стану галузі, до якої відноситься Ваша справа.
4. Суть запропонованого проекту.
5. Виробничий план.
6. План маркетингу.
7. Організаційний план.
8. Юридичний план.
9. Оцінювання ризику та страхування.
10. Фінансовий план.
11. Стратегія фінансування.
12. Додаток.

Зміст розділів бізнес-плану

Титульна сторінка бізнес-плану

На титульній сторінці необхідно подати таку інформацію:

- повну назву та адресу закладу охорони здоров'я;
- ім'я підприємця (головного лікаря) та його телефони;
- суть запропонованого проекту (2—3 речення);
- загальна вартість проекту;
- заяву про те, що зміст проекту не підлягає розповсюдженню.

В тому разі, коли Ви ще не маєте юридичного статусу, Ви подаєте особисті відомості.

Резюме

Резюме складається, як правило, вже після того, як закінчено розробку всього бізнес-плану, але розміщується саме на початку документа. Воно повинно бути дуже стислим (3—4 сторінки) і викладеним так, щоб зацікавити потенційного партнера чи інвестора. Саме ця частина є вирішальною, бо від неї залежить, будуть розглядати Ваш бізнес-план далі тут і поставлять крапку.

Це своєрідна візитка майбутньої справи, тому необхідно чітко та переконливо викласти головні положення проекту, а саме: чим буде займатися підприємство чи організація, скільки коштів треба для його діяльності, який буде попит на його продукцію чи послуги і чому підприємець вважає, що саме його справа матиме успіх.

Аналіз стану галузі

При написанні 5—6 сторінок тексту цього розділу Ви повинні зібрати і обробити великий обсяг фактичної інформації. Типовий процес дослідження ринку включає 4 етапи:

- визначення типу даних, котрі Вам потрібні для подальшого аналізу;
- пошук та збирання цих даних;
- аналіз даних;
- реалізація заходів, що дозволяють використати ці дані на користь Вашого закладу.

Дуже важливо таким чином сформулювати ідею нового закладу (проекту) з урахуванням дійсного стану справ у галузі, щоб інвестор позитивно розцінив шанси нового закладу охорони здоров'я порівняно з іншими. Для цього в бізнес-плані рекомендується провести короткий історичний екскурс, дати аналіз поточного стану справ у сфері діяльності, в якій Ви починаєте працювати, та визначити тенденції її розвитку. Найкраще дати довідку про останні новинки галузі, назвати потенційних конкурентів, показати їх сильні та слабкі сторони і те, як саме вони можуть вплинути на хід Вашої справи.

Найважливішим питанням розробки цього розділу є виявлення споживачів (пацієнтів та їх представників), на яких розраховується товар чи послуга Вашого закладу. Для цього необхідно, насамперед, визначити той сегмент ринку, котрий для закладу охорони здоров'я буде головним. Треба знайти відповіді на запитання про те, хто, чому, скільки і коли саме буде готовий купувати вашу продукцію (послугу) завтра, післязавтра і взагалі протягом найближчих двох років. Для вітчизняного підприємця розробка цього розділу плану є дуже складним завданням, оскільки важко знайти цілком достовірні дані про становище ринку.

У цьому розділі треба відповісти на такі запитання:

• Якою була динаміка продажу продукції (медичної послуги) в галузі Вашого бізнесу за останні 5 років?

- Які очікуються темпи зростання по галузі (або взагалі зміни обсягів реалізації)?
- Скільки нових фірм виникло в цій галузі за останні три роки?
- Які нові продукти вийшли на цей ринок?
- Потенційні конкуренти — хто вони?
- Які резерви випередження конкурентів?
- Стан справ у конкурентів і їх можливості?
- Потенційні споживачі — хто вони?

Сутність запропонованого проекту

Основні питання цього розділу:

• Яку продукцію, Ви будете випускати або які послуги надавати чи яку діяльність здійснювати?

• Точний опис продукту чи послуги, включно з інформацією про наявні патенти.

• Де буде розташований заклад охорони здоров'я (чи то власне приміщення, чи Ви його орендуєте, чи потрібен ремонт приміщення)?

• Які Вам потрібні фахівці для роботи?

• Яке обладнання Вам потрібне (закупка чи оренда)?

• Чи є у Вас досвід підприємницької діяльності (коротко про Вашу попередню діяльність)?

Після відповіді на ці запитання треба значку увагу звернути на деякі питання технології, за допомогою якої буде організоване виробництво Вашої продукції чи послуг. Важливо написати цю частину мовою, яка зрозуміла і для неспеціаліста. Більш деталізована інформація про Ваше виробництво може бути подана в додатку.

Виробничий план

До складу виробничого плану бізнесу-проекту, орієнтованого на **виробництво**, повинні входити такі розділи:

1. Технологічний процес:
 - основні виробничі операції;
 - патенти, науково-конструкторські розробки.
2. Основні виробничі фонди:
 - ◆ будинки і спорудження;
 - ◆ машини й устаткування.
3. Сировина та комплектуючі матеріали.
4. Вплив зовнішніх факторів.

Розділ виробничого плану, що входить до бізнес-проекту і орієнтований на **надання медичних послуг**, має складатися з таких розділів:

1. Технологічний процес:
 - основні виробничі операції;
 - ліцензії, патенти, наукові розробки.
2. Основні виробничі фонди:
 - ◆ будинки;
 - ◆ медична техніка й апаратура.
3. Фармакологічні препарати, медичний інструментарій, матеріали.
4. Вплив зовнішніх факторів.

А. Виробництво медичного устаткування або лікарських засобів

1. Технологічний процес.

Цей розділ бізнес-плану, як правило, починається з опису технологічної схеми. Потім описуються технологічні потоки:

- шляхи надходження комплектуючих, сировини для переробки, інших матеріалів;
- схема розподілу виробничого процесу в просторі й часі;
- обсяг внутрішніх і зовнішніх перевезень;
- споживання енергії, газу й ін.

Якщо на перших етапах розвитку виробництва частину робіт виконуватимуть субпідрядники, то необхідно дати їхню коротку характеристику й обґрунтування залучення їх у виробничий процес. Ваш бізнес-проект буде більш привабливим для інвестора, якщо Ви докладете до нього контракти, договори про співробітництво або угоди про наміри.

У цьому ж розділі вказується наявність патенту, ліцензії на виробництво товару. А при їхній відсутності — передбачається, які ліцензії будуть необхідні, їхня вартість і умови використання.

Якщо бізнес-проект орієнтований на принципово новий технологічний процес, то необхідно:

- ◆ описати програму науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт, необхідних для одержання патенту;
- ◆ скласти перелік науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт, необхідних для підтримки конкурентноздатності продукції;
- ◆ розрахувати необхідні фінансові витрати.

У цьому самому розділі розглядаються способи правового захисту нової продукції не тільки у формі патентів, ліцензій або авторських посвідчень, а й авторських прав або товарних знаків.

При відповіді на ці запитання Вам треба аналізувати стан справ з упередженням на 2—3 роки наперед, а для великих підприємств чи значних за обсягом виробництв — на 4—5 років.

У заключній частині цього розділу бізнес-плану повинні знайти місце розрахунки розміру Ваших витрат на охорону навколишнього середовища, бо це є обов'язковою умовою подальшого перетворення паперового бізнес-плану в діюче виробництво.

План маркетингу

До основних елементів плану маркетингу відносяться:

- Схема розповсюдження товарів (послуг).
- Ціноутворення.
- Реклама.
- Методи стимулювання продажу.
- Гарантійне обслуговування (для медичної техніки).
- Формування громадської думки про Ваші товари (послуги).

У цьому розділі необхідно на 3—4 сторінках викласти головне: по яких каналах Ви будете продавали свій товар, як визначатимете ціну товару, як рекламуватимете, як організуєте службу сервісу.

Якщо Ви будете реалізовувати товари за кордоном, то Вам необхідно провести відповідні патентні дослідження (оцінку патентної чистоти товару тощо).

Починаючи підприємство повинен навчитися складати план маркетингу, щоб потім звіряти з ним свої поточні рішення. Це дасть можливості оперативно контролювати ситуацію і реагувати на зміни.

Потенційні інвестори відносять ґрунтовну розробку плану маркетингу до найважливіших компонентів успіху нового виробництва.

Організаційний план

По-перше, треба навести організаційну схему (побудову) Вашого закладу. Це дасть можливість здобути уявлення щодо ефективності взаємодії служб та підрозділів. Після цього необхідно обґрунтувати, скільки і яких спеціалістів (за фахом, посадами тощо) вам потрібно, і якою повинна бути їхня заробітна плата.

У тому випадку, коли Ви маєте вже працюючий персонал, необхідно дати коротку характеристику головним спеціалістам.

Якщо Ви маєте намір створювати нове підприємство, то організаційний план використовується при спілкуванні з можливими компаньйонами і співробітниками, щоб інформування їх про Ваші задуми.

Юридичний план

Якщо в бізнес-плані обґрунтовується необхідність створення закладу (проекту), то насамперед вирішується питання щодо форми власності і типу майбутнього підприємства: державне, приватне, відкрите акціонерне чи товариство з обмеженою відповідальністю, мале, орендне чи спільне підприємство тощо.

Залежно від вибраної організаційно-правової форми закладу охорони здоров'я будується зміст цього розділу. Так, якщо збираєтеся створювати акціонерне товариство, то Ви повинні подати інформацію щодо розмірів уставного капіталу, необхідної частки внесків засновників, кількості та номіналу акцій тощо.

Відповідні відомості подаються щодо інших форм власності та юридичного статусу організації.

Оцінювання ризику та страхування

Для більшості невеликих проектів аналіз ризику проводиться із застосуванням суто експертних методів, тобто шляхом оцінювання. Важливіше тут — не точність розрахунків, а вміння розробника бізнес-плану заздалегідь передбачити всі можливі види ризику. Спектр ризиків дуже широкий — від пожеж, землетрусів, міжнаціональних конфліктів до знеструмлення обладнання чи травмувань персоналу, ятрогенних захворювань. Виходячи з певної ймовірності виникнення небажаних ситуацій, вам потрібно так побудувати діяльність, щоб якомога зменшити ризик і залежні від нього втрати в майбутньому.

У цьому розділі бізнес-плану Вам необхідно показати профілактичні можливості запобігання ризику, а також викласти свою програму страхування від ризику.

На жаль, діюча зараз у нашій країні система страхування не відповідає існуючим міжнародним стандартам і тому дуже часто цей розділ бізнес-плану не дає надійної інформації для проведення правильної оцінки.

Фінансовий план

Цей розділ бізнес-плану дає узагальнюючу картину попередніх складових частин плану, але подає їх у вартісному виразі. Він включає в себе декілька документів, а саме:

- прогноз обсягу реалізації;
- баланс грошових витрат та прибутків;
- таблицю витрат та прибутків;
- зведений баланс активів і пасивів підприємства.

Цей набір документів тільки-но входить у нашу повсякденну практику, тому розглянемо їх більш детально.

Прогноз обсягу реалізації дає уявлення про ту частку ринку, на яку Ви розраховуєте. Найчастіше цей прогноз робиться на три роки, причому на перший рік дається помісячна розбивка, на другий — поквартальна, на третій рік подаються загальні обсяги за 12 місяців.

Баланс грошових витрат та прибутків. Це документ, за допомогою якого можна оцінити, скільки грошей потребує реалізація проекту з розбивкою за часом отримання, а саме: скільки до початку реалізації і скільки і коли під час виконання роботи. Головна мета грошового балансу — упевнитися щодо можливості забезпечення синхронності надходжень та витрат грошей, а також перевірити можливість ліквідності справи в разі необхідності. Наприклад, якщо продаж Вашої продукції буде пов'язаний зі значним проміжком часу в розрахунках з покупцями (мається на увазі дебіторська заборгованість), то для підтримки Вашої ліквідності доведеться на першому етапі проводити додаткові «впорскування» грошових коштів, сума яких збільшить Вашу початково розраховану потребу. Таблиця прибутків та витрат включає в себе:

- Надходження від продажу товарів (реалізації послуг).
- Витрати на виробництво товарів.
- Загальний прибуток від продажу.
- Загальновиробничі витрати (за видами).
- Чистий прибуток.

Розрахунки таблиці прибутків та витрат мають дати уявлення, як будуть формуватися та змінюватись Ваші прибутки (для першого року помісячно, для другого — поквартально, для третього — в розрахунку на рік).

Зведений баланс активів та пасивів підприємства рекомендується складати на початок та кінець першого року реалізації Вашого проекту. Цей документ має значення для взаємин з комерційними банками, тому що вони зможуть оцінити, які суми намічено вкласти в активи різних коштів і за рахунок яких пасивів підприємств збирається фінансувати створення чи придбання цих активів.

Стратегія фінансування

У цьому розділі необхідно викласти Ваш план отримання коштів для створення чи розширення Вашого закладу (проекту). Перше питання тут — скільки взагалі необхідно коштів для реалізації проекту. Друге питання — з яких джерел Ви отримаєте ці кошти і в якій формі. І третє питання — коли можливо очікувати повного повернення вкладених коштів та отримання інвесторами прибутку.

Додаток

У додаток до бізнес-плану найчастіше включають:

- Технічні характеристики продукції.
- Патентні документи (якщо необхідно).
- Відомості щодо керівних кадрів.
- Організаційну схему підприємства.
- Звіт по ревізії бухгалтерських документів.
- Прізвища бухгалтерів, юридичних консультантів

8.3. Характеристика ринків у галузі охорони здоров'я

Чинники зовнішнього середовища і внутрішній стан людини породжують певний спектр потреб і приводять до формування системи відповідних пропозицій по задоволенню потреб.

Виділяються три групи (комплекси) основних потреб людини і потреб, пов'язаних з необхідністю придбання товарів і послуг:

- ◆ потреба жити;
- ◆ потреба бути здоровим із збереженням працездатності, що формує бажання відновлення здоров'я в разі тимчасової втрати працездатності й бажання зберегти часткову працездатність за наявності інвалідності;
- ◆ потреба найвищої міри свободи життєдіяльності (фізіологічної, психосоматичної, соціальної), коли потреба характеризується бажанням досягнення найвищого ступеня «якості життя».

Ринок галузі охорони здоров'я являє собою сукупність наявних та потенційних товарів та послуг, спрямованих на захист і відновлення здоров'я.

У медичному бізнесі термін «ринок» використовується для визначення групи споживачів, об'єднаних за спільною ознакою й розподілений на кілька взаємопов'язаних ринків. До таких відносяться:

1. Ринок медичних послуг.
2. Ринок лікарських препаратів.
3. Ринок предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни.
4. Ринок нетрадиційних методів лікування та оздоровлення.
5. Ринок медичної техніки.

6. Ринок медичних технологій.
7. Ринок медичного страхування.
8. Ринок наукових медичних ідей.
9. Ринок праці медичного персоналу.
10. Ринок освітніх послуг у галузі охорони здоров'я.

8.3.1. Характеристика ринку медичних послуг

У маркетингових системах охорони здоров'я в Україні немає місця такому поняттю, як медична допомога, а існує елемент ринку — медична послуга. Медична допомога — категорія неринкових відносин лікаря і пацієнта. Згідно з Конституцією України, медична допомога надається кожному громадянину країни безкоштовно в мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Відповідно до законодавства України, в закладах охорони здоров'я недержавної форми власності невідкладну медичну допомогу надають безкоштовно.

Особливості ринку медичних послуг полягають у специфічності праці медичних працівників, коли збереження життя пацієнта, гуманітарна місія охорони здоров'я і етична сторона лікарської діяльності набагато переважають економічну доцільність і рентабельність медичної діяльності.

З іншого боку, в сучасному цивілізованому суспільстві медичні послуги, спрямовані на задоволення потреб підвищення «якості життя», характеризуються високою економічним ступенем рентабельності. В структурі тарифу таких медичних послуг, по суті, закладені економічні витрати виробництва медичних послуг у двох інших сегментах ринку здоров'я: «маркетингового сегмента життя» і «маркетингового сегмента хвороб». Повне задоволення потреб споживачів у цьому сегменті ринку здоров'я, більшою мірою пов'язано не з лікарською медичною діяльністю, а визначається іншими індивідуальними, природними і соціально-економічними чинниками. Крім. Вищезазначеного ринок медичних послуг має такі особливості:

- кваліфікаційні вимоги, що призводять до обмеження кількості практикуючих лікарів;
- специфічні вимоги, що призводять до обмеження кількості лікарень, які можуть диктувати певну цінову політику;
- недосконалість та специфічність конкуренції, що робить неможливим залучення покупців за рахунок зменшення ціни;
- медичні послуги різноманітні, їх важко зіставити;
- немає прямого зв'язку між ціною та витратами споживача, значну частину яких сплачує третя сторона (родичі, працедавці за умови добровільного медичного страхування або надання соціального бонуса);
- наявність зовнішніх ефектів (екстерналій), надання медичних послуг діє ефективно не тільки на покупців цих послуг, а й на інших осіб. Наприклад, у зв'язку з розвитком санаторно-курортного лікування розробляється доступ до цілющих джерел, розвивається інфраструктура населеного пункту (дороги, постачання тощо), яким користуються не тільки відпочиваючі. Проведення профілактичних щеплень поліпшує загальну епідемічну ситуацію.

В Україні та інших країнах Східної та Центральної Європи для ринку медичних послуг характерна олігополія, що має такі характеристики:

- ♦ невелика кількість конкурентів при значних вхідних бар'єрах у галузь нових лікувально-профілактичних закладів;

♦ медична послуга в рамках економічних характеристик може бути як стандартизованою, так і диференційованою;

♦ ефективність медичної допомоги потребує, щоб об'єм виробничих потужностей кожного лікувально-профілактичного закладу займав велику частку сукупного ринку медичних послуг. У зв'язку з цим — достатньо високий ступінь концентрації лікувально-профілактичних установ у рамках регіону, при якій сумарна частка чотирьох-восьми лікувально-профілактичних закладів не нижча 60 % загального об'єму потреб у медичних послугах;

♦ вигідне розширення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичної установи до великих розмірів через слабкість або відсутність поля привабливої і помірної конкуренції;

♦ абсолютна вертикальна взаємозалежність лікувально-профілактичних установ, що нейтралізує ефективні механізми конкурентоспроможності;

♦ переважно нецінова конкуренція при виробництві і споживанні медичних послуг у системі комунальної форми надання медичній допомоги.

Існують три основні напрями зі специфічними формами пропозиції медичних послуг і задоволення медичних потреб.

I. Лікарські пропозиції медичних послуг із збереження життя (зокрема, в перинатальному періоді, при екстремальних ургентних станах, загрозливих для життя пацієнта, в похилому віці, паліативні медичні послуги при невиліковних захворюваннях тощо). Умовно цей сегмент ринку здоров'я називається «маркетинговим сегментом життя».

II. Лікарські пропозиції медичних послуг з метою повернення здоров'я, відновлення і збереження певного рівня працездатності при її тимчасовій втраті. Цей сегмент ринку здоров'я умовно названо «маркетинговим сегментом хвороб». Види медичних послуг у цьому сегменті розподіляються за напрямками:

- медичні послуги, спрямовані на лікування гострих і профілактика загострень хронічних захворювань;

- медичні послуги, спрямовані на недопущення переходу тимчасової втрати працездатності в стійку (інвалідність);

- медичні послуги із збереження і підтримки певного ступеня хронічних станів та інвалідності.

III. Медичні послуги, що зберігають і підтримують стан здорового організму. До цього сегмента відносяться імунопрофілактика, диспансеризація, косметологічні послуги тощо. Цей сегмент характеризується як «маркетинговий сегмент здоров'я».

У системі ринкових відносин виокремлюють 4 групи контрагентів ринку, між якими реалізуються основні види господарчих зв'язків та економічних відносин. Із розвитком елементів ринкових відносин з'явилося поняття медичного суб'єкта, як виробника медичних послуг.

Медичний суб'єкт — виробник медичних послуг — зареєстрований та ліцензований в установленому порядку лікувально-профілактичний заклад будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, який надає медичні послуги.

Контрагентами ринку медичних послуг виступають:

- ♦ **інші заклади охорони здоров'я**, які беруть участь у реалізації складного лікувально-діагностичного процесу (постачальники лікарських засобів, товарів медичного призначення, фірми, що реалізують та обслуговують медичну техніку, організації охорони здоров'я, до яких при необхідності звертаються щоб отримати консультацію вузьких спеціалістів, тощо);

♦ *фінансово-кредитні організації*, що надають такі банківські послуги, як лізинг і факторинг, проводять кредитування, виконують посередницькі послуги добровільного медичного страхування;

♦ *державна* залучає заклади охорони здоров'я до виконання урядових програм у галузі охорони здоров'я, надає податкові пільги;

♦ *громадяни* — група, неоднорідна за своїм складом, функціями в реалізації господарчих зв'язків в умовах ринку.

Позитивні риси ринку медичних послуг:

- підвищення якості медичного обслуговування, зокрема медичного сервісу;
- вільний доступ до методів і форм лікування;
- можливість і реалізація вибору будь-якого постачальника медичних послуг;
- можливість юридичного і економічного впливу в разі незадоволення або не-якісного задоволення медичних потреб;
- заробіток медичного працівника, пов'язаний з результатами праці і задоволеністю пацієнта;
- правова та економічна захищеність як споживача, так і постачальника медичних послуг.

Негативні риси ринку медичних послуг:

- ♦ послаблення профілактичних заходів,
- ♦ неприйняття медичних послуг з високою часткою гуманітарної місії охорони здоров'я і низьким ступенем прямої економічної вигоди;
- ♦ дискримінація хворих соціально уразливих груп, що потребують медичної допомоги.

Деякі негативні риси ринку медичних послуг може бути знято при методологічному підході, що розглядає різні групи пацієнтів, їх медичні потреби і потреби як своєрідні і специфічні сегменти ринку, визначає їх законне місце в маркетинговій системі охорони здоров'я і знаходить специфічні форми й методи задоволення потреб і попиту клієнтів цих сегментів.

Сегментація ринку медичних послуг за можливостями попиту на медичні послуги здійснюється відповідно до економічних груп, які характеризуються видом медичної послуги, медико-діагностичною групою, вартістю процедури, платоспроможністю і особою пацієнта.

Єдиного методу сегментації ринку медичних послуг не існує. Тому заклади охорони здоров'я при управлінні маркетинговою діяльністю випробовують різні варіанти сегментації на основі різних змінних параметрів, одного або декількох відразу, з метою пошуку найбільш корисного підходу щодо розгляду структури такого ринку.

Класифікація сегментів ринку медичних послуг проводиться за такими параметрами:

- віковими й статевими ознаками (чоловіки, жінки, діти, підлітки, дорослі, особи похилого віку);
- за видами забезпечення медичною допомогою (амбулаторно-поліклінічна, госпітальна, допомога породіллі, стоматологічна, лікарське забезпечення тощо);
- за декретованими групами (здорові, хворі, особи що працюють у професійно-шкідливих умовах, військовослужбовці, студенти тощо);
- за нозологічними групами (як окремий випадок — за групами диспансеризації);
- медико-діагностичними групами;
- групами рівного медичного стандарту;
- економічними групами (рівнем добробуту і платоспроможності);
- за видами медичних послуг.

Неможливо звернутися відразу до всіх покупців медичних послуг, оскільки вони мають різні потреби щодо збереження та відновлення здоров'я, розрізняються за стилем отримання послуг, а також за рівнем доходів. Це визначає напрям спеціалізованих сегментів ринку медичних послуг.

З іншого боку, на деяких субринках можуть бути вдало розташовані конкуренти. Тому лікувально-профілактичні заклади (медичні практики) мають бути зацікавлені у виявленні тих субринків, які виявляться для них найпривабливішими і сумісними з цілями і ресурсами. При однакових медичних потребах різними можуть бути потреби, ресурси, географічне розміщення, рівень санітарної культури, купівельні спроможності, звички. Будь-якою з цих змінних можна скористатися для сегментації ринку.

В ідеалі лікувально-профілактичний заклад (суб'єкт медичної практики) має бути єдиним у своїй ніші, чим ця ніша вужча, тим менше конкурентів. Але при цьому звучується і вірогідність великих і широких продаж медичних послуг. Ніша сегмента ринку медичних послуг тим привабливіша, чим більше вона відповідає таким характеристикам:

- покупці медичних послуг (пацієнти) мають складні і специфічні потреби в задоволенні медичних потреб;
- пацієнти готові платити велику ціну, щоб отримати медичну допомогу абсолютної якості, тобто коли медичні процедури абсолютно адаптовані до їх явних і прихованих потреб;
- виробник медичних послуг має високу професійну і суспільну компетенцію, яка постійно вдосконалюється. Оскільки галузь охорони здоров'я наукомістка, то на перший план виходить здатність медичних працівників до постійного підвищення своєї кваліфікації та спрямованість управлінського персоналу лікувально-профілактичного закладу на впровадження інноваційних технологій у діагностичний та лікувальний процеси.

Таким чином, сегментація ринку медичних послуг має змогу надати медичну допомогу (задовольнити конкретний попит) і з урахуванням індивідуальності пацієнта, і з урахуванням масового споживання медичних послуг.

8.3.2. Характеристика фармацевтичного ринку

Фармацевтичний ринок являє собою частину ринку споживчих товарів та послуг, що має певні особливості, які суттєво впливають на його організацію. До відмітних особливостей фармацевтичного ринку відносять:

- ◆ тенденція до світової глобалізації;
- ◆ широкий асортимент лікарських засобів;
- ◆ тривалий цикл розробки лікарських засобів;
- ◆ висока наукомісткість;
- ◆ велика розмаїтість технологічних процесів, видів обладнання, сировини й матеріалів, які використовують при виготовленні лікарських засобів;
- ◆ часті зміни, розширення й оновлення номенклатури продукції, що випускається;
- ◆ залежність попиту від епідемій, стихійних лих, інших екстремальних ситуацій.

Тенденція до світової глобалізації зумовлена певними чинниками.

По-перше: спільна для всього людства потреба в збереженні та відновленні здоров'я, прагнення до подовження терміну життя.

По-друге: подібні динаміка захворюваності та патофізіологічні механізми протікання хвороб в різних країнах світу.

По-третє: сучасні високошвидкісні технології обміну інноваційними технологіями й результатами науково-дослідних робіт.

По-четверте: висока вартість розробки та впровадження нових лікарських засобів, що потребує інтеграції зусиль.

По-п'яте: прагнення фармацевтичних компаній до захоплення більшої частини фармацевтичного ринку.

По-шосте: спільні міжнародні стандарти виготовлення (GLP, GCP, GMP) дистрибуції та фармацевтичної практики (GDP, GPP) зберігання та транспортування лікарських засобів (GSP).

Прикладом інтеграційних процесів у фармацевтичній галузі може бути процес, який розпочала компанія «Байер». З 1999 р. препарати під маркою «Байер» в Україні представляли співробітники компанії ТОВ «Фармонікс» (в 2007 р. вони почали свою роботу в представництві «Шеринг АГ»). У 2007 р. розпочалось юридичне об'єднання діяльності ТОВ «Байер» та представництва «Шеринг АГ». Після такої інтеграції «Байер» зайняв дев'яте місце в рейтингу виробників фармацевтичної продукції в Україні. Серед основних причин, що спонукали фірми до інтеграції, були такі. По-перше, компанії, які проводять власні дослідницькі роботи, що потребують великих інвестицій, повинні мати певні розміри для мінімізації ризиків, пов'язаних з розробкою нових лікарських засобів. Об'єднання компаній «Байер» та «Шеринг АГ» посилює могутній науково-дослідний потенціал та відкриває дорогу в першу десятку світових виробників спеціалізованої фармацевтичної продукції. Після об'єднання компаній портфель лікарських засобів суттєво розширився.

Система забезпечення лікарськими засобами в Україні має три основні етапи:

1. Постачання лікарських засобів вітчизняних виробників.
2. Централізована закупівля імпортованих лікарських засобів.
3. Постачання лікарських засобів господарюючими суб'єктами різного відомчого підпорядкування та форм власності.

Відповідно до системи забезпечення кількісна ємність фармацевтичного ринку України складається з:

- обсягів виробництва лікарських засобів вітчизняними виробниками;
- імпорту лікарських засобів;
- складських запасів.

Структура фармацевтичного ринку — система взаємозалежних і взаємодіючих суб'єктів та об'єктів з вироблення, розподілу та споживання лікарських засобів, а також факторів, які чинять на них вплив.

Суб'єкти фармацевтичного ринку — учасники ринку, що чинять активний вплив на його об'єкти й складаються з таких підсистем:

◆ **Управління та регулювання** — представлена органами нагляду за фармацевтичною діяльністю, контролю якості, ефективності й безпеки лікарських засобів на міжнародному, державному та регіональних рівнях.

◆ **Виробництва та розподілу** — представлена вітчизняними виробниками фармацевтичної продукції, зарубіжними компаніями, оптовими та роздрібними організаціями.

◆ **Фармацевтичної інформації** — представлена спеціалізованими інформаційно-аналітичними виданнями, агентствами, консалтинговими компаніями тощо.

◆ **Підготовки кадрів** — представлена підготовкою фахівців з напрямку «Фармація» (провізори, фармацевти), фахівців з виробництва лікарських засобів, менеджерів та маркетингологів, орієнтованих на фармацевтичну галузь.

◆ *Професійні громадські організації.*

◆ *Споживання* — представлена різними типами покупців фармацевтичної продукції.

Споживачі фармацевтичної продукції — складна підсистема суб'єктів фармацевтичного ринку, що відрізняються за мотивами споживання фармацевтичних й парафармацевтичних товарів, мають різні ціннісні орієнтири в їх придбанні, відрізняються за призначенням і процесом споживання. Розрізняють такі типи споживачів:

◆ **Інституціональні споживачі** — фірми-виробники фармацевтичної продукції: державні та організації недержавної форми власності, що купують товар з метою подальшого використання. Існує три категорії споживачів, що відносяться до цього типу:

- виробники лікарських засобів, які в технологічному процесі використовують фармацевтичну продукцію, інших виробників;

- лікувально-профілактичні заклади;

- оптові та роздрібні аптечні заклади, фармацевтичні фірми.

◆ **Кінцеві споживачі** — пацієнт, члени його родини, що використовують товари фармацевтичного виробництва для особистого або сімейного споживання.

◆ **Проміжні споживачі** — медичні працівники, що призначають лікарський засіб з метою його використання в умовах стаціонару, клініки, санаторію, профілактику тощо або виписують рецепт на лікарський засіб, використати його під час амбулаторного лікування.

Об'єкти фармацевтичного ринку:

- фармацевтичні товари та послуги;

- парафармацевтичні товари;

- фармацевтична інформація;

- смаки та уподобання споживачів;

- платоспроможна потреба;

- якість продукції;

- технології;

- тощо.

Суб'єкти та об'єкти фармацевтичного ринку активно впливають один на одного і мають кількісні та якісні характеристики. Суб'єкт характеризують такі параметри, як кількість, організаційно-правова форма та форма власності, ступінь концентрації, положення на ринку тощо.

На фармацевтичному ринку України активно працюють вітчизняні виробники: АТ «Фармацевтична фабрика «Дарниця», АТ «Київмедпрепарат», АТ «Фармак», АТ «Борщагівський ФЗ», АТ Фармацевтична фабрика «Здоров'я», АТ «Галич-фарм» та ін. Проте останніми роками інтенсивно зростає обсяг імпортованих препаратів, частка яких на вітчизняному фармацевтичному ринку становить понад 70 % загального обсягу ринку.

Згідно з даними Держкомстату, в Україні станом на 01.05.2005 р. налічувалося понад 21 тис. аптек разом зі структурними підрозділами, з яких 31 % — державної та комунальної власності, 27 % — приватної, 42 % — колективної форми власності. Щодо оптових фармацевтичних організацій, то в Україні функціонують державні (ДАК «Ліки України»), комунальні (аптечні склади обласного підпорядкування), колективні (наприклад, Львівське АТ «Данфарм») і приватні (наприклад, Харківська приватна фірма «Мегаполіс») оптові фармацевтичні підприємства, а також фірми з частковою (СП ТзОВ «Геден Ріхтер — Укрфарм» у м.Києві) та стовідсотковою (київська «Протек-фарма») іноземними інвестиціями.

Посередницьку мережу фармацевтичного ринку представлено незалежними посередниками (оптові організації) та роздрібною аптечною мережею. Крім того, на

фармацевтичному ринку функціонують дистриб'ютори. Сектор оптової торгівлі лікарськими засобами пережив бурхливе зростання та вступив до стадії зрілості, що характеризується вилученням з ринку дрібних оптових торговців, зміцнення позицій національних та регіональних лідерів.

Після 2005 р. основну увагу на фармацевтичному ринку спрямовано на роздрібну мережу аптекних закладів. Вона розширюється за рахунок дрібно-роздрібної торгівлі лікарськими засобами та товарами медичного призначення — аптечні кіоски та аптечні пункти. В Україні посилилася тенденція до формування фірмових аптекних мереж, що пов'язано зі стратегією оптовиків на активне просування свого асортименту, збільшення можливостей контролю за цим процесом.

Асортимент фармацевтичного ринку України. Характерною особливістю сучасного українського фармацевтичного ринку є ввезення значної кількості медикаментів імпортного виробництва без певної системи врахування можливості забезпечення потреб населення та лікувально-профілактичних закладів. В Україні зареєстровано близько 5000 лікарських препаратів, у тому числі 1150 вітчизняного виробництва. Насичення ринку відбувається переважно не новими оригінальними препаратами, а вже відомими засобами, які приховані за різними фірмовими назвами і нерідко же виготовляються вітчизняною фармацевтичною промисловістю. Мають місце випадки, коли фактично один і той самий препарат реєструється і постачається під різними торговельними назвами. Наприклад, є 32 синоніми аспірину, 20 — анальгину, 38 — парацетамолу.

Статистичні дані засвідчують, що Україна може забезпечити себе власними медикаментами без сторонньої допомоги лише на 28 %. Решта (72 %) належить іноземним фірмам.

Більше половини зареєстрованих на ринку України імпортних препаратів, становлять «ядерну групу», до якої входять препарати п'яти фармако-терапевтичних груп із 30 затверджених Фармакологічним комітетом МОЗ України. Це засоби для лікування інфекційних, серцево-судинних, шлунково-кишкових захворювань, анальгетики, жарознижувальчі, нестероїдні протизапальні засоби, гормональні препарати, контрацептиви.

Разом з цим в Україні зареєстровано незначну кількість препаратів окремих фармацевтичних груп: групи імуностимуляторів, сорбентів, препарати для профілактики і лікування променевої хвороби, для лікування педикульозу, для лікування діареї.

Отже, незважаючи на великий асортимент фармацевтичних засобів на ринку України, населення недостатньо забезпечене важливими препаратами різних лікарських форм, величезна кількість з яких імпортного виробництва і не викликає довіри щодо безпечного вживання. Лікарські засоби, особливо вітчизняні, надзвичайно дорогі, і більшість людей не в змозі придбати їх для лікування тих чи інших захворювань або ж підтримання здоров'я на певному рівні.

Недостатній рівень забезпечення населення України якісними ліками за доступними цінами ставить проблему розвитку національної фармацевтичної індустрії в ряд найважливіших державних проблем.

Сегментація фармацевтичного ринку

Кожний сегмент фармацевтичного ринку повинен відповідати таким параметрам:

1. Потреби сегмента повинні бути відносно постійними (потреби сегмента можуть помінятися при введенні на ринок інноваційного лікарського препарату або при радикальній зміні політики в сфері охорони здоров'я).

2. У сегменті повинні бути незадоволені потреби, які може задовольнити лікарський препарат.

3. Кількість рецептів (або запитів лікувально-профілактичних закладів) у сегменті ринку повинна бути достатньою для того, щоб виправдати витрати на виведення лікарського засобу на ринок.

4. Для безрецептурних лікарських засобів: кількість їх, що відпускаються з аптек, у сегменті повинна бути достатньою для того, щоб виправдати витрати на виведення лікарського препарату на ринок.

У фармацевтичному секторі споживачів сегментують різними способами й за різними критеріями. Найчастіше використовують такі:

1. Демографічний критерій: стать, вік, раса, національність.

2. Географічний критерій: сільські жителі, міські жителі, приміські жителі, жителі мегаполісів.

3. Соціально-економічні критерії: дохід, освіта.

4. Поведінка по відношенню до рецептурного лікарського препарату: спробував застосовувати лікарський препарат «легкий» користувач, частий (повторний) користувач, прихильник лікарського препарату, прихильник генеричного препарату.

5. Відношення: режим, якому надається перевага сьогодні, лікування, відношення до конкурента.

6. Переваги фахівців: існують культурні розходження, розходження в традиціях медичної практики, а також особисті переваги.

7. Доступність: можливість візиту до фахівця — по запису, на прийомі, як часто можна робити візити.

Одним з найважливіших критеріїв сегментації за групами споживачів для рецептурних лікарських препаратів є поведінка лікаря при виписуванні рецепту — як загальна, так по відношенню до конкретного лікарського засобу.

Сегментація фармацевтичного ринку може бути:

- товарною;
- за групами споживачів.

У фармацевтичному секторі використовується два основних види *товарної сегментації*:

- ◆ сегментація ринку за IMS;
- ◆ сегментація ринку за показниками лікарського препарату

1. Сегментація ринку за IMS. IMS надає дані з обсягу реалізації лікарських препаратів по терапевтичних групах. За основу формування терапевтичних груп препаратів прийняті рекомендації ВООЗ. До основних терапевтичних груп, що використовують у класифікації IMS, відносяться (перший рівень класифікації):

- засоби, що впливають на серцево-судинну систему (C);
- засоби, що впливають на травну систему й метаболізм (A);
- засоби, що діють на нервову систему (N);
- протимікробні засоби для системного застосування (J);
- засоби, що діють на респіраторну систему (R);
- засоби, що впливають на сечостатеву систему й статеві гормони (G);
- засоби, що впливають на опорно-руховий апарат (M);
- засоби, що застосовують в дерматології (D);
- протипухлинні й імуномодуючі засоби (L);
- засоби, що впливають на систему крові й гемопоєз (B);
- засоби, що діють на органи чуття (S);
- різні засоби (V);

- препарати гормонів для системного застосування (крім статевих гормонів) (Н);
- діагностичні засоби (Т);
- плазмозамінюючі засоби й перфузійні розчини (В05);
- протипаразитарні засоби, інсектициди й репеленти (Р).

Аналіз сегмента ринку проводиться як у грошовому виразі, так і за кількістю одиниць продукції (упакувань).

Основним недоліком сегментації ринку за терапевтичними класами є те, що така сегментація не враховує особливості лікарської практики. Лікарі дуже часто мислять категоріями симптомів і призначають препарати відповідно до уявних асоціацій із симптомами захворювання, а не відповідно до терапевтичного класу лікарського препарату.

II. Сегментація ринку за показниками лікарського препарату. Вона ґрунтується на конкретній групі симптомів (наприклад, полегшення симптомів застуди, полегшення головного болю) або на лікуванні конкретного захворювання (наприклад, лікування гастриту). Таким чином, оцінюється кількість рецептів, приписаних для лікування конкретного захворювання. Цей вид сегментації більш реалістичний і більше спрямований на споживача, тому що лікар пов'язує появу симптомів з конкретним захворюванням.

Так само, як і в першому виді сегментації, ринок лікарського препарату повинен оцінюватися не тільки за кількістю виписаних рецептів (тобто в одиницях спожитої продукції), а й у грошовому виразі, оскільки кількість виписаних рецептів сама по собі не дає уявлення про вартісне вираження сегмента ринку. Тільки спільний аналіз обох показників дає точне уявлення про тенденції на фармацевтичному ринку.

Сегменти фармацевтичного ринку значно відрізняються за своїми характеристиками через сильну конкуренцію або через зниження цін внаслідок появи лікарських препаратів-генериків. Необхідно аналізувати не тільки кількість реалізованих препаратів або кількість виписаних рецептів, а й фактичну вартість реалізованих лікарських препаратів або вартість виписаних рецептів.

Сегменти з відносно невеликою кількістю реалізованих лікарських препаратів або відносно невеликою кількістю виписаних рецептів при великому обсязі сегмента в грошовому виразі можуть бути дуже привабливими ринками.

Сегментація ринку за IMS разом із сегментацією ринку за показниками лікарського препарату допомагає ідентифікувати можливості, які необхідні для оцінювання майбутнього збільшення реалізації лікарського препарату.

Сегментація ринку за групами споживачів починається з визначення основного споживача. Ним може бути лікар загальної практики, лікар стаціонару, фельдшер, медсестра, фармацевт, органи охорони здоров'я, організації управління аптечною службою тощо.

Другим кроком є визначення потреб споживача — ефективність, менша кількість побічних ефектів, переносимість хворим, швидкий початок дії, зручність застосування, рентабельність курсу лікування, ціна, якість лікарського препарату тощо.

8.4. Управління маркетингом у галузі охорони здоров'я

Поняття маркетингу в охороні здоров'я складається з кількох самостійних напрямів:

1. Маркетинг медичних послуг.
2. Маркетинг лікарських препаратів.

3. Маркетинг предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни.
4. Маркетинг нетрадиційних методів лікування та оздоровлення.
5. Маркетинг медичної техніки.
6. Маркетинг медичної технології.
7. Маркетинг медичного страхування.
8. Маркетинг наукових медичних ідей.

Маркетинг медичних послуг

Виділення медичних послуг в окрему групу обумовлене поряд чинників, що відрізняють її від інших видів послуг і пояснюється специфікою:

- споживчого попиту;
- ринку медичних послуг;
- форми фінансування медичних установ;
- форми оплати праці медичних працівників.

Разом з тим слід зазначити, що маркетинг медичних послуг є тільки одним з основних напрямів маркетингу в галузі охорони здоров'я.

Основною особливістю медичних послуг є їх нематеріальність. Усі види медичних послуг дуже різні. Вони можуть надаватися фахівцями з низьким рівнем кваліфікації (наприклад, доглядальниці, санітарки) або вимагати дуже високого рівня кваліфікації виконавців (професори). Деякі види медичних послуг потребують великих капіталовкладень, наприклад, великі лікувально-профілактичні заклади з діагностичним комплексом і стаціонаром, інші можуть реалізовуватися при незначному первинному вкладенні капіталу, наприклад, надання медичних послуг удома, консультаційні послуги лікарів.

Основною мірою нематеріальності послуг є поняття континууму, який має певні відмінності залежно від виду послуг. Поняття континууму включає той комплексний набір чинників, який дає можливість відрізнити наближеність медичної послуги до виду продукту, орієнтованого на послугу або на товар.

Континуум «послуги-товар» конкретизує специфіку маркетингової діяльності. Вищезазначене проілюстровано на рис. 8.1.

Оскільки медичні послуги є частиною всього комплексу послуг, що затребувані суспільством, то вони мають особливості і характеристики, типові для інших видів послуг. Специфіка медичних послуг визначає їх маркетинг.

Критерії медичних послуг:

• Споживання медичних важко прорахувати, вони не підлягають зберіганню. Ця особливість обумовлює проблему регулювання попиту і пропозиції. Якщо торгівля товаром ґрунтується на торговому посередництві й можливості зберігання, то для продажу послуг на інших ринках необхідно створювати філії фірми, а якщо йдеться про консультаційні послуги — то й забезпечити виїзд туди провідних фахівців.

• У медичній послугі завжди присутній елемент продукції. Наприклад, визначення рівня гормонів у сироватці крові припускає наявність наборів реактивів, відповідного інструментарію (мікропіпеток та ін.), лабораторної техніки. В продажу продукції завжди присутній елемент послуги, наприклад, продаж рентгенівської плівки або лікарських засобів.

• Сфера послуг, на відміну від сфери виробництва, більше захищається державою від іноземної конкуренції. Більше того, в багатьох країнах галузь охорони здо-

ров'я знаходиться в повній або частковій державній власності або сурово нею контролюється і регламентується.

• Тенденція диверсифікації сфери послуг стала розповсюджуватися і на медичне обслуговування. Відособлені види послуг, об'єднуються «під одним дахом». Так догляд за хворими вдома став поєднуватися з навчанням родичів пацієнтів простим медичним маніпуляціям або забезпеченням продуктами й лікарськими засобами.

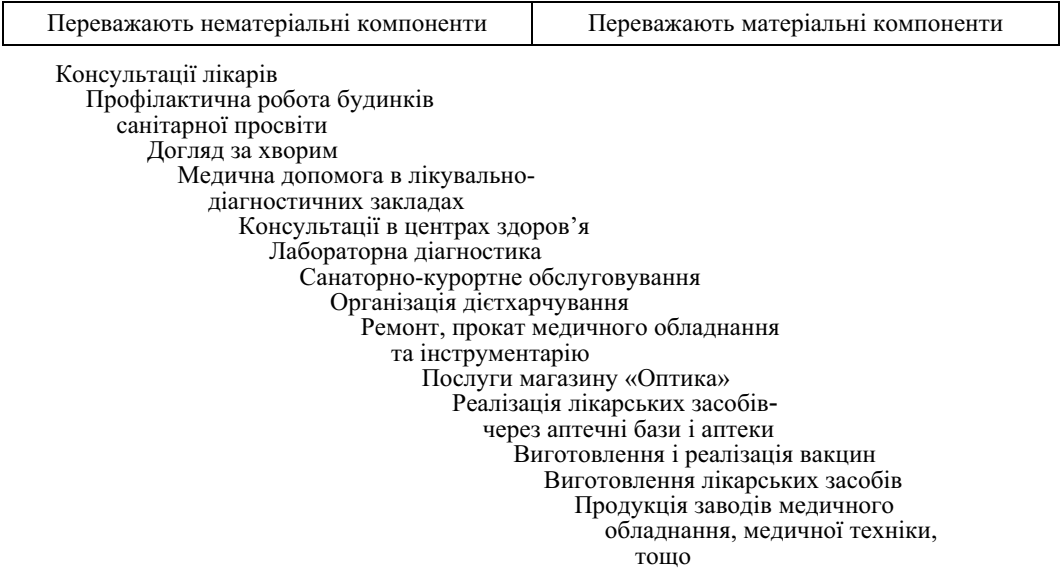


Рис. 8.1. Континуум «товар-послуга» в охороні здоров'я

Ф. Котлер визначив на *п'ять основних характеристик послуг*, які повинні враховувати підприємства і організації при формуванні маркетингової програми:

- нематеріальний характер або невідчутність;
- мінливість або неоднорідність якості;
- невіддільність від особи, що надає послугу;
- неможливість збереження і накопичення;
- відсутність володіння.

Маркетингова класифікація послуг ґрунтується на групі ознак, залежних від таких складових:

1. Хто надає медичну послугу, за допомогою або без допомоги медичного устаткування, тобто який елемент переважає в наданні медичної послуги. При наданні одних медичних послуг може переважати професійна майстерність. Наприклад, хірургічна операція. При надання інших медичних послуг — технологічна або інструментальна компонента. Наприклад, діагностика за допомогою комп'ютерної томографії.

2. Мотиви виробника медичних послуг: медичний бізнес, який орієнтований на отримання прибутку або медична допомога, яка надається в державних лікувально-профілактичних закладах, а також медичні послуги, що надаються благодійними закладами та фондами, орієнтованими на соціальний ефект.

3. Ознаки діяльності, що залежать від джерел фінансування: держава; добродійні внески; кошти пацієнтів і їх представників.

4. Ознаки діяльності, що залежать від споживачів послуг: медичні послуги, які надаються юридичним (організації) або фізичним особам (пацієнти).

Таким чином, *маркетинг медичних послуг — це спрямована на пацієнта і прибуток медичного закладу діяльність, результатом якої є збереження або відновлення здоров'я.*

Управління маркетингом із сфери надання медичних послуг орієнтоване на особливості, які визначені двома чинниками: відмінністю між послугою і фізичним товаром; специфікою медичних послуг порівняно з іншими видами послуг.

Обидва чинники впливають на кожну з характеристик: нематеріальність; зміна якості; невіддільність від особи, що надає послугу; неможливість накопичення послуг; відсутність володіння.

Характеристика медичних послуг

Специфіка медичних послуг робить визначальний вплив на особливості формування маркетингової політики закладу, тому детальніше зупинимося на кожній з характеристик.

1. Нематеріальність (невідчутність) медичних послуг. Нематеріальний характер послуг визначається неможливістю продемонструвати діагностичний, профілактичний або лікувальний ефект до отримання послуги.

Наведемо приклад. Потенційний пацієнт стоматологічної лікарні знаходиться перед проблемою вибору медичного закладу й вибору конкретного стоматолога. Якщо незадовго до цього він купував парасольку, то він міг потримати в руках декілька моделей: відкрити їх; порівняти за розміром та якістю матеріалу; вибрати забарвлення до душі; оцінити її вартість у даному магазині, порівнявши її з іншими торговими точками. Послуга стоматолога — це «кіт у мішку». При виборі медичної послуги немає чітких критеріїв для порівняння альтернативних варіантів. Тому завдання керівника маркетингової служби медичного закладу представити стоматологічну послугу найбільш матеріально. Для цього в рекламі кожної конкретної медичної послуги необхідно представити багатофакторність її переваг.

Наприклад, стоматологічну послугу можна «матеріалізувати» за допомогою таких рекламних заходів:

- пломби з матеріалу, який за кольором не відрізняється від інших зубів;
- надання гарантійного безкоштовного обслуговування;
- використання сучасних методів анестезії;
- використання сучасних стоматологічних технологій: непогано вказати в яких країнах і в яких клініках їх застосовують;
- кваліфікація фахівців — це одна з гарантій якості і надійності. Для цього в холі стоматологічного закладу можна вивісити кольорові ксерокопії сертифікатів, що підтверджують високу кваліфікацію лікарів. Особливе враження справляють фотографії знаменитих пацієнтів клініки, а також їх відгуки у відповідній книзі.

При організації рекламної компанії можна не тільки обмежуватися такими прийомами, а й доповнювати їх іншими, що відповідають специфіці медичного закладу. Наприклад, при наданні послуг з проведення пластичних операцій доцільно змоделювати майбутню зовнішність на комп'ютері.

2. Мінливість або неоднорідність якості медичної послуги. Однією з основних особливостей медичних послуг є мінливість і неоднорідність якості, тобто результат діагностичних заходів або ефект лікувально-профілактичної діяльності може змінюватись залежно від того, хто її надає і кому. Тобто результат медичної послуги безпосередньо зумовлений ступенем розвитку хвороби, анамнезом, супутніми захворюваннями, реактивністю, резистентністю та іншими індивідуальними особливостями організму.

Крім цього, на якість надання медичної допомоги певний вплив зроблять зовнішні умови: наявність шкідливих звичок; дисциплінованість по відношенню до виконання рекомендацій лікаря; характер і режим харчування; відсутність або наявність додаткових стрес-факторів.

Тому ***при наданні медичних послуг завжди є ризик неоднорідності якості.***

При управлінні маркетингом медичних послуг необхідно прагнути разову послугу зробити плановою. Наприклад, після надання стоматологічної послуги стоматолог проводить безкоштовну консультацію з догляду за порожниною рота і видає пацієнтові безкоштовний талончик на профілактичний догляд через півроку.

Іншим результативним методом боротьби з непослідовністю медичної послуги є введення високих стандартів медичного обслуговування. Необхідно мати на увазі, що думка про якість медичних послуг формується як комплексне уявлення з таких складових:

- кваліфікація, відчуття емпатії до пацієнта і його родичів;
- медичні технології, що використовує лікар та заклад;
- доброзичливість і чітка робота середнього медичного персоналу;
- доброзичливість і чітка робота обслуговуючого персоналу: відповіді на телефонні дзвінки в реєстратурі, ведення графіків прийому без черг тощо;
- якість супроводжуючих сервісних послуг.

Третім методом боротьби з непослідовністю медичних послуг є вивчення поведінки пацієнтів до і після лікування (придбання послуги). Це дає можливість розкрити резерви в підвищенні якості послуг.

3. Невіддільність медичних послуг, тобто медичні послуги, як і будь-який інший вид послуг, не можна відокремити від виробника послуг. Медичну послугу надає медичний працівник (лікар, медична сестра, лаборант і т.д.), який є безпосередньою частиною послуги. Взаємодія постачальника послуги і її споживача визначає особливості маркетингу послуг. Тому при управлінні маркетингом медичних послуг велике значення має формування іміджу медичної установи і кожного конкретного лікаря. Особові якості лікуючого лікаря, медичної сестри, зовнішній вигляд, доброзичливість і почуття емпатії до пацієнта і його родичів мають велике значення, оскільки викликають у них довіру, роблять їх потенційними «рекламними агентами» лікувально-профілактичного закладу, медичної практики.

Другою особливістю невіддільності медичних послуг є опосередкована участь інших пацієнтів. Якщо лікар надає невідкладну медичну допомогу одному пацієнтові, то не дивлячись на те, що інший пацієнт був записаний на прийом наперед, лікар може його прийняти із запізненням, тобто в даному випадку не можна говорити про високу якість медичного сервісу. Тому завдання менеджменту — забезпечити умови, за яких обслуговування одного пацієнта не впливало б на якість медичної послуги іншому.

Внаслідок одночасності процесу виробництва і споживання послуги можуть виникнути труднощі при підвищеному попиту на медичні послуги. Звичайно підвищення попиту виникає за двох ситуацій: по-перше, при виході на ринок з новим видом медич-

них послуг; по-друге — при ускладненні епідемічної ситуації і необхідності швидкого і якісного збільшення кількості послуг у конкретний часовий проміжок.

Перша ситуація може виникнути при придбанні новітньої медичної техніки і впровадженні нових методів діагностики або лікування. У даному випадку необхідно запланувати роботу в дві зміни. Для реалізації цього доцільно передбачити підвищення кваліфікації двох бригад: лікарів і молодших медичних працівників.

При другій ситуації — потрібно врахувати можливість тимчасового прийому роботи додаткового числа медичного і обслуговуючого персоналу.

Якщо підвищення попиту на певний вид медичних послуг спостерігається внаслідок високої кваліфікації конкретного лікаря — необхідно прохронометрувати його робочий день, проаналізувати, які функції є основними, а які могли б виконувати лікарі нижчої кваліфікації. Такий аналіз допоміг би лікареві високої кваліфікації надавати медичні послуги більшій кількості пацієнтів.

4. Неможливість збереження медичних послуг не доставляє особливого клопоту при постійному попиті, коли наперед визначені кількість пацієнтів і час необхідний для їх обслуговування. Можливо, такий варіант буде реальний, якщо заклад працює за договірною системою. Але в більшості випадків медичні практики приречені на роботу при постійному коливанні попиту на медичні послуги.

Проблема може бути вирішена за рахунок ефективного управління попитом і просуванням медичних послуг.

По-перше, необхідно строго упорядкувати прийом пацієнтів лікарями, виключити можливість неявки пацієнтів на прийом до лікаря або на процедури. Оскільки неявка пацієнта спричиняє за собою вимушений простій медичного персоналу і устаткування, то час простою повинен бути сплачений пацієнтом, а не закладом. Для спрощення оплати «прогулів» з боку пацієнтів доцільно використовувати метод, що широко використовується в стоматологічних клініках Швейцарії. А саме, при записі в чергу до лікаря пацієнти мають вносити до реєстратури 50 крон. Ця сума може бути отримана назад після завершення курсу лікування. У ряді випадків практикують попередню оплату всього курсу лікування. Цей варіант не завжди узгоджується з ціною і рекламною політикою лікувально-профілактичного закладу, тому можна запропонувати застосовувати попередню оплату останнього сеансу. В квитанції про попередню оплату обов'язково повинна обмовлятися умова, при якій у разі неявки на один із сеансів попередня оплата є компенсацією збитків медичної установи за вимушений «простій».

Розробка каналів і прийомів збуту

Розробка каналів і прийомів збуту — важливий компонент маркетингового комплексу і складова заходів, спрямованих на формування збуту послуг(товарів). Американські тенденції в маркетингу просування послуг припускають використання 10 ефективних засобів:

1. РЕКОМЕНДАЦІЇ — спосіб інформації про послугу від одного пацієнта або його родичів до іншого потенційного пацієнта. Реальні також рекомендації від одного практикуючого лікаря іншому або від співробітників апарату управління медичної установи аналогічним співробітникам іншої фірми. Наприклад, якщо в бізнес-проекті планується відкриття діагностичної лабораторії із сучасним імуноферментним аналізатором. Природно, що в цій лабораторії передбачається налаго-

джити методики з визначення онкогенних маркерів. Інформація про цю послугу може передаватися такими шляхами:

- *від одного пацієнта іншому* (в цьому випадку пацієнт про отриману послугу повідомляє своєму другові, співробітникові або навіть приводить свого родича, тобто реалізується ланцюжок: медична діагностична послуга 1 — пацієнт — потенційний пацієнт — медична діагностична послуга 2);

- *від одного лікаря іншому* (в цьому випадку лікар дізнається про діагностичну послугу від свого колеги і направляє пацієнта в діагностичну лабораторію іншого лікувально-профілактичного закладу, тобто реалізується ланцюжок: лікар — лікар — пацієнт — медична діагностична послуга 2);

- *від менеджера однієї лікарні співробітникові служби управління іншої медичної практики* (в цьому випадку менеджер лікувально-профілактичного закладу, що налагодив визначення онкомаркерів, інформує керівництво всіх потенційних фірм-клієнтів, тобто реалізується ланцюжок: менеджер — менеджер — лікар — пацієнт — медична діагностична послуга).

Перші два канали збуту є спонтанними, що важко передбачити, третій шлях зазвичай планується і закладається в бізнес-проект.

2. ФОРМУВАННЯ ДОВІРЧИХ ВІДНОСИН МІЖ ЗАКЛАДОМ ТА ПАЦІЄНТАМИ Й ОСОБАМИ, ЩО ЇХ ПРЕДСТАВЛЯЮТЬ, — є важливим чинником, який враховують пацієнти або їх родичі при виборі медичної установи. Тому розділ просування послуг будь-якого бізнес-проекту повинен передбачати налагодження емоційного контакту з пацієнтом і його родичами, підтримку відчуття емпатії до пацієнта з боку виробничого (медичного) та іншого управлінського та обслуговуючого персоналу закладу, формування відносин лікаря і пацієнта за принципом поінформованої згоди, з дотриманням ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

У відносинах з пацієнтом дуже багато що залежить від технічного апарату управління медичної установи: працівників реєстратури, приймального відділення, санітарок тощо. Якщо лікувально-профілактичний заклад збирається надавати медичні послуги з лікування хронічних захворювань або з медичного догляду за старезними, тобто передбачається тривале перебування пацієнта в умовах стаціонару або на амбулаторному лікуванні, необхідно передбачити в штатному розкладі посаду по зв'язку з родичами пацієнтів або ввести відповідний пункт у посадові обов'язки лікарів і молодшого медичного персоналу.

3. ПРОДАЖ ПОСЛУГ відрізняється від продажу товару тим, що його можна АДАПТУВАТИ ДО ПЕВНОГО СЕГМЕНТА РИНКУ медичних послуг. Тому НЕОБХІДНО провести опитування серед потенційних пацієнтів і з'ясувати, які медичні послуги вони готові сплачувати, за якою ціною, який вид медичного сервісу їм влаштовує.

4. ПУБЛІЧНІ ВИСТУПИ. Це ефективний метод залучення пацієнтів до медичної практики. Зазвичай практикуються виступи по радіо або по телебаченню. Висвітлюються основні вади захворювання, можливі наслідки, медичні послуги провідних фахівців фірми. Залучають до програм провідних фахівців, учених.

Вдалим прийомом можуть бути виступи на лікарських науково-практичних конференціях. Таким чином рекламують лікарські засоби, медичну техніку, товари медичного призначення, діагностичні методи інших установ.

5. УЧАСТЬ У РІЗНИХ ТОВАРИСТВАХ І АСОЦІАЦІЯХ — медицина є зручною галуззю для цього виду просування послуг, оскільки практично кожен лікар будь-якої кваліфікації є членом якого-небудь наукового або науково-практичного товариства. Відповідно майже кожне наукове товариство або асоціація видає нау-

ково-практичний журнал, реклама в якому гарантує надходження інформації безпосередньо до фахівця.

Періодично всі наукові товариства і асоціації проводять конференції, з'їзди, симпозиуми. Вклавши відносно невелику суму і виступивши як спонсор або організатор (що саме по собі вже є рекламою для медичної установи) наукового форуму можна розповсюдити рекламу про медичні послуги або товари медичного призначення, медичну техніку.

При рекламі на наукових конференціях бажано використовувати не тільки рекламну продукцію медичної установи, а й організувати виступи з доповідями провідних фахівців медичної установи.

6. БЕЗПОСЕРЕДНЯ РОЗСИЛКА РЕКЛАМНИХ ПРОСПЕКТІВ ПРОПОЗИЦІЙ, ЗРАЗКІВ ТОВАРУ — досить дорогий але ефективний канал збуту традиційних медичних послуг. Для реалізації цього каналу збуту можливі декілька варіантів:

- розсилка інформаційних бюлетенів про медичні послуги в усі поштові скриньки району, що обслуговує медична практика;
- розсилка інформаційних бюлетенів за конкретними адресами. Наприклад, якщо ви пропонуєте лікувальний або профілактичний масаж для дітей грудного віку, то ви повинні «дістати» адреси потенційних маленьких пацієнтів у дитячій поліклініці або жіночій консультації. У рекламних матеріалах, що розсилаються, необхідно показати глибину і широту ваших пізнань щодо дитячого масажу, повідомити батькам про нову інформацію.

Більш агресивна стратегія маркетингу в даному варіанті збуту медичних послуг припускає пропозицію додаткових безкоштовних медичних послуг або знижок. Наприклад, можна запропонувати паралельно з платним курсом масажу проводити безкоштовні консультації батьків щодо проведення гімнастики для малюків; безкоштовний або із знижкою кожний, десятий масаж, надавати знижки на другий курс масажу через кілька місяців.

7. ТЕЛЕФОННИЙ МАРКЕТИНГ — може розглядатися як самостійний канал збуту послуг або продукції, а також у комплексі з розсилкою рекламних проспектів і пропозицій. Ефективність телефонного маркетингу залежить від сценарію і співробітника, що проводить цей захід. Телефонувати мають фахівці, що володіють достатньою кваліфікацією не тільки в галузі реклами, але вони повинні мати медичну освіту. Поєднання медичної і маркетингової підготовки при телефонному маркетингу особливо важливе, оскільки в нашій країні будь-який потенційний пацієнт до спілкування з маркетологом уже достатньо багато прочитав про своє захворювання і ефективність дзвінка буде нульовою, якщо співробітник не зможе підтримати розмову на достатньому рівні.

8. INTERNET-РЕКЛАМА. Технологія Інтернету надала найширший спектр можливостей у процесі здійснення маркетингу медичних послуг, у тому числі в формуванні заходів комунікативної політики, відкривши медичній установі доступ до добре структурованої аудиторії. Аргументи щодо ефективності медицини в Інтернеті здаються очевидними: online-технології (реального часу) можуть помітно поліпшити обслуговування, зробити пацієнтів більш інформованими, істотно звільнити стаціонари, надати споживачам медичних послуг доступ до всіх видів альтернативної медицини. Використання Інтернет-технологій сприяє поширенню концепції самолікування. Останнім часом намітилася тенденція до збільшення предметів домашньої діагностики й лікування.

За кордоном поширені сеанси відеоконференцій через Інтернет при безпосередньому спілкуванні «лікар-пацієнт» у режимі on-line (реального часу). В Україні для подібних консультацій частіше використовується електронна пошта.

Основна перевага використання Інтернету для комунікації медичних практик полягає в значному поліпшенні контактів «лікар—пацієнт», взаєморозумінні та залученні реального або потенційного пацієнта в турботу про своє здоров'я. Користувачі Інтернету утворюють Інтернет-товариства за хворобами. Вони обмінюються рецептами, враженнями про роботу медичних установ і конкретних лікарів, їхніми адресами. Подібні сайти особливо популярні в представників родин, члени яких хворі на серйозні хронічні захворювання.

Більш динамічний розвиток медичних ресурсів у Мережі гальмує одна істотна проблема: медицина — це галузь із тисячолітніми традиціями, і вона не завжди підкоряється розумним доводам. Більшість медичних фахівців зі стажем понад 25 років роботи має досить консервативні погляди на використання можливостей Інтернету.

Багато медичних центрів використовують Інтернет як канал комунікації. Одні з них мають власну сторінку. Інші розміщують рекламну інформацію на чужих сайтах. На сторінці медичного центра подається матеріал щодо основних напрямів діяльності установи, вартості різних медичних послуг, інформації про лікувальні й навчальні курси. Досить ефективно працює система «питання—відповідь», організована деякими медичними центрами в режимі on-line, де потенційний споживач може в будь-який час задати своє питання про лікування в центрі.

Відповідно до думки експертів в області розробки сайтів на web-сторінці медичного центра обов'язково повинні бути:

- ♦ короткий огляд інформації, що користувач може знайти на сайті (карта сайту);

- ♦ список медичних послуг із цінами й контактна даними (адреса, телефон, факс, електронна пошта), а також коротка й повна анотація по кожній послугі;

- ♦ копії опублікованих або неопублікованих наукових праць, сертифікатів, результатів експертиз по кожній послугі, якими користувач може зацікавитися.

Якщо медичний центр не має свого сайту, він однаково може успішно здійснювати рекламну кампанію в Мережі. По-перше, медичний центр може розмістити свій прайс-лист, перелік послуг і координати на спеціалізованому рекламному сайті (50—500 дол.) або безкоштовно опублікувати свої дані на дошках оголошень. По-друге, медичний центр може розмістити цілий текстовий блок на медичному сайті (як текстову рекламу в газеті або модуль у журналі). Вартість цього заходу обійдеться в суму 2—100 дол.

Якщо в медичній практиці не вистачає коштів на відкриття власного сайту, то вона може використовувати популярні служби поштових розсилок для проведення рекламних акцій і заходів щодо зв'язків із громадськістю. Служба поштових розсилок пропонує розміщення реклами з одночасним обліком таких параметрів, як тематика розсилок, географічне розміщення й анкетні дані передплатника. Рекламна інформація центра поширюється в розсилках з медичної тематики. Крім того, можна розміщувати медичну рекламу в періодичних виданнях, що розповсюджуються електронною поштою. Останні мають чітко виражену тематичну спрямованість, що дозволяє рекламодавцям звернутися до аудиторії, здатної на високий ступінь відгуку.

В рамках управління маркетинговими комунікаціями використання Інтернету як засобу для поширення комунікативних повідомлень має сенс насамперед завдяки тому, що охоплює значиму для приватних медичних структур групу споживачів — молодих людей у віці до 35 років. Саме ця вікова група становить основний сегмент пацієнтів комерційних медичних центрів.

9. ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ З МЕТОЮ ФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОЇ ДУМКИ. Не викликає сумніву той факт, що опублікована стаття або інтерв'ю з провідним фахівцем медичного закладу можуть закласти основу популярності фірми і збільшити попит на медичні послуги, що надаються. Статтю можна замовити в газеті, яка користується популярністю серед потенційних пацієнтів. Але природно, що за таку статтю доведеться заплатити. Але, якщо бюджет закладу обмежений, то можна скористатися прийомом «повідомлення для друку». Повідомлення для друку зазвичай ділять на два типи: новини і проведення досліджень, прогнозів тенденцій розвитку медицини. Новиною може бути розширення, нові послуги, благодійна діяльність, конкурси, отримання нагород. Подібні матеріали зазвичай друкують безкоштовно, але вони зміцнюють довіру до медичного закладу. У щотижневих газетах можна висловити публічну подяку за допомогу. Якщо це була безкоштовна здача крові, то потрібно описати, яку унікальну операцію або іншу медичну допомогу вона допомогла зробити. Таке повідомлення можна доповнити фотографією пацієнта, що видужав, і лікаря, що лікує, на фоні медичного закладу.

10. ВИПУСК ФІРМОВИХ БЛАНКІВ І РЕКЛАМНИХ СУВЕНІРІВ є матеріальним нагадуванням про медичний заклад. Це можуть бути наклейки, де вказано нормальний артеріальний тиск, частота серцевих скорочень для різних вікових груп, а також номери телефонів медичного закладу і годин його роботи.

Реклама є окремим розділом бізнес-плану, для її проведення складаються спеціальні заходи, об'єднані в єдиний план рекламної компанії.

Визначення засобів організації рекламної компанії. Медичні заклади не відносяться до категорії фірм-лідерів за об'ємом витрат на рекламу, але функції реклами в медичному бізнесі поширюються і в основному зводяться до таких:

- Формування довіри пацієнта і його представників до медичного закладу за рахунок престижної реклами, спрямованої на формування іміджу.
- Інформування про комплекс медичних послуг, що надаються.
- Переконавання в перевагах рекламованих медичних послуг (товарів).
- Спонування до придбання медичної послуги (товару) в даному медичному закладі.

Перш ніж планувати рекламну компанію, необхідно провести аналіз основних даних, що зумовлюють вибір виду реклами.

Оскільки медичні заклади переважно відносяться до категорії малих і середніх підприємств, то при аналізі даних, що зумовлюють вид рекламної діяльності доцільно використовувати метод порівняльного реєстру, який дає можливість швидко визначити, які дані слід враховувати в даному сегменті ринку та за яких обставин.

Для малих і середніх фірм такими можуть бути:

- ◆ Мета збуту.
- ◆ Планована квота збуту.
- ◆ Сегменти ринку.
- ◆ Шляхи збуту послуг (товару).
- ◆ Методи збуту послуг (товару).
- ◆ Власна частка на ринку послуг.
- ◆ Конкуренти.
- ◆ Частка конкурентів на ринку.
- ◆ Шляхи збуту послуг (товару), що використовуються конкурентами.

- ◆ Методи збуту, що використовуються конкурентами.
- ◆ Послуги (товари), призначені для збуту.
- ◆ Пропозиції конкурентів.
- ◆ Ціни власних товарів і послуг, що пропонуються до продажу.
- ◆ Ціни конкурентів.
- ◆ Передбачувані покупки послуг (товарів).
- ◆ Передбачувані мотиви покупок.
- ◆ Засоби реклами, що застосовувалися до теперішнього часу.
- ◆ Засоби реклами конкурентів.
- ◆ Фінансування рекламної компанії.
- ◆ Мета реклами.

Одним з методів рекламної компанії є укладення договорів на рекламу продукції або послуг з організаціями, які можуть виступити посередником у відносинах покупець — продавець. Спонсорські угоди, які укладаються з фармацевтичними фірмами та їх представництвами, мають за мету проведення рекламної компанії лікарських засобів, товарів медичного призначення «ближче до пацієнта» в стінах лікувально-профілактичного закладу. Звичайно, що таку спонсорську угоду можна укласти з державною лікарнею, поліклінікою або диспансером щодо реклами надання діагностичних послуг, послуг по догляду за хворими з боку приватних медичних практик.

ДОГОВІР НА РЕКЛАМУ ПРОДУКЦІЇ

Г. _____ « ____ » _____ Г.

(назва організації)

далі — Замовник, в особі _____
(посада, прізвище, ім'я, по батькові)

що діє на підставі Статуту, з одного боку, і _____
(назва організації)

_____ далі — Виконавець, в особі _____
(посада, ФІО)

яке діє на підставі Статуту, з іншого боку, далі — Сторони, уклали цей договір про таке:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ.

Замовник доручає, а Виконавець зобов'язується виконати роботу по рекламі

(назва товару або послуг)

в обсязі і на умовах, передбачених цим договором.

2. ЗОБОВ'ЯЗАННЯ СТОРІН.

Виконавець приймає на себе виконання наступних робіт:

- представляє на твердження Замовникові в _____-денний термін із дня підписання цього договору програму робіт по рекламі з вказівкою видів рекламної діяльності, її якості і кількості. Програма після її затвердження є невід'ємною частиною цього договору;

- ознайомлює Замовника на його вимогу з ходом робіт по рекламі;

- розміщує рекламу (розвішує стенди або плакати, організовує роздачу проспектів або інших рекламних матеріалів серед пацієнтів лікарні, рекламує препарат або послугу на лікарських конференціях і інші види робіт), проводячи узгодження цих робіт із Замовником.

2.1. Замовник приймає на себе такі зобов'язання:

- затверджує програму робіт по рекламі;
- проводить підготовчу роботу: виготовлення плакатів, стендів, брошур, проспектів, фільмів, відеокaset, магнітофонних записів, роздаткових рекламних матеріалів продукції або послуг;
- надає на вимогу Виконавця додаткову інформацію про рекламований продукт або послугу;
- оплачує роботу Виконавця згідно з цим договором.

3. ПОРЯДОК ОПЛАТИ РОБІТ ВИКОНАВЦЯ.

3.1. Виконану Виконавцем роботу Замовник оплачує в сумі _____ грн згідно з узгодженням про ціну, що є невід'ємною частиною цього договору (Додаток 1).

3.2. Участь Виконавця в доходах від реалізації рекламної продукції здійснюється в порядку і на умовах, зазначених у Додатку № 2 до цього договору і є невід'ємною його частиною.

3.3 Розрахунок за виконану роботу проводиться Замовником шляхом перерахування на розрахунковий рахунок Виконавця попередньої оплати в розмірі 100 %.

4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.

4.1. За невиконання або виконання в неповному обсязі зобов'язань за цим договором Виконавець і Замовник несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

4.2. Виконавець не несе відповідальності за достовірність інформації про якість рекламованих товарів і послуг.

4.3. Договір може бути розірваний на вимогу Замовника достроково у випадку:

- незадовільного змісту, художнього і естетичного оформлення і якості реклами. Право оцінювання реклами залишається за Замовником, який у разі дострокового розірвання договору на цій підставі не використовуватиме відхилену рекламу;
- порушення термінів виконання етапів робіт, якщо це ставить під загрозу зриву кінцевий термін виконання договору.

4.4. У разі дострокового розірвання договору на підставі, вказаній у п. 4.3 цього договору, витрати Виконавця відшкодуванню не підлягають.

5. ЮРИДИЧНІ АДРЕСИ СТОРІН.

ЗАМОВНИК

Директор (Гол.лікар) _____
«___» _____ 200__ р.

М.П.

ВИКОНАВЕЦЬ

Директор _____
«___» _____ 200__ р.

М.П.

УЗГОДЖЕННЯ договірної ціни на рекламу медичної послуги (продукту)

Замовник _____
(назва організації, посада, ПІБ)

і Виконавець уклали це узгодження щодо ціни роботи по рекламі медичних послуг (продукції) _____
(назва мед.послуг, продукції)

за договором № _____ від «___» _____ 200 р.

1. Проміжні етапи роботи Виконавця не оплачуються.

2. Ціна одиниці рекламної продукції _____
(назва рекламної продукції)

складає _____ гривень.

Це узгодження є невід'ємною частиною договору і підставою для проведення взаємних розрахунків і платежів між Замовником і Виконавцем.

Підписи *СТОРИН*:

8.5. Державне регулювання реклами лікарських засобів, товарів медичного призначення та медичних послуг на території України

Засади рекламної діяльності в Україні, в тому числі реклама лікарських засобів, регламентуються Законом України «Про рекламу» та інших нормативних актів, які регулюють відносини у сфері реклами.

Закон України «Про рекламу» визначає засади рекламної діяльності в Україні, регулює відносини, що виникають у процесі виробництва, розповсюдження та споживання реклами.

У розділі III цього закону визначено особливості рекламування лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації.

Реклама лікарських засобів є одним із напрямів інформаційного забезпечення стабільного фармацевтичного ринку і повинна відповідати правовим актам України та міжнародним принципам у сфері обігу лікарських засобів з метою гарантії їх ефективності, безпечності та якості.

Інформаційний зміст реклами, незалежно від її форми, повинен ґрунтуватися на науково обґрунтованих матеріалах. Реклама повинна містити повну, чітку та зрозумілу професійну інформацію, що відповідає властивостям лікарського засобу, викладеним у його стислій характеристиці та інструкції з медичного застосування, але не перевищувати їхніх обсягів. Реклама повинна бути спрямована на заохочення раціонального використання лікарського засобу, представляти його об'єктивно та без перебільшення позитивних властивостей.

Дозволяється реклама:

- лише таких лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, які в установленому порядку дозволені спеціально

уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я до застосування в Україні;

- лише таких лікарських засобів, які відпускаються без припису (рецепту) лікаря, та лише таких медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, застосування яких не потребує спеціальних знань та підготовки.

Забороняється реклама:

- ♦ лікарських засобів, які вживаються та розповсюджуються тільки за приписом (рецептом) лікаря;

- ♦ допінгових речовин та/або методів для їх використання у спорті.

Реклама лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації ***повинна містити:***

- об'єктивну інформацію про лікарський засіб і здійснюватися так, щоб було зрозуміло, що наведене повідомлення є рекламою і що рекламований товар є лікарським засобом;

- повну фармакологічну назву лікарського засобу та назву виробника;

- загальні застереження щодо застосування лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації;

- рекомендацію щодо обов'язкового ознайомлення з інструкцією до застосування, що додається до лікарських засобів.

Реклама лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації не може містити посилок на терапевтичні ефекти стосовно захворювань, які не піддаються або важко піддаються лікуванню.

У рекламі лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації ***забороняється розміщення:***

- ♦ відомостей, які можуть справляти враження, що за умови вживання лікарського засобу чи застосування медичної техніки консультація з фахівцем не є необхідною;

- ♦ відомостей про те, що лікувальний ефект від вживання лікарського засобу чи застосування медичної техніки гарантований;

- ♦ зображень зміни людського тіла або його частин внаслідок хвороби, поранень;

- ♦ тверджень, що сприяють виникненню або розвитку страху захворіти або погіршити стан свого здоров'я через невикористання лікарських засобів, медичної техніки та медичних послуг, що рекламуються;

- ♦ тверджень, що сприяють можливості самостійно встановити діагноз для хвороб, патологічних станів людини та їх самостійно лікувати з використанням медичних товарів, що рекламуються;

- ♦ посилок на лікарські засоби, медичну техніку, методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації як на найбільш ефективні, найбільш безпечні, виняткові щодо відсутності побічних ефектів;

- ♦ порівнянь з іншими лікарськими засобами, медичною технікою, методами профілактики, діагностики, лікування і реабілітації з метою посилення рекламного ефекту;

- ♦ посилок на конкретні випадки вдалого застосування лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації;

- ♦ рекомендацій або посилок на рекомендації медичних працівників, науковців, медичних закладів та організацій щодо рекламованих товару чи послуги;

- ♦ спеціальних виявлень подяки, вдячності, листів, уривків з них із рекомендаціями, розповідями про застосування та результати дії рекламованих товару чи послуги від окремих осіб;

◆ зображень і згадок імен популярних людей, героїв кіно-, теле- та анімаційних фільмів, авторитетних організацій;

◆ інформації, що може вводити споживача в оману щодо складу, походження, ефективності, патентної захищеності лікарського засобу;

◆ інформації, яка дозволяє припустити, що лікарський засіб є харчовим, косметичним чи іншим споживчим товаром або що безпечність чи ефективність цього засобу зумовлена його природним походженням.

Крім вищезазначених, законодавством України визначено ще кілька обмежень при рекламі лікарських засобів та інших продуктів медичного призначення.

У рекламі лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації забороняється участь лікарів та інших професійних медичних працівників, а також осіб, зовнішній вигляд яких імітує зовнішній вигляд лікарів.

У рекламі косметичних засобів, харчових продуктів, вітамінних та інших харчових добавок забороняється посилення на те, що ці товари мають лікувальні властивості, якщо такі властивості не підтверджені у встановленому законодавством порядку спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з охорони здоров'я.

Забороняється реклама лікувальних сеансів, інших заходів з використанням гіпнозу та інших методів безконтактного, психічного або біоенергетичного впливу.

Забороняється реклама діагностики або лікування, які не ґрунтуються на безпосередньому контакті лікаря з пацієнтом.

Вищезазначене не поширюється на рекламу лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, яка розміщується у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також яка розповсюджується на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Контроль за дотриманням законодавства про рекламу нормується статтю 26 Закону України «Про рекламу», в якій визначається органи, що здійснюють контроль за дотриманням законодавства України про рекламу:

• спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади у сфері захисту прав споживачів — щодо захисту прав споживачів;

• Антимонопольний комітет України — щодо дотримання законодавства про захист економічної конкуренції;

• Національна рада України з питань телебачення і радіомовлення — щодо телерадіоорганізацій усіх форм власності.

На вимогу органів виконавчої влади, на які покладено контроль за дотриманням законодавства про рекламу, рекламодавці, виробники та розповсюджувачі реклами зобов'язані надавати документи, усні чи письмові пояснення, відео- та звукозаписи, а також іншу інформацію, необхідну для здійснення ними повноважень щодо контролю.

Органи державної влади зобов'язані повідомляти рекламодавців, виробників та розповсюджувачів реклами про розгляд справ про порушення ними законодавства про рекламу не пізніше як за три дні до такого розгляду, а в невідкладних випадках — не пізніше як за один день.

Рекламодавці, виробники та розповсюджувачі реклами під час розгляду питання про порушення Закону «Про рекламу» мають право:

◆ бути присутніми на засіданні органу державної влади під час розгляду питання про порушення ними цього Закону;

◆ подавати необхідні документи, давати пояснення;

◆ отримувати копію протоколу засідання та рішення органу державної влади, прийнятого щодо них;

◆ оскаржувати дії чи бездіяльність виконавчого органу контролю та його посадових осіб до суду.

З метою координації діяльності суб'єктів рекламного ринку Кабінет Міністрів України створює Раду з питань реклами, до складу якої входять представники органів державної влади, об'єднань громадян, об'єднань підприємств у галузі реклами. Члени цієї Ради працюють у ній на громадських засадах.

Спільним Наказом МОЗ України та Держспоживстандарту України від 21.03.2006 № 139 затверджено «Положення про Тимчасову міжвідомчу комісію з питань реклами медичної продукції та медичних послуг».

Тимчасова міжвідомча комісія з питань реклами медичної продукції є міжвідомчим консультативно-дорадчим органом створеним для об'єднання зусиль Міністерства охорони здоров'я України та Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики щодо реалізації державної політики у сфері захисту прав споживачів від:

- недобросовісної реклами лікарських засобів;
- недобросовісної реклами лікувальної косметики;
- недобросовісної реклами медичної техніки;
- недобросовісної реклами виробів медичного призначення;
- недобросовісної реклами методів профілактики;
- недобросовісної реклами діагностики, лікування і реабілітації;
- недобросовісної реклами харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок.

Тимчасова міжвідомча комісія з питань реклами медичної продукції створена відповідно до пунктів 4 та 7 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 24 липня 2000 року № 918/2000 і пунктів 3 та 7 Положення про Державний комітет України з питань технічного регулювання та споживчої політики, затвердженого Указом Президента України від 18 березня 2003 року № 225/2003.

Тимчасова міжвідомча комісія з питань реклами медичної продукції у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами та наказами МОЗ України та Держспоживстандарту України, а також Положенням про Тимчасову міжвідомчу комісію з питань реклами медичної продукції та медичних послуг.

Основні завдання Тимчасової міжвідомчої комісії з питань реклами медичної продукції:

◆ Розроблення пропозицій щодо вдосконалення системи державного регулювання діяльності у сфері реклами з питань, що віднесені до компетенції Комісії.

◆ Вжиття заходів для забезпечення органів виконавчої влади, до повноважень яких належить здійснення контролю за дотриманням законодавства про рекламу, необхідною та об'єктивною інформацією.

◆ Надання рекомендацій щодо погодження змісту реклами харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок згідно зі статтю 39 Закону України «Про безпечність та якість харчових продуктів».

◆ Розгляд і надання рекомендацій стосовно змісту реклами лікарських засобів, лікувальної косметики, медичної техніки, виробів медичного призначення, методів

профілактики, діагностики, лікування і реабілітації у відповідності зі статтею 21 Закону України «Про рекламу».

Тимчасова міжвідомча комісія з питань реклами медичної продукції відповідно до покладених на неї завдань:

- Розробляє, розглядає і узагальнює пропозиції щодо вдосконалення системи державного регулювання діяльності у сфері реклами, з питань що віднесені до її компетенції.
- Розглядає повідомлення про порушення законодавства в сфері реклами медичної продукції та медичних послуг.
- Інформує для відповідного реагування органи виконавчої влади, до повноважень яких належить здійснення контролю за дотриманням законодавства про рекламу стосовно виявлених фактів порушення законодавства про рекламу.
- З метою надання рекомендацій розглядає документи щодо погодження змісту реклами харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок.
- У разі звернення рекламодавців, виробників реклами інших зацікавлених осіб може надавати рекомендації стосовно відповідності змісту реклами лікарських засобів, лікувальної косметики, медичної техніки, виробів медичного призначення, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації положенням діючого законодавства України.

Персональний склад Тимчасової міжвідомчої комісії з питань реклами медичної продукції затверджується спільним наказом МОЗ України і Держспоживстандарту.

Організаційне та матеріально-технічне забезпечення роботи Тимчасової міжвідомчої комісії з питань реклами медичної продукції покладено на Державну службу лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Порядок визнання факту недобросовісної реклами лікарських засобів. Недобросовісною рекламою лікарських засобів вважається реклама, яка внаслідок неточності, двозначності, перебільшування, замовчування інформації вводить або може ввести в оману споживачів реклами, що несе загрозу їхньому здоров'ю.

Недобросовісна реклама лікарських засобів заборонена.

Рішення щодо визнання факту недобросовісної реклами лікарських засобів приймає МОЗ на підставі відповідного експертного висновку Фармакологічного комітету МОЗ. Рекламодавець зобов'язаний на вимогу МОЗ надати документальне підтвердження достовірності рекламної інформації про лікарські засоби.

Процедура визнання факту недобросовісної реклами лікарських засобів здійснюється в таких випадках:

- якщо до МОЗ надійшла заява від споживача реклами лікарських засобів про факт завдання нею шкоди для здоров'я;
- якщо в процесі проведення нагляду за рекламою лікарських засобів виявлені факти порушення вимог МОЗ щодо змісту інформації, яка може міститися в рекламі ліків.

На підставі експертного висновку Фармакологічного комітету МОЗ щодо визнання факту недобросовісної реклами лікарських засобів МОЗ приймає рішення про затвердження і направлення висновку замовникові та рекламодавцеві.

МОЗ України має право відкликати рекламу лікарських засобів, якщо вона не відповідає законодавчим вимогам чи визнана недобросовісною.

Вартість розповсюдженої реклами визначається, виходячи з договірної (контрактної) вартості без урахування суми внесених (нарахованих) податків, зборів (обов'язкових платежів), які встановлені Законом України «Про систему оподаткування».

За неподання або подання завідомо недостовірної інформації щодо вартості розповсюджені реклами та/або виготовлення реклами та/або вартості розповсюдження реклами спеціально уповноваженому центральному органу виконавчої влади у сфері захисту прав споживачів та його територіальним органам, необхідної для здійснення ними передбачених цим Законом повноважень, на рекламодавців, виробників реклами та розповсюджувачів реклами накладається штраф у розмірі 100 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

В Україні діють обмеження щодо **реклами лікарських засобів для дітей і підлітків**. Наказом МОЗ України 10 червня 1997р. N177 затверджено «Порядок погодження інформації, яка може міститися в рекламі лікарських засобів для дітей і підлітків, та видачі дозволу на рекламування лікарських засобів для дітей і підлітків». Згідно з цим Наказом, рекламування лікарських засобів для дітей і підлітків здійснюється на підставі дозволу МОЗ після попередньої експертизи і погодження рекламної інформації фахівцями Комітету.

Для погодження рекламної інформації та одержання дозволу на рекламування лікарського засобу рекламодавець подає до МОЗ України такі документи:

- заяву на ім'я заступника Міністра охорони здоров'я України про проведення експертизи рекламних матеріалів та одержання дозволу на рекламування лікарського засобу;
- копію реєстраційного посвідчення на лікарський засіб (реєстрація в Україні);
- копію платіжного доручення про внесення оплати за проведення експертизи рекламних матеріалів на лікарський засіб;

- зразки рекламної продукції в друкованому або файловому вигляді.

Рекламна інформація про лікарський засіб для дітей і підлітків повинна **містити**:

- ♦ повну (в тому числі міжнародну непатентовану) назву лікарського засобу та назву його виробника;
- ♦ інформацію щодо застосування лікарського засобу;
- ♦ інформацію щодо умов зберігання лікарського засобу з обов'язковою позначкою: «В місцях, що недоступні для дітей».

Рішення щодо погодження рекламних матеріалів приймається МОЗ України на підставі експертного висновку фахівців Комітету. МОЗ видає рекламодавцеві дозвіл на рекламування лікарського засобу. Дозвіл підписує заступник Міністра охорони здоров'я України.

На різні модифікації реклами одного і того ж лікарського засобу видається окремий дозвіл на підставі окремої експертизи матеріалів.

Порядок **реклами лікарських засобів, призначеної для медичних закладів і лікарів** встановлено відповідно до статті 20 Закону України «Про рекламу» (270/96-ВР) та статті 26 Закону України «Про лікарські засоби» (123/96-ВР) та затверджено Наказом МОЗ України від 10 червня 1997 р. № 177 «Порядок реклами лікарських засобів, призначеної для медичних закладів і лікарів».

Згідно вищезазначеного Наказу МОЗ не допускається обмеження інформації щодо лікарських засобів для медичних та фармацевтичних працівників, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

Порядок забезпечення рекламною інформацією про лікарські засоби медичних закладів і лікарів має дві основні тези:

1. Реклама лікарських засобів, яка призначена для медичних закладів і лікарів, здійснюється тільки через спеціалізовані друковані засоби інформації, розраховані на медичних і фармацевтичних фахівців.

2. МОЗ України забезпечує інформування медичних закладів і лікарів про зареєстровані та виключені лікарські засоби з Державного реєстру лікарських засобів України.

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні принципи підприємництва.
2. Які основні види державної підтримки підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я?
3. Які бізнес-плани використовують в підприємницькій діяльності в галузі охорони здоров'я?
4. У чому полягає специфіка ринку медичних послуг? Як саме вони впливають на підприємницьку діяльність з провадження медичної практики?
5. Вам потрібно впровадити підприємницьку діяльність з надання послуг з УЗД-діагностики. На які сегменти ринку краще орієнтувати маркетингову діяльність у м. Києві та м. Ніжині? Відповідь обґрунтуйте.
6. Перелічіть об'єкти та суб'єкти фармацевтичного ринку.
7. Які відмінності фармацевтичного ринку України від фармацевтичного ринку країн ЄС?
8. Визначте основні підходи до сегментації фармацевтичного ринку.
9. Які особливості медичних послуг потрібно враховувати при управлінні маркетинговою діяльністю лікувально-профілактичного закладу?
10. Вам потрібно впровадити підприємницьку діяльність з надання послуг з УЗД-діагностики. Які заходи збуту медичної послуги доцільно використовувати. Відповідь обґрунтуйте.
11. Вам потрібно впровадити підприємницьку діяльність з надання послуг з УЗД-діагностики. Чи доцільно використовувати Інтернет-рекламу?
12. У чому полягають особливості реклами лікарських засобів?

Список використаної та рекомендованої літератури

Закони України

1. Закон України «Про підприємництво» // ВВР. — 1991. — N 14. — 168 с.
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // ВВР. — 1992. — № 43.
3. Закон України «Про рекламу»//ВВР. — 1996. — № 39.
4. Закон України «Про лікарські засоби»//ВВР. — 1996. — № 42.
5. Господарчий кодекс України // ВВР. — 2003. — N 24. — 272 с.

Наукова, науково-методична література, підручники, навчальні посібники

1. Агафонова Л.Г., Рога О.В. Підготовка бізнес-плану. — К.: Знання, 2000. — 158 с.
2. Акопян А.С., Жиленко Ю.В., Юрьева Т.В. Индустрия здоровья: экономика и управление. — М.: Дрофа, 2003. — 486 с.
3. Белошанка В.А., Загорий Г.В., Усенко В.А. Стратегическое управление и маркетинг в практике фармацевтических фирм.: Учеб. издание. — К.: РИА «Триумф», 2001. — 368 с.
4. Галкин Р.А. с соавт. Маркетинг, лизинг, логистика в здравоохранении. — Самара: Санкт-Петербург: Перспектива, 1998 — С. 32.
5. Гацан В.В. Менеджмент фармацевтического предприятия. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. — 346 с.

6. Грозовик Б.П., Гасюк Г.Д., Левицька О.Р. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади. — Вінниця: Нова книга, 2004. — 464 с.
7. Дейнекин Т.В. Комплексный метод оценки эффективности Интернет-рекламы в коммерческих организациях // Маркетинг в России и за рубежом. — 2003. — № 2.
8. Еленин А. Клятва web-гиппократов // Business Online. — 2001. — Январь. Интернет-аудитория г. Москвы: использование Интернета образ жизни. — http://4p.ru/research/r_n_00111.html
9. Жаркович Г. с соавт. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах (Стратегия улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах). — М., 1998. — С. 18—19.
10. Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент: Учеб пособие / Чухно А.А., Дембский Л.К. и др. — Симферополь: Таврида, 2001. — 339 с.
11. Курс предпринимательства: Учебник для ВУЗов / Под ред. В.Я.Горфинкеля, В.А.Швандара. — М.: Финансы, ЮНИТИ, 1997. — 439 с.
12. Кучеренко В.З., Филатов В.И., Рагимов Д.М. Маркетинг в здравоохранении — система регулирования рынка медицинских услуг// Развитие экономических отношений в здравоохранении. — М., 1991. — С. 14—17.
13. Лицензирование в Европейском Союзе: фармацевтический сектор / Ред.-сост. В.А. Усенко, А.Л. Спасокукоцкий. — К.: Морион ЛТД, 1998.
14. Малахова Н.Г. Маркетинг медицинских услуг. — М., 1998. — 160 с.
15. Маркова В.Д. Маркетинг услуг. — М., 1996. — 128 с.
16. Матвеева В. Аптечные учреждения: особенности организации и учета. — Х.: Фактор, 2001. — 248 с.
17. Махринский Т. Структура аптечных сетей Украины. И немного о розничном сегменте украинского фармацевтического рынка // Ежедневник Аптека. — 2002. — № 42.
18. Мнушко З.М., Діхтярьова Н.М. Менеджмент і маркетинг у фармації. — Харків: Основа, 1999. — 288 с.
19. Надлежащая производственная практика лекарственных средств//Под редакцией Ляпунова Н. А., Загория В. А., Георгиевского В. П., Безуглой Е. П.— К.: Морион, 1999.
20. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. — М.: Классик-Консалдинг, 1999.
21. Организация и экономика фармации: Учебник / И.В. Косова, Е.Е. Лоскутова, Е.А. Максимкина и др.; Под ред. И.В. Косовой. — М.: Академия, 2002. — 400 с.
22. Путин М.Е., Алякритская Т.Б., Кузнецов П.П., Челидзе Н.П., Ордина Н.Б. Бизнес-план, как инструмент оптимизации финансово-экономических параметров деятельности медицинского учреждения федерального подчинения// Экономика здравоохранения. — 2002. — № 3. — С. 56—61.
23. Разумный А.Г. Реклама лікарських засобів у комплексі маркетингу фармацевтичних підприємств України// Фармацевтичний журнал. — 2003. — № 2. — С. 16—19.
24. Рейхарт Д.В, Сухинина В.А., Шиленко Ю.В. Фармацевтический рынок: его особенности, проблемы и перспективы. — М., 1995. — 304 с.
25. Росситер Дж., Перси Л. Реклама и продвижение товаров: Пер. с англ. — СПб, 2001 — 656 с.
26. Соколов А. Увеличение продаж. Возможности Интернета // Планета Интернет. — 2001. — № 1.
27. Столяров С.А. Маркетинговое управление медицинским учреждением // Здравоохран. Российской Федерации. — 1997. — № 3. — С. 17—20.
28. Столяров С.А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления// http://polbu.ru/stolarov_medmarket/ch10_i.html
29. Тогунов И.А. Модель маркетинговой системы медицинских услуг (маркетинговая формализованная сущность либеральной системы здравоохранения)./ Ж. Эксклюзивный маркетинг 1999. № 5. — с.47-83.
30. Тогунов И.А. Рынок медицинских услуг — государственный монополизм, олигополия или стратегический альянс?// <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=23655>

31. *Тупикова Л.Н., Тупиков С.Е.* Основы маркетинга в стоматологии. –Барнаул, 2002. – 90 с.
32. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: За ред. О.В.Баєвої та І.М.Солоненка. — К.:МАУП, 2007. — 376 с.
33. Управление фармацией: Учебник / Под ред. В.М. Толочко. — Х.: «Основа», 1997. — 256 с.
34. *Усенко В.* Фармацевтический маркетинг// Провизор. — 1999. — № 14—24. — 2000. — № 1—11
35. Филатов В.Б. Стратегия развития регионального здравоохранения: опыт формирования. М.: «Рарогъ», 1999. — 198 с.
36. Шутов М.М. Экономические основы регионального здравоохранения: Моногр. — Донецк: ВИК, 2002. — 296 с.
37. Щепин О.П. Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи в Российской Федерации. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, №3 — 1999 — с. 8.
38. A guideline on changing the classification for the supply of a medicinal product for human use, European Commission, Brussels, 29th of September 1999
39. Clive Crooks & Christian Boeringer, Pharmaceutical Marketing, Financial Times Professional Limited, 1998.
40. The rules governing medicinal products in the European Union, Volume I, European Commission, 1998, Directive 92/27/EEC of 31st March 1992.

РОЗДІЛ 9

УПРАВЛІННЯ ТЕХНОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

9.1 Технологічні принципи забезпечення високих показників якості медичної допомоги.

9.2 Стандартизація медичної допомоги: сутність та функції.

9.1 Технологічні принципи забезпечення високих показників якості медичної допомоги

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я характеризується підвищенням технологічності надання медичної допомоги. В останнє десятиріччя було розроблено та впроваджено в медичну практику ряд ефективних медичних технологій в кардіології, онкології, пульмонології, ендокринології, фтизіатрії, неврології, імунології, ревматології, хірургії, радіаційній медицині, гемотерапії та фармакології. Було розширено спектр хірургічних втручань з використанням малоінвазивної хірургії. Розвиток сучасних медичних технологій безпосередньо зв'язаний з розвитком медичної науки та науково-технічним прогресом.

У ст. 20 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що держава має сприяти розвитку наукових досліджень у галузі охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність закладів охорони здоров'я. Дослідження, що проводяться академічними і відомчими науковими установами, навчальними закладами або окремими науковцями, фінансуються на конкурсній основі з державного бюджету, а також за рахунок будь-яких інших джерел фінансування, що не суперечать законодавству.

Програма впровадження нових наукомістких медичних та фармацевтичних технологій має включати такі чинники:

- удосконалення існуючої технологічної бази;
- технічне переоснащення лікувально-профілактичних установ;
- стандартизацію схем медичного втручання та медичних технологій;
- розробку та впровадження медичних інформаційних технологій;
- підготовку нових кадрів, які зможуть професійно використовувати нові можливості високих технологій.

Класифікація основних технологій, які використовуються при наданні медичної допомоги представлена на рис. 9.1.

1. Загальні технології лікування та діагностики — новітні технології діагностики та лікування з найбільш поширених патологій та хвороб. До цього розділу також відносять високі технології, що зберігають органи, що щадять функції та реконструктивно-пластичні операції. Для досягнення безпеки лікування, клінічної та економічної ефективності процесу надання медичної допомоги проводиться впровадження стандартів медичної допомоги. Національні стандарти медичної допомоги складаються з національних протоколів лікування, які формуються за принципами доказової медицини.

- Загальні технології лікування та діагностики.
- Біотехнології, нанотехнології, технології генної інженерії.
- Інформаційні технології.
- Хіміко-фармацевтичні технології.
- Технології інформаційно-організаційного забезпечення.
- Технології інформаційно-технічного забезпечення.
- Управлінські технології.

Рис. 9.1. Класифікація технологій, які використовуються в галузі охорони здоров'я

2. Біотехнології, нанотехнології, технології генної інженерії діагностики та лікування. Генна терапія передбачає розробку безпечних і високотехнологічних способів введення в соматичні клітини пацієнтів відсутніх або заміну дефектних генів продуцентів. При застосуванні технологій, пов'язаних із втручанням в геном людини необхідно дотримуватись положень, викладених в «Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини» (ETS-164, Ов'єдо, 04.04.1997 р.). В Статті 13 Конвенції, яка має назву «Втручання в геном людини», зазначається, що втручання з метою модифікацій генома людини може здійснюватись лише в профілактичних, діагностичних або терапевтичних цілях, і лише за умови, що воно не спрямоване на зміну генома нащадків

3. Інформаційні технології — динамічний клас технологій, який включає системні технології, віртуальні технології, мультимедійні технології, Інтернет-технології, телекомунікаційні технології, моніторингові системи та технології.

Інтернет-технології — технології, які забезпечують інформаційну підтримку клінічної медицини з питань консультування та лікування хворих, надають можливість доступу до електронних баз бібліотек, медичних журналів тощо.

Телемедичні технології — технології, які реалізуються з використанням телекомунікаційних технологій і надають можливість отримання лікувально-діагностичних консультацій, моніторингу на відстані, використовуються при проведенні управлінських, освітніх, наукових та просвітницьких міроприємств.

4. Технології інформаційно-організаційного забезпечення — мають створювати *єдиний медико-інформаційний простір*. Структура простору має містити три ієрархічні рівні. Перший — інформаційні системи установ, безпосередньо пов'язані з пацієнтами. Другий — інформаційно-аналітичні центри адміністративно-територіальних одиниць, які пов'язані з інформаційними системами закладів охорони здоров'я та державними інформаційно-аналітичними центрами. Третій рівень — національні інтегровані бази даних з питань здоров'я населення України та профілактично-реабілітаційні заходи.

Створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я має чітку нормативно-правову базу:

- Закон України «Про концепцію Національної програми інформатизації» від 4.02.1998 р.

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України за № 127 від 21.05.1998 р. «Концептуальні основи створення єдиного інформаційного поля системи охорони здоров'я України».

5. Технології інформаційно-технічного забезпечення — інформаційне забезпечення діяльності лікувально-профілактичного закладу, до якого відносяться система обліку та управління матеріальними ресурсами закладу, програми обліку та

аналізу медичної діяльності закладу, системи обліку та управління персоналом, програми ведення статистики, медичні реєстри населення в зоні обслуговування лікувально-профілактичного закладу, бази даних пацієнтів, облік лікарських засобів, тощо.

6. Управлінські технології — технології, які забезпечують стратегічне планування та планування виробничого процесу і його операційний контроль, встановлення механізмів комунікації, мотивації, координації діяльності. Управлінські технології мають забезпечити: ефективність діяльності закладу охорони здоров'я; високу якість надання медичної допомоги; задоволення клієнтів (пацієнтів та їх представників). Управлінські технології дозволяють приймати виважені управлінські рішення, впроваджувати організаційні зміни та інновації в закладах охорони здоров'я.

7. Хіміко-фармацевтичні технології. Державна політика України у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів спрямована на підтримку наукових досліджень, створення та впровадження нових технологій, а також розвиток виробництва високоефективних та безпечних лікарських засобів, забезпечення потреб населення ліками належної якості.

Для досягнення цієї мети створено Державний реєстр лікарських засобів України — нормативний документ, який містить відомості про лікарські засоби, дозволені для виробництва і застосування в медичній практиці.

Основу хіміко-фармацевтичних технологій становлять:

- *фармакопейна стаття* — нормативно-технічний документ, який установлює вимоги до лікарського засобу, його упаковки, умов і терміну зберігання та методів контролю якості лікарського засобу;
- *технологічний регламент виготовлення лікарського засобу* — нормативний документ, у якому визначено технологічні методи, технічні засоби, норми та нормативи виготовлення лікарського засобу;
- *Державна Фармакопея України* — правовий акт, який містить загальні вимоги до лікарських засобів, фармакопейні статті, а також методики контролю якості лікарських засобів.

9.2. Стандартизація медичної допомоги: сутність та функції

Більшість країн, членів ВООЗ, вирішують проблеми раціонального використання ресурсів, ефективності діяльності системи охорони здоров'я та регуляції її вартості через загальноприйняті стандарти.

Стандартизація — це процес установаження та застосування в різноманітних сферах виробництва та надання послуг стандартів і системи контролю за їх дотриманням.

В Україні процес стандартизації в системі охорони здоров'я розпочався понад 20 років тому з упровадження принципів господарчого механізму. У 1998 р. Міністерством охорони здоров'я України було прийнято накази, що узаконюють провадження галузевих стандартів в практику охорони здоров'я:

♦ «Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України».

♦ «Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей».

Мета стандартизації охорони здоров'я полягає в підвищенні якості профілактичних і лікувально-діагностичних заходів, вирішення завдань збереження й підвищення здоров'я населення.

Принципи, яким має відповідати процес стандартизації: одноманітності, значення, актуальності, комплексності, контролю, інформованої згоди тощо.

Впровадження стандартизації охорони здоров'я має сприяти:

- Ефективності та економічності використання трудових й матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я.
- Захисту інтересів пацієнтів на основі забезпечення реального рівня соціальних гарантій доступності медичної допомоги населенню.
- Структурній пропорційності служб системи охорони здоров'я.
- Рациональному розподілу фінансових потоків у галузі.

Стандарт — нормативно-технічний документ, який установлює комплекс норм, вимог, правил, вимог до об'єкту стандартизації та затверджується компетентним органом.

Порядок розробки сучасних медичних стандартів складається з таких процедур:

- ◆ Визначення групи захворювань, для якої розробляються стандарти.
 - ◆ Вивчення наявної техніко-технологічної бази медичних закладів та їх відповідних підрозділів.
 - ◆ Вивчення наукової літератури з проблеми.
 - ◆ Розробка алгоритмів діагностики та лікування на основі даних доказової медицини.
 - ◆ Оцінювання ефективності різних втручань на основі зіставлення результатів і витрат, типового матеріально-технічного устаткування лікувально-профілактичних закладів.
 - ◆ Розробка клінічних протоколів, інструкцій і пояснень до них.
 - ◆ Підготовка клінічного посібника (керівництва)
- Класифікацію стандартів наведено на рис. 9.2.

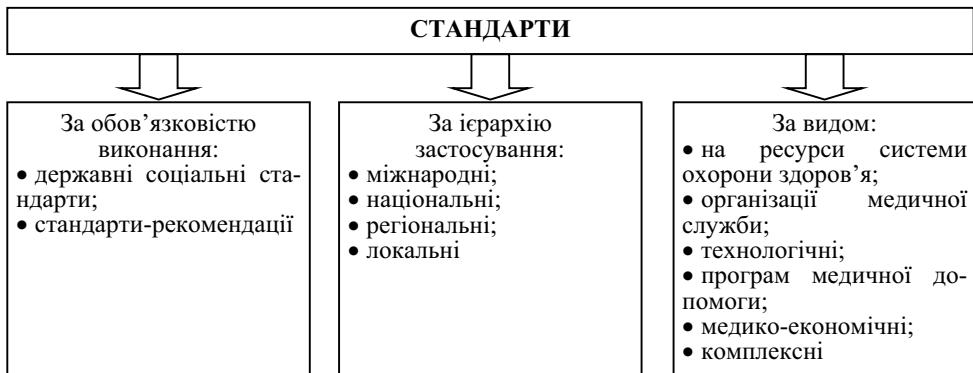


Рис. 9.2. Класифікація стандартів медичної допомоги

1. Стандарти за обов'язковістю вимог виконання.

1.1. Державні (національні) соціальні стандарти — встановлені законами, іншими нормативно-правовими актами соціальні норми і нормативи або їх комплекс, на базі яких визначаються рівні основних державних соціальних гарантій.

Соціальні норми і нормативи — показники необхідного споживання продуктів харчування, непродовольчих товарів і послуг та забезпечення світними, медичними, житлово-комунальними, соціально-культурними послугами.

Згідно зі статтею 11 Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я включають:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами;
- нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою;
- нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Тобто вищезазначений Закон України передбачає формування «базового пакету медичних послуг», які мають надаватися безкоштовно. Такий пакет має відношення не до окремої людини, а до населення взагалі та є результатом нормування видів й обсягу медичних послуг, що надаються в умовах обмеженого ресурсного забезпечення. Він зобов'язує державні або уповноважені державою органи надавати чи фінансувати певні послуги й забезпечувати право на отримання безкоштовних медичних послуг.

В Україні розробку державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я проводять такі робочі групи:

- ◆ з опрацювання переліку та обсягу гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- ◆ з опрацювання нормативів надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур, показників якості надання медичної допомоги та нормативів забезпечення певної території мережею закладів охорони здоров'я в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах;
- ◆ з опрацювання нормативів пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими та іншими спеціальними засобами;
- ◆ з опрацювання нормативів забезпечення населення стаціонарною медичною допомогою;
- ◆ з опрацювання нормативів забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- ◆ з опрацювання нормативів забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Склад робочих груп затверджується спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України.

Вимоги до Національних стандартів:

- Мають відповідати умовам фінансування.
- Мають бути реальними для виконання.
- Мають мати організаційне призначення.
- Мають забезпечувати послідовність технології надання медичної допомоги.

1.2. Стандарти-рекомендації — стандарти, які видаються у вигляді методичних рекомендацій, інструктивних листів тощо. Стандарти-рекомендації не потребують жорсткого дотримання, тобто методики діагностики або лікування можуть удосконалюватись та змінюватися без спеціального узгодження в Міністерстві охорони здоров'я України.

2. Стандарти за ієрархією системи застосування.

2.1. Міжнародні стандарти — приймаються міжнародними організаціями (наприклад, Всесвітньою організацією охорони здоров'я) і застосовуються на міжнародному рівні.

2.2. Національні стандарти — моделі надання діагностично-лікувальної допомоги, які встановлюються та застосовуються на рівні держави.

2.3. Регіональні стандарти — модель надання медичної допомоги, застосування якої обмежено регіоном. Регіональні стандарти державних гарантій забезпечення населення безоплатною медичною допомогою мають містити:

- перелік захворювань;
- види медичної допомоги;
- обсяги медичної допомоги;
- умови надання та фінансування медичної допомоги.

Регіональні стандарти будуються за такими принципами:

♦ потреби населення в безоплатній медичній допомозі визначаються за особливостями демографічного складу, рівнів і структури захворюваності в регіоні;

♦ забезпечення відповідності гарантованих обсягів медичної допомоги державним нормативам і стандартам;

♦ відповідності потужності регіональної мережі закладів охорони здоров'я потребам населення в медичній допомозі;

♦ наукового обґрунтування матеріальних і фінансових витрат на відповідну одиницю обсягу медичної допомоги;

♦ підвищення ефективності використання ресурсної бази охорони здоров'я за рахунок комплексного регіонального планування і впровадження ресурсозберігаючих медичних технологій.

2.4. Локальні стандарти — моделі та вимоги до надання медичної допомоги, які застосовуються в одному, кількох лікувально-профілактичних закладах, межах управління охороною здоров'я міста або району.

3. Види стандартів.

3.1. Стандарти на ресурси охорони здоров'я — за рівнем та ієрархією відносяться до національних або міжнародних стандартів, мають силу закону. Стандарти на ресурси охорони здоров'я містять вимоги до основних фондів лікувально-профілактичних закладів, обладнання, лікарських засобів, фінансових та людських ресурсів.

3.2. Стандарти організації медичних служб і закладів охорони здоров'я — моделі та вимоги до ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я. Стандарти регламентують:

- системи управління;
- організацію лікувально-діагностичного процесу;
- інформаційне забезпечення;
- контроль якості та безпеки медичної допомоги.

3.3. Технологічні стандарти — стандарти, які регламентують процес діагностики, лікування та профілактики. За рівнем та ієрархією технологічні стандарти можуть бути національними, регіональними або локальними. За

обов'язковістю виконання вимог технологічні стандарти можуть мати законодавчий або рекомендаційний характер. Технологічні стандарти розглядаються як гарантоване забезпечення кожного хворого з визначеною патологією оптимальним лікуванням, з метою досягнення максимально можливого позитивного результату. Національні технологічні стандарти формуються завдяки зусиллям науковців та лікарів-практиків.

3.4. Стандарти програм медичної допомоги — стандарти, які регламентують проведення комплексу заходів, які здійснюються з метою надання медичної допомоги окремим групам населення. Такі групи формуються за різними ознаками: за характером захворювання; віком; статтю; фізіологічним станом; соціальним станом; професією; умовами праці тощо. Програми медичної допомоги приймаються урядом і є законодавчим стандартом.

3.5. Медико-економічні стандарти — модель гармонійного поєднання якості діагностичних, лікувальних, профілактичних заходів з вартістю надання медичної допомоги. За обов'язковістю вимог виконання відносяться до стандартів-рекомендацій, за рівнем ієрархії — до локальних стандартів.

3.6. Комплексні стандарти — стандарти, які регламентують діяльність певного медичного фаху або служби і містять набір структурно-організаційних, технологічних стандартів і стандартів організаційних програм.

Стандартизація має забезпечувати інтереси:

- споживачів (пацієнтів та їх представників);
- виробників послуг;
- суспільства.

В Україні розроблені і впроваджуються галузеві стандарти медичних технологій. Вони визначають необхідні обсяги й види медичної допомоги, які мають забезпечити лікувально-профілактичні заклади II, III та IV рівнів акредитації. До таких технологій відносяться:

♦ Тимчасові уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України.

♦ Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей.

Законодавство України передбачає здійснення моніторингу за реалізацією державних соціальних нормативів у галузі охорони здоров'я. Моніторинг представляє цілеспрямовану діяльність з вивчення стану впровадження державних соціальних нормативів та їх фінансове забезпечення. Моніторинг, як вид управлінських дій включає комплекс таких заходів:

- дослідження функціонування об'єктів управління (закладів охорони здоров'я) за окремими видами діяльності;
- впровадження державних соціальних нормативів;
- попередження відхилень від очікуваних результатів — обсягів виконання вимог соціальних нормативів закладами охорони здоров'я республіки.

Основним завданням моніторингу є забезпечення оперативного та планового контролю за дотриманням державних соціальних нормативів у закладах охорони здоров'я. Обидва види контролю можуть здійснюватись як органами державного управління охороною здоров'я (адміністративний контроль), так і лікувально-профілактичними закладами (самоконтроль). Завданням моніторингу також є забезпечення зворотного зв'язку між органами управління охороною здоров'я та лікувально-профілактичними закладами (рис. 9.3).

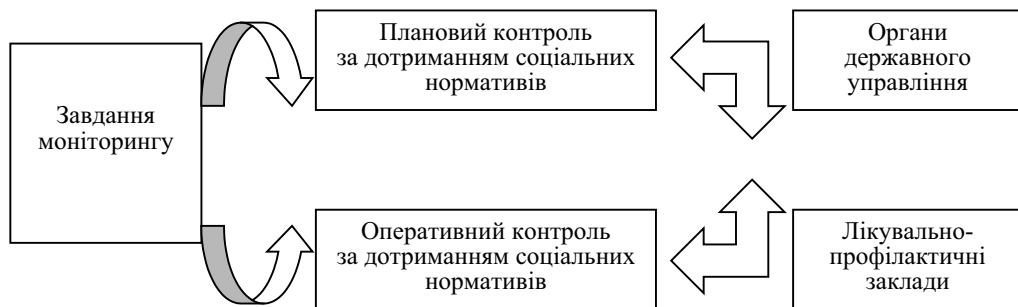


Рис. 9.3. Сутність та завдання моніторингу за реалізацією державних соціальних нормативів

Моніторинг проводиться на основі інформаційної бази даних. Така база формується шляхом поетапного збору, аналізу, узагальнення показників діяльності закладів охорони здоров'я. Аналізується дотримання вимог державних соціальних нормативів за двома видами показників:

- медико-соціальні;
- фінансові.

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, *стандарти медичної допомоги* включають:

- ◆ клінічні рекомендації (протоколи);
- ◆ регіональні клініко-економічні стандарти медичної допомоги;
- ◆ формуляри.

Клінічний протокол — технічний нормативний документ, який визначає вимоги до надання медичної допомоги пацієнту при конкретному захворюванні чи при визначеному синдромі або в конкретній ситуації. Завдання клінічного протоколу представлені на рис. 9.4.

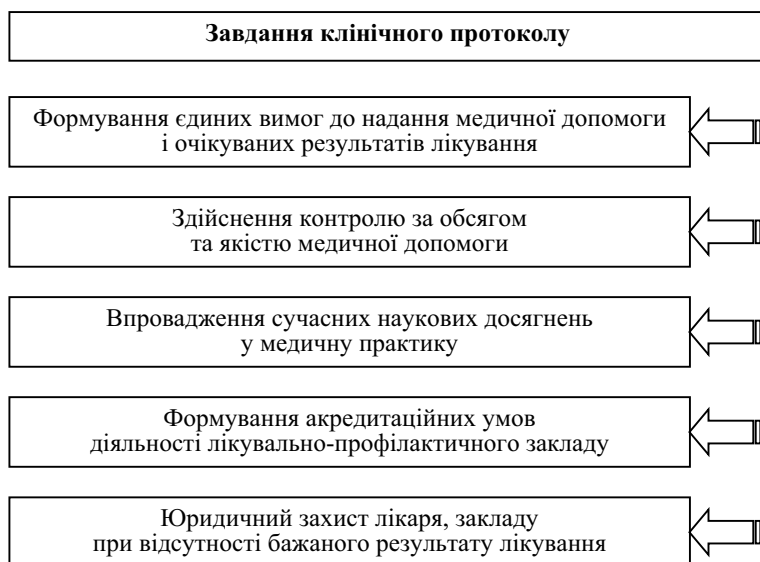


Рис. 9.4. Завдання клінічного протоколу

Клінічний протокол містить чітко регламентовані, розташовані у відповідному порядку заходи з надання медичної допомоги, спрямовані на забезпечення її високої якості та ефективного використання матеріальних та кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я. В клінічній ситуації він є деталізованою інструкцією та правилами реалізації етапів надання медичної допомоги й безпосередньо пов'язаний із клінічними рекомендаціями, розробленими на принципах доказової медицини.

До розробки клінічних протоколів залучаються провідні медичні науково-дослідні інститути, вищі медичні навчальні заклади України, кращі науковці у відповідній галузі. Науково-методичний супровід підготовки клінічних протоколів проводиться Українським інститутом громадського здоров'я, який обґрунтовує методики порядку і технології створення клінічного протоколу, визначає вимоги до їх структури і змісту, формує тимчасові наукові колективи або робочі групи, здійснює координацію діяльності розробників та експертну оцінку проектів клінічних протоколів. Міністерство охорони здоров'я України затверджує клінічний протокол і видає наказ щодо його впровадження в медичну практику. Зразок такого наказу та клінічний протокол наведено в Додатку.

Приймаючи рішення щодо лікування хворого лікар повинен:

1. Враховувати клінічні рекомендації (клінічні протоколи).
2. Враховувати індивідуальні особливості організму пацієнта (вік, супутні захворювання, ліки, які він приймає, можливу сенсифілізацію організму, тощо).
3. Забезпечити відповідність обраного методу діагностики та лікування принципу інформованої згоди.

Другий та третій пункти цього переліку, як правило, не входять до клінічної рекомендації і лікар має дотримуватись їх «по умовчанню».

Клінічна рекомендація — твердження, розроблені на основі визначеної методології для допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті рішення щодо надання раціональної медичної допомоги в різних клінічних випадках.

У 2002—2003 рр. було розроблено міжнародні вимоги до методології створення клінічних рекомендацій та оцінки їх якості. Основна вимога до клінічних рекомендацій — це використання технології, ефективність яких науково підтверджена. Такий підхід одержав назву «*доказової медицини*», тобто медицини, яка базується на фактах — *evidence-based medicine*.

Об'єкти доказової медицини:

- Стандарти лікування.
- Клінічні рекомендації.

Доказова медицина дозволяє використовувати найвірогідніші дані з метою:

- ефективного прийняття клінічних рішень;
- підвищення якості медичної допомоги;
- впровадження в клінічну практику досягнень медичної науки;
- забезпечення ефективного та відносно безпечного лікування.

Доказові відомості отримують шляхом кількісного та якісного аналізу результатів, які є в інформаційному просторі клінічних досліджень. Виходячи з цього принципу, клінічні рекомендації ранжуються за рівнем вірогідності.

Клінічні рекомендації надають лікареві можливість приймати рішення не тільки на основі власного клінічного досвіду, інтуїції або на базі традицій клінічної школи, до якої він належить, а й покласти в основу рішення аналіз та досвід світової наукової медичної думки. Інші шляхи використання клінічних рекомендацій у медичній практиці подано на рис. 9.5.

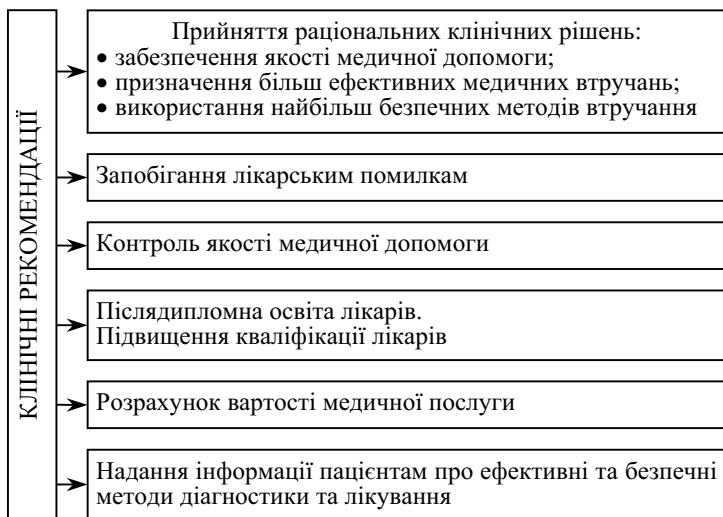


Рис. 9.5 Шляхи використання клінічних рекомендацій у медичній практиці

Формуляр — документ, у якому наведено перелік лікарських засобів, представлено оптимальні схеми лікування захворювання лікарськими препаратами та надано коротку інформацію щодо лікарських засобів. Шляхи використання формулярів у медичній практиці представлено на рис.9.6. Лікарські препарати відбираються в формуляри на основі:

- фармако-економічної ефективності;
- домовленості експертів.

Формуляри можуть складатись на різних рівнях:

- національному;
- регіональному;
- лікувально-профілактичного закладу.

Наприклад, Британський національний формуляр розробляється Королівським фармацевтичним товариством та Британською медичною асоціацією*.

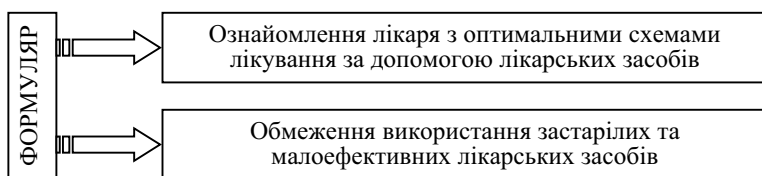


Рис. 9.6. Шляхи використання формулярів у медичній практиці

Регіональні клініко-економічні стандарти медичної допомоги можуть розробляти страхові компанії або лікувально-профілактичні заклади недержавної форми власності з метою досягнення балансу між потребами в медичній допомозі та ресурсами. Клініко-економічні стандарти можуть мати обмежувальний характер. Наприклад, вони можуть обмежувати максимальну кількість днів перебування в стаціонарі при конкретному захворюванні, містити перелік лікарських засобів або діагностичних процедур,

* British National Formulary, [http:// www.bnf.org](http://www.bnf.org)

які може призначити лікар. Перелік може мати чіткі показання до призначення дорогих лікувальних та діагностичних втручань.

У країнах з розвинутою системою охорони здоров'я клініко-економічні стандарти формуються на базі високоякісних стандартів медичної допомоги. Дотримання такого стандарту добровільне. Роботодавець, платник медичних послуг або професійне товариство можуть надавати жорсткі рекомендації щодо дотримання стандарту, мотивувати лікарів до його використання в клінічній практиці і навіть вимагати від лікарів пояснень у випадках відхилення від стандарту. Як правило, відхилення від стандарту має бути задокументоване та обґрунтоване в історії хвороби.

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте основні технології, які використовуються в галузі охорони здоров'я.
2. За якими основними принципами класифікують стандарти медичної допомоги?
3. Які соціальні нормативи належать до галузі охорони здоров'я?
4. Назвіть основні групи, які здійснюють розробку державних соціальних нормативів у галузі охорони здоров'я?
5. Визначте відмінності між державними соціальними стандартами та стандартами-рекомендаціями.
6. Охарактеризуйте сутність і завдання моніторингу за реалізацією державних соціальних нормативів.
7. Обґрунтуйте сутність клінічного протоколу.
8. З'ясуйте шляхи використання клінічних рекомендацій в медичній практиці.
9. За якими принципами проводиться відбір лікарських засобів у формуляри?

Список використаної та рекомендованої літератури

А. Нормативно-правові акти

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. // Відомості Верховної Ради України. — 1993. — № 4.
2. Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» // Відомості Верховної Ради. — 2000. — № 48. — С. 409.
3. Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини. ETS-164, Ов'єдо, 04.04.1997 р. // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень 2004. — Кіровоград: Експерт Софт.

Б. Навчально-методичні, наукові видання та підручники

1. Боди Д., Пэйтон Р. Основы менеджмента. — СПб: Питер, 1999. — 816 с.
2. Власов В.В. Современный процесс стандартизации в российской медицине // Международный журнал медицинской практики. — 2000. — № 2. — С. 5—12.
3. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. — М.: Медиа Сфера, 2001. — 392 с.
4. Ворсанидзе С.Л., Лихота А.И. Управление качеством лечебно-диагностического процесса с использованием медицинских стандартов (протоколов) // Экономика здравоохранения. — 2000. — № 2—3.

5. Глухов Г.Н., Шиленко Ю.В., Леонтьев В.К. Система гарантий качества в здравоохранении// (Экономика здравоохранения. — 1998. — № N2/26
6. Горшков В.А., Быков А.В., Медведев О.М., Дж.Харпер, Ю.Чурилин. Медицина, основанная на доказательствах (Evidence-based medicine) () <http://www.likar.info/profi/articles/194.html>
7. Лехан В.М. Система охорони здоров'я в Україні.: підсумки, проблеми, перспективи. — К.: Сфера, 2002. — 28 с.
8. Лехан В., Гук А. Методичні підходи до розробки медичних стандартів// Главный врач. — 2003. — № 1. — С. 33—40.
9. Нагорна А.М. Проблема якості в охороні здоров'я. — Кам'янець-Подільський: Абетка-Нова, 2002. — 381 с.
10. Найговзина Н.Б., Сайткулов К.И., Улумбекова Г.Э. Стандарты медицинской помощи. Характеристики, сравнительный анализ, целевые функции // Проблемы управления здравоохранением. — 2004. — № 3. — С. 70—74.
11. Нетяженко В.З. Доказова медицина. Кому та що потрібно доводити? // Мистецтво лікування. — 2003. — № 2.
12. Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шляхи її подальшого розвитку // Вісн.соц.гігієни та орг.охор. здор. України. — 2004. — № 2. — С. 43—47.
13. Скакун М.П. Основы доказовой медицины. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. — 242 с.
14. Стародубов В.И., Воробьев П.А., Якимов О.С., Семенов В.Ю. Основные положительные концепции стандартизации медицинских услуг// Экономика здравоохранения. — 1997. — № 10/22.
15. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інноваційної політики. — Житомир: Полісся, 2005. — 188 с.
16. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины: Пер. с англ. — М.: Медиа Сфера, 1998. — 352 с.
17. Хуторской М.А., Мартыненко В.Ф. Технологические основы обеспечения высоких показателей качества медицинской помощи// Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — № 1(8). — С. 21—23.
18. Чубенко А.В. Бабич П.Н., Лапач С.Н. (2004) Медицина, основанная на доказательствах, и современные информационные технологии. Український медичний часопис, 2: 49—56.
19. Ярош Н.П. Моніторинг впровадження державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я// В кн.: Демографічна та медична статистика України у ХХІ столітті. Медичні інформаційні системи у статистиці. — К., 2004. — С. 168.
20. Cook D. Evidence-based medicine: A potential tool for change New Horiz.: Sci. and Pract Acute Med, 1998. — № 6(1): 20—25.

РОЗДІЛ 10

УПРАВЛІННЯ ІНФОРМАЦІЙНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 10.1. Інформаційні технології: мета, сутність, завдання.
- 10.2. Державна політика інформатизації охорони здоров'я в Україні.
- 10.3. Інформаційні системи, пов'язані з використанням глобальної інформаційної мережі Інтернет (на прикладі веб-сайту Міністерства охорони здоров'я України).
- 10.4. Телемедичні технології.
- 10.5. Інформаційне забезпечення діяльності лікувально-профілактичного закладу.
- 10.6. Медико-статистична інформація.
- 10.7. Інформаційно-документальне забезпечення діяльності в галузі охорони здоров'я.

10.1. Інформаційні технології: мета, сутність, завдання

Пітер Ф. Друкер запропонував основною рисою сучасного менеджера вважати його здатність контролювати та використовувати інформацію. Таке висловлювання підкреслює величезне значення інформації в управлінні сучасним бізнесом.

Інформація в медичному бізнесі класифікується за двома ознаками:

Перша ознака — призначення інформації. Розрізняють:

- бізнес-інформацію, спрямовану на управління лікувально-профілактичним закладом зокрема;
- інформацію, яка використовується з метою профілактики, діагностики або лікування захворювань.

Друга ознака — джерело інформації. Розрізняють:

- зовнішню інформацію: інформація про ринок; інформація про конкурентів; макроекономічна та геополітична інформація, інформація про постачальників, зовнішня фінансова інформація; інформація щодо регулювання та оподаткування;
- внутрішню інформацію: інформація про лікувально-профілактичний заклад; інформація щодо трудових ресурсів; внутрішня фінансова інформація.

Зовнішня інформація

1. Інформація про ринок може бути загальною та конкретною. До загальної інформації на ринку охорони здоров'я відносять аналіз тенденцій на світовому фармацевтичному ринку або ринку медичної апаратури, аналіз тенденцій розвитку молекулярних біотехнологій та медичних технологій. До конкретної інформації відносять аналіз структури лікувально-профілактичних закладів на вузькому сегменті медичного ринку. Від інформації про ринок залежать розробки закладів та ком-

паній щодо впровадження нових видів послуг, маркетингове планування, планування комунікацій та реклами, загальні стратегічні рішення.

2. Інформація про конкурентів розглядається як частина інформації про ринок охорони здоров'я. Розглядається інформація про всіх конкурентів, які своєю діяльністю на ринку медичних послуг, фармацевтичному ринку, ринку медичної апаратури, тощо можуть зменшити дохід закладу від реалізованих послуг (продуктів) або взагалі лишити її прибутку. Згідно з концепцією стратегії конкуренції М. Портера інформація про конкурентів поділяється на п'ять груп:

- конкуренти, які виробляють аналогічну продукцію (послуги);
- постачальники апаратури, лікарських засобів, товарів медичного призначення — визначають якість та собівартість медичної послуги;
- покупці продукту та пацієнти. До першої категорії відносяться лікувально-профілактичні заклади, які є споживачами лікарських засобів, медичної апаратури та товарів медичного призначення. Вони вимагають присутності певних властивостей, якостей та технологічних характеристик продукту, а також впливають на ціну продукту в бік її зниження;
- виробники аналогічних послуг (продуктів). Важливість інформації про цю категорію конкурентів залежить від їх конкурентної сили — здатності переключити споживачів на свої послуги (продукцію) та потенційних клієнтів;
- виробники послуг (продуктів) — замінників. Інформація про цю групу конкурентів набуває важливості з ростом кількості медичних послуг, які надаються закладами нетрадиційної медицини. Виготовлення лікарських засобів нових поколінь може привести до руйнування ринку старих фармацевтичних препаратів.

3. Макроекономічна інформація безпосередньо не впливає на заклад охорони здоров'я або фармацевтичну компанію, проте може відіграти вирішальну роль при розробці довгострокової стратегії.

4. Інформація про постачальників концентрується на аспектах витрат, надійності, якості та термінів доставок.

5. Зовнішня фінансова інформація важлива для компаній із складною структурою інвестицій й складною фінансовою структурою. Для таких організацій особливого значення набуває інформація щодо валютних курсів, динаміки курсів акцій, руху на ринку капіталу тощо.

6. Інформація щодо регулювання та оподаткування необхідна компаніям для дотримання правових норм. Оцінка умов регулювання та оподаткування передуює прийняттю управлінських рішень щодо виходу на нові іноземні ринки.

Внутрішня інформація

1. Інформація про виробництво. До цієї категорії інформації відноситься інформація про ефективність роботи закладу, якість надання послуг, яка використовується для фінансового та маркетингового планування.

2. Інформація про трудові ресурси концентрується на таких аспектах, як кваліфікація персоналу, навчання та підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, видатки на кадрове забезпечення закладу, дотримання етичних та деонтологічних норм. У сучасному менеджменті спостерігається тенденція до збору інформації про особисте життя співробітників, їх характер, зовнішніх інтересів, хобі. Ця інформація використовується для матеріального та морального мотивування персоналу. Інтернаціональні компанії, які мають представництва або філії

в багатьох країнах світу, враховують що в Японії такий вид інформації є природною частиною корпоративної програми соціального забезпечення для співробітників та їхніх родин. У США та деяких Європейських країнах збирання такої інформації може розцінюватися співробітниками як втручання в особисте життя.

3. Внутрішня фінансова інформація включає інформацію щодо бухгалтерського балансу про прибуток та витрат закладу, про майно та зобов'язання, фінансові показники роботи, які надають вихідну інформацію про фінансове благополуччя та рентабельність організації.

У медичному бізнесі інформація використовується в таких напрямках:

- підвищення якості надання медичних послуг;
- досягнення оптимального рівня витрат при профілактиці, діагностиці та лікуванні захворювань у пацієнтів;
- зростання прибутку та розширення ринку збуту медичних послуг;
- зниження ризиків та зменшення невизначеності;
- отримання влади та засобів впливу;
- контроль та оцінка ефективності роботи закладу охорони здоров'я.

Інформаційні технології — системи, які забезпечують зберігання, оброблення та передачу інформації:

- апаратне забезпечення;
- програмне забезпечення;
- телекомунікації;
- системи управління базами даних.

Інформаційні технології використовуються як засіб забезпечення комунікацій між лікарями, для забезпечення ефективного управління системою охорони здоров'я та кожним лікувально-профілактичним закладом, як засіб технологічної підтримки процесу надання медичної допомоги та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Комп'ютеризовані інформаційні системи прийнято розрізняти за масштабом операцій, які вони виконують, та їх впливом на діяльність закладу (рис. 10.1).

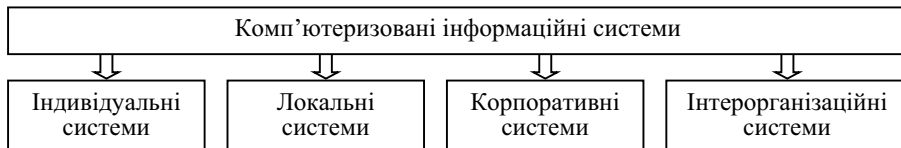


Рис. 10.1. Масштаби комп'ютеризованих інформаційних систем

Індивідуальні системи — системи, які співробітник закладу використовує індивідуально, самостійно приймає рішення щодо використання системи і сам контролює її роботу.

Локальні системи — відокремлені організаційні одиниці, які функціонують незалежно від загальної корпоративної системи. Наприклад, діагностичний центр багато-профільної лікарні може мати відокремлену локальну систему, яка містить інформацію щодо динаміки даних клінічних, біохімічних, імунологічних досліджень кожного пацієнта, інформацію метрологічного контролю, поставок наборів реактивів, тощо. Як правило, при формуванні корпоративної мережі локальні системи об'єднуються в загальну систему закладу.

Корпоративні системи — комп'ютеризована інформаційна система, яка об'єднує мережі всіх відділів та відділень лікувально-профілактичного закладу. Корпоративна система закладу має забезпечувати такі напрями:

- облік витрат та управління ресурсами закладу;
- ведення системи електронного документообігу;
- формування медичних реєстрів населення в зоні обслуговування лікувально-профілактичного закладу;
- бази даних хворих, що знаходились на лікуванні в стаціонарі;
- облік пільгового забезпечення населення лікарськими засобами;
- ведення медичної статистики;
- облік діяльності, пов'язаної з добровільним страхуванням;
- електронний обмін документами;
- телемедичні технології.

Інтерорганізаційні системи — телекомунікаційні технології, які дозволяють пов'язувати єдиною інформаційною мережею різні заклади охорони здоров'я. До інтерорганізаційних систем має відноситися система єдиного медико-інформаційного простору республіки. Структура цього простору має містити три ієрархічні рівні:

- *Перший* — інформаційні системи лікувально-профілактичних закладів.
- *Другий* — інформаційно-аналітичні центри адміністративно-територіальних одиниць, які пов'язані системами першого та третього ієрархічного рівнів.
- *Третій* — національні інтегровані бази даних і знань з питань здоров'я населення України та профілактично-реабілітаційних заходів.

10.2. Державна політика інформатизації охорони здоров'я в Україні

Державна політика інформатизації охорони здоров'я є складовою частиною державної політики інформатизації в Україні, яка спрямована на ефективний розвиток системи охорони здоров'я населення. *Змістом* державної політики інформатизації охорони здоров'я України є впровадження необхідних заходів, спрямованих на ліквідацію відставання охорони здоров'я в галузі інформатизації від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства.

Завдання державної політики в галузі інформатизації охорони здоров'я:

- розвиток галузевого інформаційного середовища;
- створення умов економічно виправданого використання сучасних інформаційних технологій.

Для реалізації державної політики інформатизації охорони здоров'я Міністерством охорони здоров'я України та Академією Медичних наук України розроблено програмний документ «Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я України». Цей документ було створено відповідно з указом Президента України від 31.05.93 р., № 186/93 «Про державну політику інформатизації України» та постановою Кабінету Міністрів України від 31.08.94 р. за № 605 «Питання інформатизації» та Концепції Державної політики інформатизації України, яка затверджена на державному рівні. Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я передбачає забезпечення всебічної демократизації процесів створення та споживання інформації, загальнодоступність інформаційних ресурсів та послуг, захист прав особистості від інформаційного вторгнення тощо. В оцінці ефективності інформатизації охорони здоров'я використовується комплексний підхід, який ґрунтується не тільки на врахуванні ресурсних показників, а й на впливі даних процесів у цілому на всі сторони життєдіяльності суспільства.

Концепція державної політики в галузі охорони здоров'я передбачає розвиток взаємопов'язаних та взаємообумовлених напрямів:

- розвиток інфраструктури інформатизації охорони здоров'я;
- формування загальної науково-технічної політики інформатизації охорони здоров'я;
- формування правової політики інформатизації в галузі;
- формування політики міжнародного співробітництва в галузі інформатизації охорони здоров'я;
- формування фінансово-економічної політики інформатизації галузі;
- підготовка суспільства до інформатизації охорони здоров'я.

Структура та підрозділи «Концепції державної політики інформатизації охорони здоров'я України» відповідають структурі та розділам загальної «Концепції державної політики інформатизації України», що сприяє взаємозв'язку та взаємодії усіх галузей народного господарства.

Державна політика в галузі інфраструктури інформатизації охорони здоров'я

Метою державної політики щодо створення і розвитку інфраструктури інформатизації охорони здоров'я є досягнення світового рівня складових частин національної інформаційної інфраструктури. В галузі індустрії програмних засобів державна політика спрямована на:

- ♦ підтримку створення конкурентоспроможних програмних систем;
- ♦ додержання національних та міжнародних стандартів;
- ♦ створення високоінтелектуальних інформаційних технологій та стимулювання їх поставки на міжнародний ринок;
- ♦ українізації програмних засобів широкого призначення;
- ♦ створення державної системи реєстрації, сертифікації та ліцензування програмних засобів.

Стратегія організації баз даних на основі національних і міжнародних стандартів, орієнтована на поетапне об'єднання локальних та відомчих баз в Національну систему баз даних і баз знань відкритого типу з виходом у міжнародні мережі. Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я передбачає створення баз даних загальнодержавного призначення щодо:

- населення;
- стану навколишнього середовища;
- надзвичайних ситуацій;
- обліку та розподілу лікарських препаратів, медичних матеріалів та обладнання;
- обліку та розподілу трансплантатів;
- тощо.

Бази даних мають бути поділені на категорії: відомчі, галузеві, персональні, довідкові, бібліотечні, та інші з доступом до міжнародних баз даних.

Основою розвиненої інфраструктури інформатизації охорони здоров'я є створення Національної медичної комп'ютерної мережі прямого доступу «УкрМед-Нет». Мета цієї мережі — створення системи обміну медичної та екологічної інформації в Україні та за її межами на основі використання телекомунікаційних технологій та прискорення інтеграції республіки в світовий інформаційний простір. На сьогодні пройдено перший етап створення національної медичної мережі —

створена і діє національна комп'ютерна мережа першої генерації — HealthNet, яка складається з двох мереж:

— *перша мережа* — Національний реєстр осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи — реєстр проводить моніторинг здоров'я близько 600 000 осіб. Комп'ютерна мережа має пункти в 25 регіонах та містах Києві та Севастополі;

— *друга мережа* — мережа санітарно-епідеміологічної служби Міністерства охорони здоров'я України. Комп'ютерна мережа має 70 центрів в обласних та міських управліннях охорони здоров'я, які передають оперативну інформацію про поточний стан санітарної, епідеміологічної та екологічної ситуації в різних регіонах України в МОЗ України.

Наступні етапи створення Національної медичної комп'ютерної мережі передбачають:

- інтеграцію існуючих окремих медичних мереж медичних університетів та інститутів, медико-біологічні науково-дослідних інститутів в «УкрМедНет»;
- створення Госпітальних інформаційних систем різних рівнів: обласних, міських, районних, спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах, клініках;
- створення Державної інформаційної системи органів, тканин та клітин України, з'єднаної з європейською системою «Євротрансплант» на базі інформаційно-координаційного ядра системи «УкрТрансплант»;
- створення спільного інформаційного простору;
- інтеграцію в Національної медичної комп'ютерної мережі в Європейський інформаційний простір.

Загальна науково-технічна політика інформатизації охорони здоров'я України

Загальна науково-технічна політика інформатизації охорони здоров'я спрямована на залучення усіх секторів науки: академічної, вузівської, галузевої, громадських академій та ін.). Вона повинна забезпечити створення умов ефективного застосування засобів інформатизації, формування соціального замовлення та вітчизняного ринку інформаційних комерційних продуктів та послуг; здійснити комплекс узгоджених заходів по імпорту зарубіжної техніки, офісного обладнання, придбанню необхідних ліцензій та патентів.

Правова політика інформатизації в галузі охорони здоров'я

Правове забезпечення інформатизації передбачає формування законодавчої бази для всіх етапів інформатизації охорони здоров'я і базується на основних положеннях правової політики інформатизації України в цілому.

Система правового забезпечення інформатизації галузі охорони здоров'я має такі напрями:

- соціальної спрямованості інформації: гарантії інтересів особистості, організації та держави;
- економіки інформатизації: вироблення правових механізмів взаємодій всіх учасників з інформаційними ресурсами на всіх стадіях (виробництво, розподіл, споживання та ін.);

—інформаційної безпеки: забезпечення відповідальності порушників інтересів особистості, організації, держави; правопорядку відносин в області інформатизації, використання техніки, інформації.

Процес інформатизації потребує розроблення пакету законодавчих актів, на основі загальнодержавних актів, для забезпечення регулювання відносин юридичних та фізичних осіб у процесі інформатизації. Правова підтримка держави повинна сприяти формуванню ринкових відносин в області інформатизації, створенню специфічних ринкових ланок та структур.

Політика міжнародного співробітництва в галузі інформатизації охорони здоров'я

Політика міжнародного співробітництва в галузі інформатизації охорони здоров'я повністю збігається з політикою міжнародного співробітництва в галузі інформатизації України в цілому. Основні напрями цієї політики:

—активна участь учених та організацій України в міжнародних програмах та проектах фундаментальних досліджень у галузі інформатики та системного аналізу охорони здоров'я;

—створення умов для розвитку міжнародних відносин щодо напрямів інформатизації, в яких Україна має пріоритет;

—визначення пріоритетів та підтримка участі науково-технічних і трудових колективів у міжнародних програмах в області інформатизації охорони здоров'я;

—активна участь України в авторитетних міжнародних урядових та неурядових організаціях у галузі стандартизації, оброблення інформації та автоматизації управління;

—участь українських вчених та спеціалістів у міжнародних органах та структурах, що безпосередньо зайняті розробленням стандартів, стосовно інформатизації охорони здоров'я;

—встановлення зв'язків із зарубіжними банками, транснаціональними корпораціями з метою залучення фінансового капіталу, науково-технічного та виробничо-технічного потенціалу до реалізації проектів Національної програми інформатизації охорони здоров'я України;

—раціональна конкуренція зарубіжних фірм на українському ринку засобів інформатизації та інформаційного обслуговування; державні гарантії та система пільг для залучення капіталу зарубіжних інвесторів.

Фінансово-економічна політика

Фінансово-економічна політика інформатизації охорони здоров'я формується з урахуванням бюджетних можливостей держави. На початковому етапі державною політикою передбачався комплекс заходів та умов, які забезпечать різноманітні джерела фінансування проектів інформатизації охорони здоров'я України, розвиток процесів самофінансування та саморозвитку. Такими джерелами мають стати:

- державний бюджет України;
- кошти інноваційного фонду України;
- кошти недержавних організацій, комерційних, громадських фондів та інших структур;

- кошти, створені за рахунок відрахувань від прибуткової діяльності комплексів інформатизації;

- кошти інвесторів, благодійні внески та ін.

Гнучке поєднання системи пільг цільової, кредитної, податкової та митної політики, закріплених відповідними законодавчими актами, має нарощувати відповідні обсяги позабюджетних асигнувань у реалізації Національної програми інформатизації охорони здоров'я. Бюджетне фінансування сконцентроване на головних напрямках інформатизації охорони здоров'я: створення інформаційно-комп'ютерної мережі охорони здоров'я, банків даних, інформатизації управління, надзвичайних ситуацій, розподіл препаратів, матеріалів та обладнання, інформатизація документообігу тощо.

Підготовка суспільства до інформатизації охорони здоров'я

Підготовка суспільства до інформатизації охорони здоров'я — це особливий розділ Національної програми інформатизації охорони здоров'я. Особливість пов'язана з відношенням до інформації про стан здоров'я особистості.

На підготовчому етапі з метою підвищення ефективності реалізації інформатизації охорони здоров'я слід провести адміністративні та суспільно-політичні заходи щодо підготовки громадської свідомості населення України та працівників системи охорони здоров'я. Через засоби масової інформації та науково-популярні видання необхідно доводити до широких верств населення зміст та переваги інформатизації охорони здоров'я як для суспільства в цілому, так і для кожної особистості. Вже на перших етапах реалізації Національної програми будуть створюватися персоніфіковані бази даних про стан здоров'я та його динаміки на протязі життя.

10.3. Інформаційні системи, пов'язані з використанням глобальної інформаційної мережі Інтернет (на прикладі веб-сайту Міністерства охорони здоров'я України)

Офіційним інформаційним ресурсом, який покликаний забезпечувати діяльність Міністерства охорони здоров'я України, є веб-сайт Міністерства. Статус веб-сайту визначають наступні нормативно-правові акти:

— Закони України:

- «Про інформацію»;
- «Про захист інформації в автоматизованих системах»;
- «Про державну таємницю»;
- «Про авторське право і суміжні права».

... для большинства фирм быть в Интернете — то же, что иметь туалет в офисе: необходимо, но недостаточно для создания конкурентного преимущества. Сто лет назад электричество было очень эффективным способом передачи энергии. Но сколько организаций основывают свое конкурентное преимущество на обеспечении доступа к паре дырок в стене? Сегодня Сеть предоставляет отличный способ передачи информации, но он открыт для всех компаний во всех отраслях и

во всех частях света. ИТ — это инфраструктура, ничего больше, ничего меньше. Мало кто из руководителей считает, что 16 новых уборных, оборудованных в прошлом году, помогут им в будущем дать конкурентам пинок под зад; но с инвестициями в Интернет такая линия рассуждений, кажется, становится нормой. Не поймите нас неправильно, туалеты нужны. Иначе вы окажетесь по уши в дерьме. Но только это уже не эксклюзивно.

К. А.Нордстрем, Й. Риддерстралле «Бизнес в стиле фанк. Капитал пляшет под дудку таланта»//www.bolero.ru/cgi.din/basket.cgi/

- ◆ Указ Президента України:
- «Про заходи щодо розвитку національної складової глобальної інформаційної мережі Інтернет та забезпечення широкого доступу до цієї мережі в Україні» (№ 928 від 31.07.2000);
- Положення про Міністерство охорони здоров'я України (№ 918\2000 від 24.07.2000);
- ◆ Постанови Кабінету Міністрів України:
- «Про порядок оприлюднення у мережі Інтернет інформації про діяльність органів виконавчої влади» (від 4.01.2002 за № 3);
- ◆ Наказ Міністерства охорони здоров'я України:
- «Про виконання постанови Кабінету Міністрів України від 4.01.2002 р. № 3» (№ 102 від 19.02.2002).

Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я є складовою частиною Єдиного веб-порталу Кабінету Міністрів України і має офіційну електронну адресу: moz@moz.gov.ua

Згідно з «Положенням про веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України», затвердженого наказом МОЗ України 16.07.2002 за № 265, веб-сайт складається з таких основних розділів:

- ◆ *міністерство* — інформація що стосується Міністерства, його структури, керівництва та співробітників, функцій тощо;
- ◆ *заклади* — перелік установ, організацій, підприємств, закладів та органів управління галузі, що знаходяться у сфері управління Міністерства, відповідна контактна інформація;
- ◆ *новини* — розділ містить інформацію щодо новин та хроніки подій тощо;
- ◆ *документи* — нормативно-правові документи, що визначають діяльність галузі, прийняті різними державними структурами;
- ◆ *довідка* — база оперативної та статистичної інформації з питань, віднесених до компетенції Міністерства;
- ◆ *контакти* — контактна інформація, зворотній зв'язок з відвідувачем веб-сайту;
- ◆ *пошук* — пошук інформації на веб-сайті та в Інтернет;
- ◆ *ресурси* — каталог Інтернет-ресурсів з медицини та охорони здоров'я посилення на веб-ресурси державних структур та ін.

Складові дизайну веб-сайту Міністерства охорони здоров'я України представлено на рис. 10.2.

Інформація на веб-сайті подається українською мовою, проте окремі розділи можуть дублюватись англійською мовою. Інформаційне наповнення веб-сайту включає:

- найменування Міністерства та його структурних підрозділів;
- основні завдання та нормативно-правові засади діяльності;
- структура та керівництво Міністерства;

- прізвища, імена по-батькові керівників основних підрозділів та організацій;
- місцезнаходження та контактна інформація апарату міністерства, його структурних підрозділів та органів державного управління, створених у його складі: поштові адреси, номери телефонів, факсів, адреси веб-сайтів та електронної пошти;

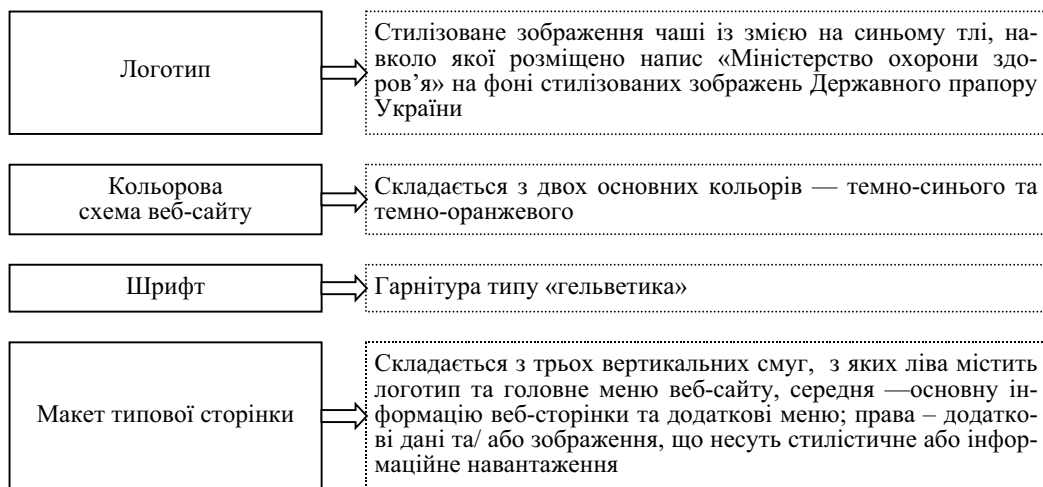


Рис. 10.2. Складові дизайну веб-сайту Міністерства охорони здоров'я України

- основні функції структурних підрозділів, прізвища, імена, по-батькові, номери телефонів, адреси електронної пошти їх керівників та співробітників;
- нормативно-правові акти з питань, що належать до компетенції Міністерства;
- зразки документів та інших матеріалів, необхідних для звернення громадян до Міністерства та його органів;
- місцезнаходження та контактна інформація Міністерства охорони здоров'я АР Крим, Головного управління охорони здоров'я м. Києва, обласних та міського м. Севастополя управлінь охорони здоров'я, установ, організацій та закладів, що належать до сфери управління МОЗ України;
- дані щодо цільових програм охорони здоров'я;
- відомості щодо проведення закупівлі товарів, робіт, послуг за державні кошти;
- державні інформаційні ресурси з питань, що належать до компетенції МОЗ України;
- поточні та заплановані заходи та події, що стосуються МОЗ України;
- відомості про наявні вакансії;
- інформація щодо позаштатних спеціалістів та начальників управлінь охорони здоров'я;
- інформація про діяльність громадських організацій з проблем охорони здоров'я;
- інформація про міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров'я;
- інформація щодо роботи фахових медичних товариств та асоціацій;
- оперативна та статистична інформація із захворюваності на особливо небезпечні інфекційні хвороби в Україні та дані щодо інших небезпечних факторів.

У діяльності в підрозділі або всій організації виникають проблеми, пов'язані з неефективним використанням ресурсного потенціалу, не реалізуються основні мо-

жливості. Організація діяльності передбачає розподіл та координацію завдань між посадовими особами. Для організаційного забезпечення діяльності веб-сайту МОЗ України повноваження та відповідальність розподілені між чотири посадовими особами:

- ◆ відповідальний за організацію діяльності веб-сайту;
- ◆ відповідальний за поновлення інформації на веб-сайті;
- ◆ відповідальний виконавець — керівник певного підрозділу МОЗ України;
- ◆ відповідальний за технічний супровід веб-сайту.

Повноваження та відповідальність основних посадових осіб, які забезпечують функціонування веб-сайту МОЗ України, представлено на рис. 10.3.

Інформація для розміщення на веб-сайті ІОЗ України подається на паперових носіях та обов'язково дублюється в електронному вигляді. Періодичність поновлення інформації основних рубрик визначається відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.02.2002 р. за № 102.

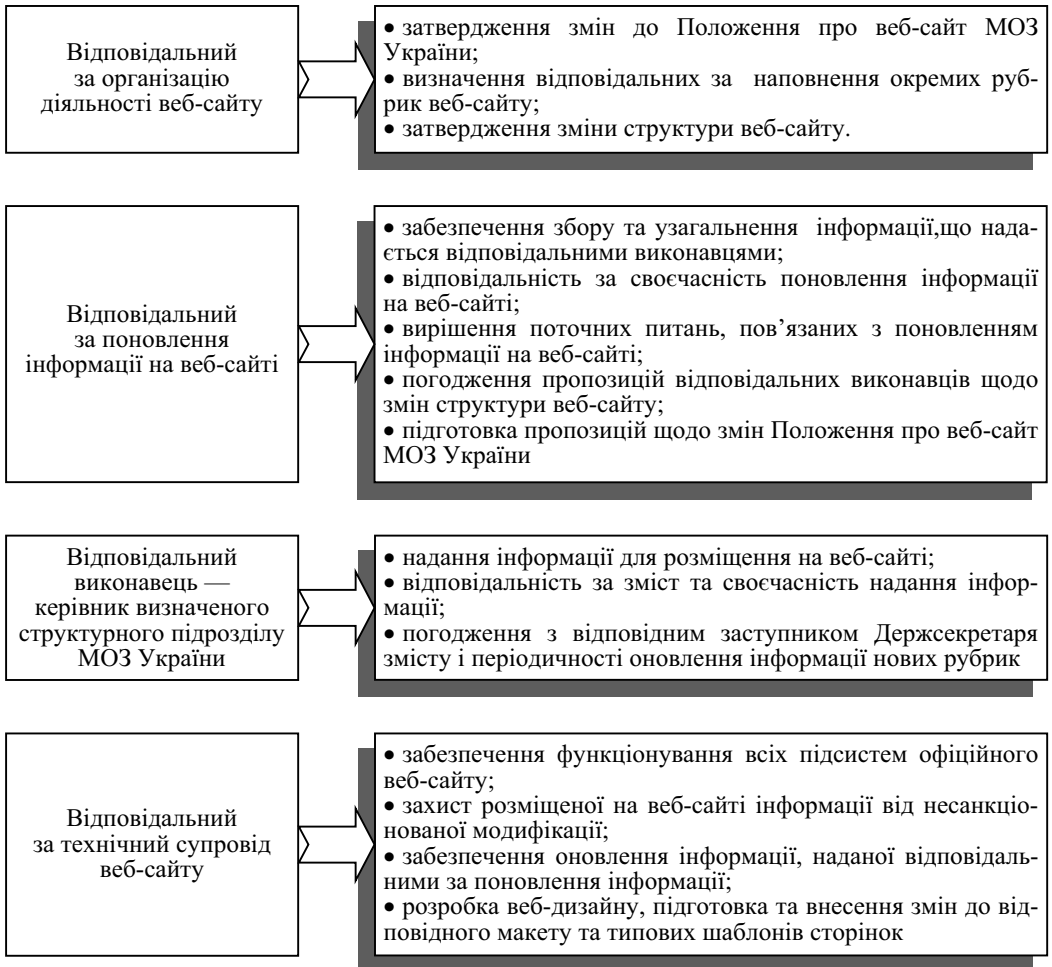


Рис. 10.3. Організаційне забезпечення функціонування веб-сайту МОЗ України

10.4. Телемедичні технології

Телемедичні технології — технології в галузі охорони здоров'я, які реалізуються із застосуванням телекомунікаційних технологій. Основні телемедичні технології представлені на рис. 10.4.



Рис. 10.4. Класифікація телемедичних технологій

Лікувально-діагностичні консультації — зв'язок організується за схемою «точка—точка», що надає можливість лікуючому лікарю обговорювати пацієнта з консультантом-спеціалістом. Такими технологіями мають бути забезпечені заклади, які надають первинну, спеціалізовану та високо спеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу.

Лікувально-діагностичні консультації — це не тільки оперативне надання спеціалізованої допомоги на відстані, але й пряме управління в екстремальних ситуаціях, один із засобів дистанційного підвищення кваліфікації лікарів.

Мультимедійні порадики містяться на окремому медичному сервері — Віртуальний шпиталь (Virtual Hospital):

- [http:// www.indy.radiology.uiowa.edu/](http://www.indy.radiology.uiowa.edu/)

До цього виду телемедичних технологій відносять також **телемоніторинг**. Телеметрія функціональних показників налаштовується за рахунок зв'язку «багато точок — точка», коли дані (рентгенограми, ЕКГ, епікризи, тощо) багатьох пацієнтів лікувально-профілактичного закладу, району передаються в консультаційний центр.

На початок 2007 р. в Україні працювало 12 телемедичних консультативних центрів [13]:

- Міжнародний центр телемедицини (Київський політехнічний інститут).
- Центр телемедицини (Київська міська клінічна лікарня №1).
- Телемедичний консультативний центр з онкології та гематології (Національний медичний університет ім. акад. О. О. Богомольця).
- Телемедичний консультативний центр з ЯМР томографії (Інститут нейрохірургії АМН України ім. акад. Ромаданова).
- Телемедичний консультативний центр з ортопедії і травматології (Донецький НДІ ортопедії та травматології).
- Телемедичний консультативний центр з медичної радіології, комп'ютерної томографії та УЗІ (Центр радіаційної діагностики, м. Одеса).
- Телемедичні консультативні центри з транс-телефонної ЕКГ (Вінниця, Житомир, Запоріжжя, Кіровоград, Київ, Харків).

Третім видом лікувально-діагностичних консультацій є **довідково-консультаційні та інформаційні системи**.

Медична діагностична система «diagnos.ru» — представляє текстову програму, метою якої — надання консультаційної допомоги. Діагностика проходить в реальному часі через глобальну мережу Internet (на сайті diagnos.ru). Система послідовно

ставити питання, переходячи від загальних симптомів та скарг до специфічних проявів хвороби. Кожне наступне питання генерується залежно від сукупності попередніх питань. Внаслідок виконання тесту та оброблення відповідей надається така інформація:

- діагноз захворювання, який відповідає вказаній симптоматиці;
- медичні спеціалісти, які практикують із зазначеної патології;
- лікувально-профілактичні заклади, в яких працюють або консультують вищевказані спеціалісти (пошук можна проводити за назвою лікувально-профілактичного закладу, місцем розташування, прізвищем спеціаліста).

Інформаційна система «Медичні Інтернет — консультації» — комплексна інтерактивна система визначення стану здоров'я людини. Система містить тести, за якими можна визначити показники соматичного, психофізіологічного та психічного компоненту здоров'я. Мета цієї інформаційної системи — долікарське самотестування та надання консультацій користувачеві щодо:

- ◆ самостійного виконання (профілактичні заходи);
- ◆ обов'язкового звертання до лікаря.

Інформаційна система поділена на блоки: соматичний; психофізіологічний; психічний.

Соматичний блок містить тести для визначення станів систем організму: системи дихання; ендокринної системи; травної системи; сечостатевої системи.

Психофізіологічний блок — складається з трьох складових, які містять тести. Перша складова блоку проводить визначення *інтелекту*: тести «Тривалість індивідуальної хвилини»; «Об'єм пам'яті»; «Абстрактне мислення»; «Асоціативне мислення»; «Операційне мислення»; «Логічне мислення»; «Просторове мислення». Друга складова психофізіологічного блоку визначає *емоційний стан*: тести «Визначення емоційного стану», тест кольорових виборів Люшера. Третя складова *мотиваційна* — складається з методики семантичного диференціалу.

Психічний блок інформаційної системи містить тести за такими розділами: депресія; тривога; алкоголізм; проблема сну; хронічна втома; соматичні розлади.

Управлінські технології покликані удосконалити управлінські процеси в галузі охорони здоров'я і в конкретному лікувально-профілактичному закладі. Для впровадження засобів телемедицини в управлінський процес необхідно створити єдину систему інформаційно-аналітичного забезпечення профілактикою та лікуванням. В управлінських технологіях також використовуються «телемедичні наради», що організуються за принципом «багато точок». За цим принципом усі учасники наради можуть спілкуватись один з одним.

Наукові та освітні технології забезпечуються Інтернет-технологіями за такими напрямками:

- Web-сервери медичних науково-дослідних інститутів;
- Web-сервери медичних конференцій та симпозіумів;
- інформаційні бази даних з різних напрямів медицини;
- інформаційні Web-сервери;
- бібліотечні Web-сервери;
- Web-сервери видавництва та медичних журналів;
- Web-сервери закладів, які займаються підготовкою лікарів, післядипломною освітою та підвищенням кваліфікації медичних працівників.

Інформаційні Web-сервери:

- ◆ Сервер Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization — WHO): [http:// www.who.org](http://www.who.org)

Сервер містить загальну інформацію про організацію, всі основні документи та резолюції, прийняті на сесіях ВООЗ, які визначають світову політику в галузі охорони здоров'я. Сервер також включає загальні напрями роботи та основні програми ВООЗ, різні статистичні дані та бази даних, програмні додатки в галузі охорони здоров'я, які можна скопіювати та інсталиювати на власній ПЕОМ. Основні документи наводяться як в англomовному, так і російськомовному варіантах.

♦ Сервер Європейського регіонального відділення ВООЗ (WHO Regional Office for Europe): **http://** www.who.dk/

Сервер містить загальну інформацію, новини, нормативні документи, описи різних програм, статистичні дані в галузі охорони здоров'я. Основні дані згруповано по країнах Європи.

♦ Сервер Друзі та партнери: **http://** www.aiha.com/russian.htm

Сервер підтримується в рамках масштабного інформаційного проекту, який розробляється спеціалістами США спільно з фахівцями країн колишнього СРСР. В медичному розділі сервера міститься інформація щодо проектів Американського міжнародного союзу охорони здоров'я в країнах СНГ, Східної Європи та інших програм, які фінансуються Американським агентством міжнародного розвитку (AMP/USAID). Центр освітніх ресурсів з медицини та охорони здоров'я містить доступну в Інтернет інформацію українською мовою, електронний бюлетень «Партнерські зв'язки», журнал «Ваше здоров'я».

Інформаційні бази даних з різних напрямів медицини:

♦ Медична база даних — Avicenna: **http://** www.avicenna.com/

♦ Каталог мультимедійних медичних ресурсів — Multimedia Medical Reference: **http://** www.med-library.com/medlibrary/

♦ Сучасний каталог медичних ресурсів Інтернет — WebDoctor — The Internet Navigator for Physicians (Gretmar Communication): **http://** www.gretmar.com/webdoctor/

Сервер надає доступ до віртуальної бібліотеки сучасної медичної інформації. Ресурс розроблено лікарями і для лікарів.

♦ Сервер медичної інформації — HealthGate: **http://** www.healthgate.com/

Сервер містить медичні новини, інформацію про різні захворювання, надає можливості безкоштовного пошуку в MEDLINE та шести інших базах даних.

♦ Сервер медичної інформації — Medscape: **http://** www.medscape.com/

Сервер містить велику інформацію для лікарів всіх спеціальностей, оновлюється щоденно і має повнотекстову інформацію. Сервер надає можливість безкоштовного пошуку в MEDLINE, підписку на список розсилки новин — Medscape.

♦ Довідник по ресурсах Інтернет для лікарів — Doctor Guide to Internet: **http://** www.docguide.com

Web- сервери медичних конференцій та симпозіумів:

♦ Сервер, який містить повну інформацію про всесвітні медичні з'їзди, конференції, симпозіуми та конгреси — MediConf: **http://** www.mediconf.com/index.html

♦ Сервер міжнародної фармацевтичної мережі — Pharmaceutical Information Network (VirSciCorporation): **http://** www.pharminfo.com

Сервер містить календар симпозіумів, конгресів та з'їздів всіх провідних світових медичних організацій та іншу інформацію, присвячену фармакології.

Web- сервери медичних журналів та видавництва:

Загальномедичні видання:

♦ Видавничий центр «Авиценна» видає журнал «Лікування та діагностика»: **http://** www.atlantl.com.ua/settlers/~cure.

Журнал орієнтовано на практикуючих лікарів. Головним чином висвітлюються сучасні методи клінічної медицини, нові лікарські засоби. Подається інформація

щодо видавництва нової медичної літератури, конференцій та симпозіумів, які мають відбутися, офіційних документів, що стосуються професійної діяльності. Web-сервер надає доступ до змісту кожного числа журналу та повного тексту основних статей.

- ♦ Один з найбільш популярних медичних журналів — Журнал Американської медичної асоціації JAMA: [http:// www.ama.org/public/journal/jama/jamahome.htm](http://www.ama.org/public/journal/jama/jamahome.htm); [http:// www.ama-assn.org/public/journals/archives.htm](http://www.ama-assn.org/public/journals/archives.htm)

Журнал надає доступ до змісту, рефератам та деяким повнотекстовим статтям з усіх розділів медицини. Крім журналу JAMA, Американська медична асоціація пропонує інформацію з 10 спеціалізованих медичних журналів. Для доступу до повнотекстової інформації необхідна безплатна реєстрація.

- ♦ Вільний доступ до рефератів та повним текстам публікацій надає British Medical Journal (BMJ Publishing Group of BMA, Stanford University's High Wire Press): [http:// www.bmj.com](http://www.bmj.com)

Електронний варіант журналу видається щотижня.

Видання з менеджменту та економіки в галузі охорони здоров'я:

- ♦ Каталог медичних журналів серверу MEDI. RU: [http:// www.medi.ru/doc/0000.htm](http://www.medi.ru/doc/0000.htm)

Каталог містить журнал для організаторів охорони здоров'я «Економіка здравоохранения». Сервер надає вільний доступ до змісту журналів, рефератам та повним текстам окремих випусків та статей.

- ♦ Всеукраїнський медичний журнал для керівників та організаторів охорони здоров'я «Главный врач»: [http:// www.glavvrach.com.ua](http://www.glavvrach.com.ua)

Журнал містить основні розділи щодо новин в медицині, правового моніторингу, управління персоналом, медичні ресурси, економіки та маркетингу охорони здоров'я, менеджмент — консилиум, інші.

- ♦ Україномовний журнал ключових статей, які були надруковані в англомовних виданнях «Медицина світу»: [http:// www.msvitu.lviv.ua](http://www.msvitu.lviv.ua)

- ♦ Журнал для управлінців та організаторів охорони здоров'я «Главврач»: [http:// www.glavvrach.ru](http://www.glavvrach.ru)

Журнал містить розділи: технології управління, профілактика, охорона здоров'я і право.

- ♦ Всеукраїнський журнал «Фармаком», видається в м. Харкові: [http:// www.farmacomua.rarod.ru](http://www.farmacomua.rarod.ru)

Журнал публікує проекти статей Державної Фармакопеї України.

- ♦ Всеукраїнський журнал «Вісник фармації»: <http://www.cas.org.ua>

Журнал публікує дослідження з менеджменту, економіки і маркетингу у фармацевтичній сфері.

10.5. Інформаційне забезпечення діяльності лікувально-профілактичного закладу

Основні умови, які необхідні для забезпечення функціонування системи інформаційного забезпечення лікувально-профілактичного закладу:

- присутність на ринку програмних засобів готових комп'ютерних рішень, які можна використовувати в діяльності лікувально-профілактичного закладу;

- наявність постачальників програмного забезпечення, які можуть проводити навчання персоналу медичних закладів та тривалий супровід програм;

- наявність відповідної нормативно-правової бази, яка формує стратегію інформаційної політики та включає питання ведення нормативно-довідкової інформації, що є обов'язковою для всіх закладів, визначення штатних одиниць для кожного лікувально-профілактичного закладу із супроводу програмного забезпечення, визначення джерел фінансування комп'ютерної техніки, програмних забезпечень і телекомунікаційних технологій;

- наявність освітнього центру з підготовки медичного персоналу з питань інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я, запровадження підготовки спеціалістів з інформатики охорони здоров'я.

Загальні принципи оптимізації системи інформаційного забезпечення, які стоять перед лікувально-профілактичними закладами України:

1. Комп'ютеризація лікувально-профілактичних закладів.
2. Зміна облікової документації.
3. Заміна системи збору статистичної інформації.
4. Функціональна орієнтація інформації за рівнями менеджменту.

Пріоритетним напрямом інформатизації закладів охорони здоров'я має стати впровадження в усі лікувально-профілактичні заклади програмного забезпечення, яке враховує такі напрями:

- ◆ облік витрат та управління ресурсами лікувально-профілактичного закладу;
- ◆ введення системи електронного документообігу;
- ◆ ведення медичної статистики;
- ◆ формування медичних реєстрів населення в зоні обслуговування лікувально-профілактичного закладу;
- ◆ формування баз даних пацієнтів, які знаходяться на обліку в поліклініці та лікувались в стаціонарі;
- ◆ облік пільгового забезпечення населення лікарськими засобами;
- ◆ електронний обмін документами між відділеннями та відділами лікувально-профілактичного закладу, з керівництвом закладу та з органами влади.

Провідні лікувально-профілактичні заклади України мають відповідну службу інформаційного забезпечення. Більшість таких служб має вигляд неформального функціонально-структурного формування, завданням якого є забезпечення апарату управління та учасників лікувального-діагностичного процесу інформацією.

Лікувально-профілактичні заклади використовують такі джерела інформації:

- власні;
- наукову інформацію, яку отримують:
 - з медичних бібліотек;
 - за рахунок телекомунікаційних технологій;
- директивно-відомчу інформацію, яку отримують з:
 - Міністерства охорони здоров'я України;
 - управлінь охорони здоров'я облдержадміністрацій та міських рад;
 - міських управлінь статистики;
- директивна інформація, яка надходить з органів влади.

Структура служби інформаційного забезпечення лікарні має бути обґрунтована названими видами інформації.

Службу інформаційного забезпечення лікувально-профілактичного закладу має очолювати заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи. Управління інформаційним забезпеченням лікувально-профілактичного закладу має здійснюватися згідно з Положенням про службу інформаційного забезпечення.

До повноважень та функціональних обов'язків *заступника головного лікаря з організаційно-методичної роботи належать такі питання:*

- управління службою інформаційного забезпечення закладу;
- безпосереднє управління діяльністю завідувача відділення інформаційних технологій лікувально-профілактичного закладу;
- сприяння забезпеченню служби інформаційного забезпечення технічними засобами, комп'ютерами, оргтехнікою та програмним забезпеченням;
- визначення структури інформаційних потоків у лікарні;
- організація занять для персоналу лікарні з використання технічних засобів оброблення інформації;
- контролювання стану діяльності служби інформаційного забезпечення;
- затвердження організаційних, розпорядчих, звітно-статистичних та інших документів служби інформаційного забезпечення.

Загальні засади інформаційного забезпечення управлінської діяльності регулюються Положенням про службу інформаційного забезпечення лікувально-профілактичного закладу. Дія такого Положення поширюється на:

- ◆ працівників, які мають безпосереднє відношення до інформаційного забезпечення роботи закладу;
- ◆ апарат управління;
- ◆ учасників лікувально-діагностичного процесу.

Провідні лікувально-профілактичні заклади України з метою інформаційного забезпечення впроваджують у структуру закладу окремий структурний підрозділ, основним завданням якого є збирання, оброблення, збереження і надання медико-статистичної інформації з власних джерел лікарні та забезпечення роботи загальної інформаційної системи закладу.

До штатного розділу відділення інформаційних технологій мають входити:

- завідувач відділення;
- інженер електронної техніки;
- інженер-програміст;
- старший оператор зміни;
- оператори ЕОМ.

Повноваження та функціональні обов'язки завідувача відділенням інформаційних технологій представлені на рис. 10.5.

Вимоги до апаратно-програмного забезпечення лікувально-профілактичного закладу:

- ◆ організація даних, яка має забезпечити можливість обміну та актуалізації даних, що використовуються в системі, їх цілісність та достовірність;
- ◆ наявність захисту від несанкціонованого доступу та помилкових дій користувача;
- ◆ можливість адміністрування бази даних (призначення прав доступу до бази даних та архіву для кожного робочого місця);
- ◆ забезпечення працездатності програмного забезпечення: наявність набору тестів, що здійснюють самоперевірку; видача відповідних діагностичних повідомлень;
- ◆ наявність у програмному забезпеченні меню-орієнтованого і/або графічний користувальницький інтерфейс з управлінням через клавіатуру і/або мишу.

Програмне забезпечення лікувально-профілактичного закладу має забезпечувати можливість адаптації робочих місць та серверу до:

- конкретної конфігурації: технічних засобів; операційної мережі;
- типу та специфіки лікувально-профілактичного закладу: стаціонар, поліклініка, медсанчастина, багатопрофільний ЛПЗ, діагностичний центр;

- баз даних нормативно-довідкової інформації;
- структури вхідних та вихідних форм інформації: екранних; паперових; електронних.

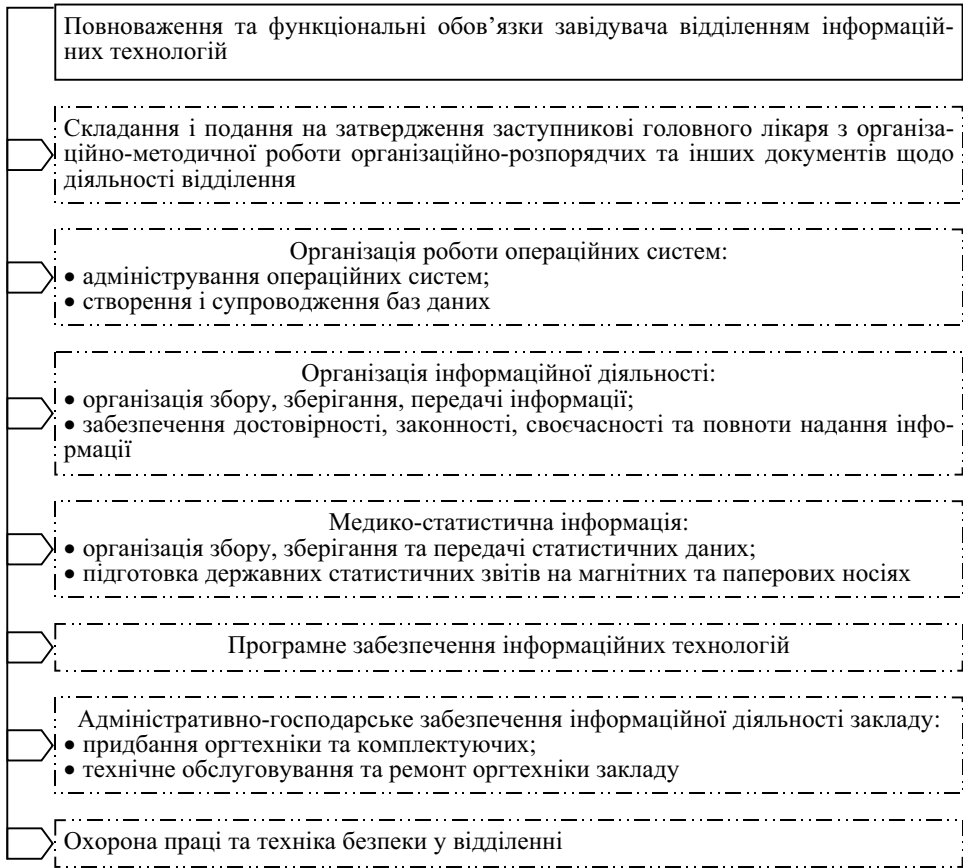


Рис. 10.5. Повноваження та функціональні обов'язки завідувача відділенням інформаційних технологій лікувально-профілактичного закладу

Основним напрямом розвитку інформаційно-технічного забезпечення роботи лікувально-профілактичного закладу є розробка, впровадження та безперервний супровід корпоративної медичної інформаційної мережі, яка включає комплекс програм щодо автоматизації роботи основних служб закладу на базі комп'ютерної лікарняної мережі із забезпеченням безперервного доступу через Інтернет до медичних баз та банків даних.

Інформаційно-технічне забезпечення лікувально-профілактичного закладу має вмійувати кілька серверів.

1. Центральний сервер лікувально-профілактичного закладу забезпечує:

- управління локальними міні-мережами;
- управління медичними та управлінськими серверами;
- вихід до Інтернету;
- вихід до підпорядкованих закладів (якщо ЛПЗ має статус центрального);
- вихід на сервери, яким підпорядкований заклад: Міністерство охорони здоров'я; управління охороною здоров'я при міських та облдержадміністраціях тощо.

2. Управлінський сервер забезпечує:

- зв'язок служб закладу між собою;
- зв'язок заступників головного лікаря з підпорядкованими їм службами;
- зв'язки організаційно-методичного відділу;
- зв'язки відділу інформаційного забезпечення.

3. **Фінансовий сервер** забезпечує загальнолікарняний зв'язок та зв'язок роботи між такими видами служб:

- ◆ відділ кадрів (служба управління персоналом);
- ◆ бухгалтерія (може мати окремий сервер);
- ◆ юридичний відділ;
- ◆ економічний відділ;
- ◆ господарська служба;
- ◆ відділ маркетингу медичних послуг (у лікувально-профілактичних закладах недержавної форми власності).

4. Сервер стаціонару забезпечує зв'язки:

- заступників головного лікаря;
- відділень лікарні;
- приймального відділення;
- відділення екстреної медичної допомоги;
- аптеки;
- інших структурних підрозділів.

5. Сервер поліклініки забезпечує зв'язки:

- ◆ реєстратури;
- ◆ відділу статистики.

6. Сервер лікувально-діагностичної служби забезпечує зв'язки;

- лабораторій;
- кабінетів функціональної діагностики;
- рентгенологічної служби;
- інші лікувально-діагностичні підрозділи закладу.

3 метою інформаційно-технічного забезпечення роботи лікувально-профілактичного закладу розроблено декілька інформаційних систем.

7. **Інформаційна система MedWork.** Система MedWork призначена для ведення історії хвороби та інформаційного забезпечення технологічного циклу проходження пацієнта в лікувально-профілактичному закладі.

MedWork дає можливість:

- **формально вести історію хвороби** у вигляді звичної для лікарів амбулаторної карти, що складається із форм-бланків. Вбудований генератор бланків дозволяє за допомогою простого та зрозумілого інтерфейсу змінювати та створювати нові дані. Різноманіття типів бланків від простих текстових до графічних або документів редактора Word дає змогу описати стан пацієнта, динаміку змін параметрів функціональних систем організму. Різні шаблони та довідники, що редагуються, значною мірою скорочують час, який необхідно витратити на заповнення історії хвороби;

- **прогортати дані карти** пацієнта в довільно заданому вигляді за допомогою інтерактивно створених виписок з історій хвороби. Лікар має можливість розташувати на екрані монітору дані в звичному для нього вигляді, незалежно від формату введення вихідної форми. В інтерактивному режимі можна складати списки пацієнтів для направлення на діагностичні обстеження, консультації тощо;

- *планувати графік прийому* на кожному робочому місці від процедурного кабінету до планування операцій;
- *виставляти рахунок пацієнту* за надання медичних послуг або поліпшений медичний сервіс, отримувати звіт по платежах;
- *статистична звітність роботи лікувально-профілактичного закладу* за всіма основними напрямками діяльності: лікувально-діагностична робота; статистика захворюваності та смертності, фінансова звітність тощо.

2. Інформаційний комплекс автоматизації лікувально-профілактичних закладів «Avalon 1.0».

Інформаційний комплекс «Avalon 1.0» забезпечує введення, зберігання та показ інформації на всіх основних етапах організації лікувально-діагностичного процесу. До складу автоматизованої інформаційної системи Avalon входять такі підсистеми:

- реєстратура;
- робоче місце лікаря;
- підсистема реєстрації даних оглядів;
- підсистема складання розкладів;
- підсистема статистичних вибірок;
- підсистема складання звітів;
- підсистема адміністрування.

Реєстратура — основним завданням даної підсистеми є ведення записів амбулаторних карток пацієнтів. У таких картках у формі послідовності внесення документів зібрана історія хвороби кожного пацієнта. В картках висвітлюються дані анамнезу, записи щодо проведених обстежень та спостережень за станом пацієнта та інші текстові документи. За допомогою підсистеми реєстратура проводиться прийом пацієнта на лікування та його виписка.

Робоче місце лікаря — підсистема складається з вікна, на який виводиться список усіх пацієнтів, що знаходяться на лікуванні в даного лікаря.

Підсистема реєстрації даних оглядів — дозволяє проводити огляд пацієнтів на базі деревоподібної структури, яка задає набір питань при обстеженні та можливі варіанти відповідей пацієнта.

Підсистема складання розкладів — інструмент для складання розкладів процедур та обстежень пацієнта. Підсистема працює в двох режимах: перший — у режимі роботи закладу—поліклініка, пацієнти звертаються в заклад по одній особі в будь-який день; другий — коли пацієнти прибувають на лікування групами через задані проміжки часу.

Підсистема статистичних вибірок — дозволяє користувачеві за допомогою спеціального редактора побудувати фразу, близьку за формою до рідної мови, яка описує необхідну інформацію. Далі ця фраза транслюється в запит до бази даних і користувач отримує необхідні йому статистичні дані.

Підсистема адміністрування — призначена для налагодження автоматизованої інформативної системи адміністрування робочих місць користувача.

3. Автоматизована інформаційна система «Поліклініка» — експлуатується у відокремлених поліклініках або поліклінічних відділеннях лікувально-профілактичних закладів. Використання типової програми дає змогу закладу:

- сформувати базу даних населення, яке прикріплення до даної поліклініки;
- вести єдину нормативно-довідкову інформацію;
- отримувати достовірні статистичні звіти;
- вести облік роботи медичного персоналу;
- проводити персоналіфікований облік захворюваності, звертань пацієнтів до лікаря;

- проводити диспансеризацію населення;
- проводити аналіз якості медичного обслуговування;
- програма може проводити автоматизовані розрахунки, що має стати в нагоді при прийнятті Закону про обов'язкове медичне страхування.

Автоматизована інформаційна система «Стаціонар» вирішує завдання обліку госпіталізованих пацієнтів і дозволяє виконувати наступні роботи:

- ◆ проводити статистичні обрахунки за основними статистичними формами в галузі охорони здоров'я;
- ◆ автоматичний облік пацієнтів, які одержали медичну допомогу в стаціонарі;
- ◆ проведення медико-економічної експертизи якості медичної допомоги.

АІС «Стаціонар» використовується з метою формування реєстрів населення за певними категоріями: онкологічні хворі; наркологічні, психіатричні та венерологічні хворі; пацієнти, які одержували медичну допомогу з приводу туберкульозу або вірусного гепатиту, тощо.

Сучасний період розвитку управління лікувально-профілактичними закладами характеризується активним впровадженням багатофункціональних інформаційних систем в обслуговування діяльності організації. Комп'ютерна інформаційна система «Лікарня» може забезпечити ведення всіх видів документації лікувально-профілактичного закладу: лікувально-профілактичної; фінансово-господарської, методологічної. Прикладом розробки та впровадження такої багатофункціональної інформаційної системи є комп'ютерна система «Лікарня» в Івано-Франківській обласній клінічній лікарні. Основні види та етапи роботи, які забезпечує комп'ютерна система «Лікарня», представлені на рис.10.6.

В комп'ютерну мережу об'єднуються:

- клінічні відділення;
- приймальне відділення;
- рентгенологічне відділення;
- відділення функціональної діагностики;
- фізіотерапевтичне відділення;
- клініко-діагностична лабораторія;
- відділ кадрів; бухгалтерія;
- головний лікар і його заступники;
- інформаційно-аналітичний відділ;
- поліклініка;
- господарська частина та склади;
- інші підрозділи лікувально-профілактичного закладу.

При впровадженні такої системи необхідно дотримуватися таких вимог та правил:

- можливість збільшення кількості комп'ютерів в мережі;
- можливість внесення та зчитування інформації з будь-якого робочого місця;
- можливість внесення та зміни різного роду інформації;
- можливість формування різних рівнів доступу до інформації залежно від робочого місця.

Електронна історія хвороби пацієнта формується з різних робочих місць:

- ◆ приймальне відділення — внесення паспортних даних;
- ◆ клінічні відділення — клінічні дані;
- ◆ клініко-діагностична лабораторія, рентгенологічне відділення;
- ◆ відділення функціональної діагностики — відомості про результати діагностичних обстежень.

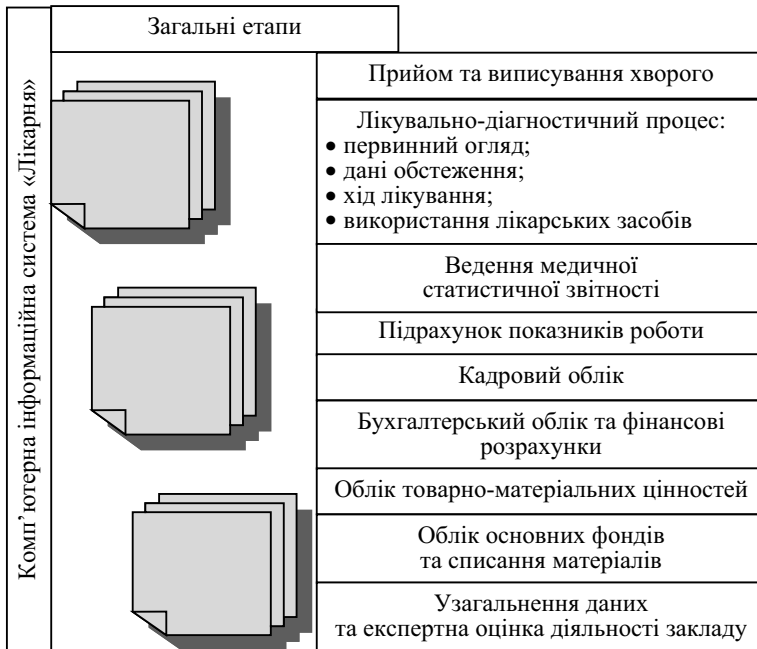


Рис. 10.6. Основні види та етапи робіт, які забезпечує комп'ютерна інформаційна система «Лікарня»

Програма дозволяє вносити дані в історію хвороби паралельно з різними лікарями. Крім формування історії хвороби, інформаційна система «Лікарня» надає можливість прораховувати вартість лікування кожного пацієнта. Крім цього, в кабінетах ультразвукової діагностики, комп'ютерної томографії та рентгенологічному відділенні можливо створити для кожного пацієнта архів зображень. В ендоскопічних відділеннях при проведенні лапароскопії, торакокопії, артеріоскопії створюється архів відео матеріалів. Програма інформаційної системи «лікарня» передбачає виведення на друк історії хвороби, виписки з історії, формування епікризу.

Інформаційною системою «Лікарня» передбачено облік матеріальних ресурсів лікарні:

- ◆ оперативний облік руху товарно-матеріальних цінностей;
- ◆ взаємодію інформації між бухгалтерією та клінічними відділеннями;
- ◆ автоматичне списання використаних медикаментів і матеріалів;
- ◆ бухгалтерський облік (розрахунок та ведення бухгалтерської звітності, автоматизоване нарахування заробітної плати, нарахування та утримання податків, розрахунок та калькуляція меню-розкладки для харчування хворих);
- ◆ зведення балансу на певну дату;
- ◆ фіксацію благодійних внесків від кожного пацієнта.

Інформаційна система «лікарня» забезпечує облік та управління людськими ресурсами за рахунок формування бази даних щодо:

- розрахунку стажу роботи працівників;
- терміну проходження останніх курсів підвищення кваліфікації, атестації, отримання категорії;
- планування проходження курсів підвищення кваліфікації, з контролем виконання;

- штатного розкладу, формуються дані щодо вакантних посад по відділеннях та спеціальностях;

- автоматичного підрахунку навантаження лікаря.

Можливе об'єднання інформаційних мереж кількох лікувально-профілактичних закладів з метою створення корпоративної телекомунікаційної медичної мережі. Прикладом такої корпоративної мережі може бути інфраструктура Московської інформаційної мережі, яка об'єднує 32 клінічних лікувально-профілактичних закладів. Медична мережа об'єднана з полігоном супутникового зв'язку «Ведмежі озера». Завданням корпоративної телемедичної мережі є збирання інформації про пацієнтів з клінічних та діагностичних підрозділів з усіх клінік у вигляді відеоінформації, результатів інструментальних функціональних обстежень: електричні сигнали ЕКГ, ЕЕГ; результати біохімічних та клінічних аналізів; електронні історії хвороби пацієнтів. Такий вид корпоративної мережі забезпечує більш високий рівень конфіденційності порівняно з публічними електронними мережами. Для охорони здоров'я населення окремої країни, регіону необхідно обробляти та передавати великі масиви інформації з метою:

- ◆ забезпечення дистанційного консультування пацієнтів;
- ◆ проведення моніторингу та оцінки стану та динаміки здоров'я населення;
- ◆ моніторингу стану системи охорони здоров'я, її резервів, готовності до вирішення поточних та екстрених проблем;
- ◆ поширення нових медичних технологій;
- ◆ підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів.

Впровадження подібних мереж потребує введення єдиних стандартів та протоколів обміну інформацією. Фінансовий тягар з упровадження таких проєктів має бути не тільки на лікувально-профілактичних закладах, а й компаніях, які забезпечують телемедичні послуги, та на місцевому й державному республіканському бюджеті.

10.6. Медико-статистична інформація

В Україні існує національна система медико-статистичного обліку та звітності. Організаційні засади медико-статистичної інформації обумовлені Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21.05.1998 р. за № 127 «Концептуальні основи створення Єдиного інформаційного поля системи охорони здоров'я України», згідно з яким передбачено реформування служби медичної статистики в республіці в таких напрямках:

- удосконалення системи статистичних показників та створення медико-статистичної інформаційної бази всіх ієрархічних рівнів;
- удосконалення системи підготовки кадрів із медичної статистики;
- створення інфраструктури медико-статистичної служби в республіці,
- створення обласних центрів медичної статистики, реорганізація оргметодвідділів обласних лікарень;
- організація інформаційно-аналітичних відділень у лікувально-профілактичних закладах.

Для формування державних та галузевих звітів і проведення статистичних розробок у практику діяльності всіх медичних закладів України введено Міжнародну статистичну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), яка містить 21 клас.

Види облікової медичної документації представлено на рис. 10.7. Заповнення та ведення всіх форм первинної медичної документації проводиться згідно з «Типовими інструкціями щодо заповнення форм первинної документації лікувально-профілактичних закладів».

Види облікової медичної документації		
Де використовується		Наказ МОЗУ, яким узаконена облікова документація
Стационарні лікувально-профілактичні заклади		Наказ МОЗ України від 26.07.1999 р. за № 184
Поліклініки, амбулаторії		Наказ МОЗ України від 27.12.1999 р. за № 302
Стационари, поліклініки, амбулаторії		Наказ МОЗ України від 29.12.2000 р. за № 369
Інші заклади охорони здоров'я		Наказ МОЗ України від 5.08.1999 р. за № 197
Санітарно-профілактичні заклади		Наказ МОЗ України від 11.07.2000 р. за № 160
Лабораторії лікувально-профілактичних закладів		Наказ МОЗ України від 4.01.2001 р. за № 1

Рис. 10.7 Види облікової медичної документації

Звітні форми медичної документації затверджені Міністерством статистики України та Міністерством охорони здоров'я України. Основні з них:

- звіт про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу (форма № 12);
- звіт про захворюваність та контингенти хворих на алкоголізм, наркоманії, токсикоманії (форма № 11);
- звіт про кількість травм та отруєнь серед дорослих, підлітків та дітей (форма №50-здоров);
- звіт про медичні кадри (форма № 17);
- звіт про причини тимчасової непрацездатності (форма №23 ТМ);
- звіт про захворюваність та контингенти хворих із психічними розладами (форма №10);
- звіт про хворих із злоякісними новоутвореннями (форма № 35-здоров);
- звіт про захворюваність на венеричні хвороби та профілактичні заходи (форма № 9);
- звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям (форма № 21);
- звіт про медичну допомогу дітям (форма № 31-здоров).

Недоліком існуючої системи медико-статистичної інформації є відсутність даних для визначення вартості та ефективності медичної допомоги, які необхідні для функціонування лікувально-профілактичних закладів в умовах ринкової економіки.

У зв'язку з переходом закладів охорони здоров'я на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб десятого перегляду (МКХ-10) та з метою вдосконалення облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів, використовуються форми облікової статистичної документації, подані в табл. 10.1.

Таблиця 10.1

**ФОРМИ ОБЛІКОВОЇ СТАТИСТИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ,
ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В СТАЦІОНАРАХ
ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

Форма	Обліковий статистичний документ
форма N 001/о	Журнал обліку прийому хворих у стаціонар
форма N 001-1/о	Журнал відмовлень у госпіталізації
форма N 001-2/о	Журнал обліку хворих, яким надана лікувальна відпустка
форма N 002/о	Журнал обліку прийому вагітних, роділь і породіль
форма N 003/о	Медична карта стаціонарного хворого
форма N 003-1/о	Медична карта переривання вагітності
форма N 003-3/о	Первинний огляд анестезіолога і протокол загального знеболювання
форма N 003-4/о	Листок лікарських призначень
форма N 003-5/о	Протокол переливання крові та її компонентів
форма N 004/о	Температурний листок
форма N 005/о	Листок реєстрації переливання трансфузійних рідин
форма N 006/о	Журнал обліку збору ретроплацентарної крові
форма N 007/о	Листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару
форма N 008/о	Журнал запису оперативних втручань у стаціонарі
форма N 009/о	Журнал реєстрації переливання трансфузійних рідин
форма N 010/о	Журнал запису пологів у стаціонарі
форма N 011/о	Листок основних показників стану хворого, який знаходиться у відділенні (палаті) анестезіології та інтенсивної терапії
форма N 012/о	Акт констатації смерті на підставі смерті мозку
форма N 013/о	Протокол (карта) патологоанатомічного дослідження
форма N 014/о	Направлення на патологогістологічне дослідження
форма N 015/о	Журнал реєстрації надходження і видачі трупів
форма N 016/о	Зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду в стаціонарі, відділенні або профілю ліжок
форма N 017/о	Акт констатації біологічної смерті
форма N 018/о	Карта обліку вилучення тканини
форма N 019/о	Повідомлення про випадок пересадки органа
форма N 020/о	Паспорт на гомотрансплантат

Форма	Обліковий статистичний документ
форма N 021/o	Карта донора (трупа) N
форма N 022/o	Журнал обліку замороженого кісткового мозку, що знаходиться на зберіганні
форма N 023/o	Журнал обліку кісткового мозку, що заготовлений для консервації
форма N 024/o	Журнал обліку консервованого кісткового мозку
форма N 033/o	Акт про вилучення органів і тканин у донора-трупа для трансплантації
форма N 034/o	Етикетка на флакон з кістковим мозком, заготовленим для заморожування
форма N 041/o	Етикетка на флакон з кістковим мозком, розмороженим для трансплантації
форма N 059/o	Журнал обліку вилучення донорських органів та тканин з метою подальшої трансплантації
форма N 066/o	Статистична карта хворого, що вибув із стаціонару
форма N 066-1/o	Статистична карта хворого, який вибув із психіатричного (наркологічного) стаціонару
форма N 094/o	Листок очікування реципієнтів на пересадку органів
форма N 096/o	Історія пологів
форма N 097/o	Карта розвитку новонародженого
форма N 102/o	Журнал відділення (палати) для новонароджених.

10.7. Інформаційно-документаційне забезпечення діяльності в галузі охорони здоров'я

Інформація, яка надходить із зовнішнього середовища, та інформація, яка функціонує всередині закладу охорони здоров'я, становить змістовне наповнення комунікаційних процесів та основу процесу управління. Процес управління потребує постійного отримання, оброблення інформації. З цією метою встановлено правила документування управлінської діяльності, які регламентують порядок роботи з документами з моменту їх створення або надходження до відправлення, або передачі в архів закладу.

Ведення діловодства в закладах охорони здоров'я має відповідати державним стандартам, а також «Інструкції з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я» затвердженій Наказом Міністерства охорони здоров'я від 5.02.1998 р. за № 20.

Організаційну діяльність з ведення діловодства проводить Управління справами МОЗ України, до функціональних обов'язків якого належать:

- надання структурним підрозділам Міністерства, а також підприємствам, установам та організаціям, що належать до сфери його управління, організаційно-методичної допомоги в удосконаленні та організації діловодства;
- розробка і затвердження в установленому порядку обов'язкових для виконання нормативних актів з питань організації документів у діловодстві;
- перевірка ведення діловодства в установах із правом вимог від керівників установ усунення виявлених внаслідок перевірок недоліків.

Документування управлінської діяльності полягає у створенні документів за встановленими правилами на паперових або магнітних носіях.

Підставою для створення документів у Міністерстві охорони здоров'я та підпорядкованих йому закладів є необхідність засвідчення наявності та змісту управлінських дій, передавання, зберігання і використання інформації протягом певного часу або постійно.

Якщо службовий документ потребує негайного виконання, передача тексту документа може здійснюватися по телефону, телеграфу або телефаксу.

Приймання документів. Усі документи (в тому числі створені та представлені на електронних носіях), що надходять до Міністерства охорони здоров'я України або інших закладів, мають прийматися централізовано.

У загальному відділі МОЗ України, канцеляріях закладів охорони здоров'я розкриваються всі конверти, за винятком тих, що мають напис «особисто». У разі пошкодження конверта робиться відмітка в поштовому реєстрі. Конверти зберігаються і додаються до документів у разі, коли лише за конвертом можна встановити адресу відправника, час відправлення та одержання документа або коли в конверті відсутні окремі документи чи встановлено невідповідність номерів документів номерам на конверті.

Неправильно оформлені (не підписані, не засвідчені), пошкоджені або надіслані не за адресою документи повертаються відправникові або пересилаються адресатові.

Попередній розгляд документів. Усі документи, що надійшли до МОЗ України або закладів охорони здоров'я, підлягають обов'язковому попередньому розгляду.

Попередній розгляд документів здійснює начальник загального відділу МОЗ України чи інша особа, яка його заміщає, або спеціально виділена для цього особа відповідно до розподілу обов'язків між працівниками.

Мета попереднього розгляду документів:

- розподілення документів на ті, що потребують обов'язкового розгляду керівництвом або виконавцями відповідно до функціональних обов'язків;
- визначення необхідності реєстрації документів;
- встановлення термінів виконання документів, які передаються після розгляду керівництвом у структурні підрозділи безпосереднім виконавцям.

Попередній розгляд документів здійснюється в день одержання або в перший робочий день у разі надходження їх у неробочий час. Доручення органів вищого рівня, телеграми, телефонограми розглядаються негайно.

Під час попереднього розгляду документів особа, що його здійснює, керується Положенням про МОЗ України та структурні підрозділи, посадовими інструкціями, номенклатурою справ, схемою проходження документів.

Керівництву Міністерства охорони здоров'я України відразу після реєстрації передаються акти та доручення Президента України, доручення Прем'єр-міністра України, запити та звернення народних депутатів України в папці з грифом «Невідкладно».

Закони України, постанови Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Верховної Ради Автономної Республіки Крим, нормативно-правові акти органів виконавчої влади, рішення органів місцевого самоврядування, а також найважливіші документи, які містять інформацію з принципів питань діяльності установи і потребують вирішення керівництвом, розглядаються першочергово. Інші документи передаються до структурних підрозділів і виконавцям.

Реєстрація документів. Реєстрація документа — фіксування факту створення або надходження документа шляхом поставлення на ньому умовного позначення —

реєстраційного індексу з подальшим записом у реєстраційних формах необхідних відомостей про документ.

Реєстрація документів проводиться з метою забезпечення їх обліку, контролю за виконанням і оперативним використанням наявної в документах інформації.

Реєстрації підлягають документи, що потребують обліку, виконання і використання з довідковою метою (розпорядчі, планові, звітні, обліково-статистичні, бухгалтерські, фінансові тощо) як ті, що створюються і використовуються в Міністерстві охорони здоров'я України та/або закладах охорони здоров'я, так і ті, що надходять від інших установ і громадян.

Реєстрації підлягають як традиційні машинописні (рукописні) документи, так і створені за допомогою персональних комп'ютерів.

Основним принципом реєстрації документів є однократність. Кожний документ реєструється лише один раз:

- *вхідні документи* реєструються в день надходження або не пізніше наступного дня, якщо документ надійшов у неробочий час;
- *документи, створювані в закладі*, реєструються в день підписання або затвердження.

У разі передачі зареєстрованого документа з одного структурного підрозділу в інший він повторно не реєструється.

При реєстрації документів впроваджується принцип реєстрації в межах груп залежно від назви, виду, автора і змісту. Наприклад, окремо реєструються закони України; акти та кореспонденція Верховної Ради України; акти Президента України та Кабінету Міністрів України; рішення колегії МОЗ України, акти ревізій фінансово-господарської діяльності; накази Міністерства охорони здоров'я України; накази щодо діяльності закладу охорони здоров'я.

Під час реєстрації документа надається умовне позначення — реєстраційний індекс, який складається з кореспондента, порядкового номера в межах групи документів, що реєструються, і доповнюється індексами за номенклатурою справ.

У закладах охорони здоров'я застосовується журнальна форма реєстрації документів, яка може впроваджуватися в організаціях з обсягом документообігу до 500—600 документів на рік (рис. 10.8).

ЖУРНАЛ РЕЄСТРАЦІЇ ВХІДНИХ ДОКУМЕНТІВ

Дата надходження та індекс документа	Кореспондент, дата та індекс одержаного документа	Короткий зміст	Резолюція або кому направлено документ	Позначки про виконання документа

Рис. 10.8. Зразок оформлення журналу реєстрації вхідних документів

У закладах та організаціях з більшим обсягом документообігу застосовується карткова форма реєстрації. В цьому випадку для реєстрації всіх документів застосовується єдина реєстраційно-контрольна картка, придатна для оброблення на персональному комп'ютері. Зразок реєстраційної картки представлений на рис. 10.9. Така форма реєстрації документації застосовується в Міністерстві охорони здоров'я України.

При картковій формі реєстрації документів реєстраційні картки виготовляються в необхідній кількості примірників. Кількість примірників карток визначається чи-

слов картотек, які ведуться в МОЗ України. Вибір виду і визначення кількості картотек повинні відповідати конкретним потребам організації.

Лицьовий бік реєстраційної картки

1. Реєстраційна картка 2. Знято з контролю (Встанов.строк викон.) _____ (Контроль) (підпис, дата) 3. Підрозділ ----- 4. Надходження док.: 5. Кореспондент 6. Документ: Індекс: Індекс: Дата: Дата: 7. Корот- кий зміст 8. Завдання

Зворотній бік реєстраційної картки

9. Розписка в отриманні документа:		
Прізвище та ініціали виконавця	Телефон	Примітки
10. Позначка про виконання документа		

Рис. 10.9. Зразок реєстраційної картки

Реєстрація документації в Міністерстві охорони здоров'я України має наступний перебіг:

1. У структурних підрозділах МОЗ України ведуться реєстраційні журнали вихідної кореспонденції (рис. 10.10).

ЖУРНАЛ реєстрації створюваних установою документів			
Дата та індекс документа	Кореспондент	Короткий зміст	Позначка про виконання документа

Рис. 10.10. Зразок журналу реєстрації створюваних установою документів

2. Реєстраційні картки, які надходять із загального відділу Міністерства формуються у окремі реєстраційні картотеки.

3. Реєстраційні картотеки групуються в довідкові картотеки.

Довідкові картотеки створюються окремо на кожний календарний рік. Довідкова картотека складається з двох частин:

1 частина — реєстрація невиконаних і виконаних документів. Ця частина картотеки використовується для пошуків документа в процесі його виконання. Пошук проводиться за виконавцями, кореспондентами або термінами виконання.

2 частина картотеки використовується для пошуків виконаних документів з певного питання.

Автоматизована реєстрація документів проводиться централізовано в місцях реєстрації документів, обладнаних персональними комп'ютерами. Запис здійснюється з реєстраційно-контрольної картки, побудованої на базі обов'язкових реквізитів, які забезпечують сумісність програмних і технічних засобів, або шляхом прямого введення з документа встановленого обов'язкового складу реквізитів:

- назва виду документа;
- автор (кореспондент);
- дата документа;
- індекс документа (дата, індекс документа, який надійшов);
- заголовок документа або його короткий зміст;
- резолюція (виконавець, зміст доручення, автор, дата);
- відповідальний виконавець;
- термін виконання;
- позначка про виконання (короткий запис вирішення питання, дата фактичного виконання та індекс документа-відповіді).

Автоматизовані реєстраційні банки даних забезпечують працівників інформацією про всі документи і місце їх знаходження за допомогою виведення інформації на дисплей і виготовлення машинограм. У разі часткової автоматизації пошукових операцій додержується сумісність традиційної і автоматизованої систем реєстрації та пошуків.

Складання та оформлення службових документів

Для складання службових документів використовується папір форматів А3 (297 × 420 мм), А4 (210 × 297 мм) та А5 (148 × 210 мм). Складання документів на папері довільного формату не дозволяється.

Усі службові документи оформлюються на бланках установи. Бланки виготовляються згідно з вимогами державних стандартів та додержанням таких правил:

- бланки повинні виготовлятися друкарським способом на білому папері або папері світлих тонів фарбами яскравого кольору;
- бланки документів повинні мати такі поля: ліве — 20 міліметрів; верхнє — не менше як 10 міліметрів; праве й нижнє — не менше як 8 міліметрів.

Деякі внутрішні документи (заяви працівників, окремі службові довідки тощо) та документи, створені від імені двох або більше організацій, оформляються не на бланках. З метою прискорення виконання документів та правильності формування справ у діловодстві кожний документ повинен містити одне питання. Винятком із цього правила є складання протоколів, наказів, планів, звітів та узагальнюючих документів.

Текст документа повинен містити певну аргументовану інформацію, викладену стисло, грамотно, зрозуміло та об'єктивно, без повторень та вживання слів і зворотів, які не несуть змістового навантаження.

Зміст документа має бути пов'язаний зі змістом раніше виданих із даного питання документів.

Текст документа складається у вигляді суцільного складного тексту, анкети, таблиці або поєднання цих форм. Суцільний складний текст документа містить граматично й логічно узгоджену інформацію про управлінські дії та використовується під час складання правил, положень, листів, розпорядчих документів.

Тексти розпорядчих документів і листів складаються з двох частин. У першій частині зазначається підстава або обґрунтування для складання документа, у другій — висновки, пропозиції, рішення, розпорядження або прохання.

В окремих випадках текст документа може містити лише одну резолютивну частину, наприклад, наказ — розпорядчу частину без констатуючої, лист-прохання без пояснення.

Форма анкети використовується в разі викладення цифрової або словесної інформації про один об’єкт за певним обсягом ознак. Анкетні тексти використовуються в організаційно-розпорядчих документах, документах із матеріально-технічного постачання і збуту, фінансових документах тощо.

Форма таблиці використовується в разі викладання цифрової або словесної інформації про кілька об’єктів за родом ознак. Табличні тексти використовуються в планових, звітно-статистичних, фінансових, бухгалтерських, організаційно-розпорядчих та інших документах.

Відповідальність за зміст, рівень підготовки та належне оформлення документа, що візується кількома особами, несуть однаковою мірою всі ці посадові особи.

Службовий документ, що складається в Міністерстві охорони здоров’я України, повинен мати обов’язкові реквізити і стабільний порядок їх розміщення. Склад реквізитів організаційно-розпорядчих документів затверджено Наказом МОЗ України за № 20 від 5.02.1998 р. та наводиться в Інструкції з діловодства в Міністерстві охорони здоров’я. Склад реквізитів наведено на рис. 10.11.

Склад реквізитів організаційно-розпорядчих документів	
1. Державний Герб України (порядок використання визначається законом). 2. Емблема підприємства, установи, організації за Українським класифікатором підприємств і організацій (УКПО). 3. Код форми документа за Українським класифікатором управлінської документації (УКУД). 4. Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади. 5. Найменування підприємства, установи, організації. 6. Найменування структурного підрозділу. 7. Індекс підприємства зв’язку, поштова і телеграфна адреса, номер телефону, номер телетайпа (абонентського телеграфу), номер рахунку в банку. 8. Назва виду документа. 9. Дата. 10. Індекс. 11. Посилання на дату та індекс вхідного документа. 12. Місце складення або видання. 13. Гриф обмеження доступу до документів. 14. Адресат. 15. Гриф затвердження. 16. Резолюція. 17. Заголовок до тексту. 18. Відмітка про контроль. 19. Текст. 20. Відмітка про наявність додатків. 21. Підпис. 22. Гриф погодження. 23. Візи. 24. Печатка. 25. Відмітка про засвідчення копій. 26. Прізвище виконавця і номер його телефону. 27. Відмітка про виконання документа і направлення його до справи. 28. Відмітка про перенесення даних на машинний носій. 29. Відмітка про надходження документа.	

Рис. 10.11 Склад реквізитів організаційно-розпорядчих документів

Назва виду документа (наказ, розпорядження тощо) зазначається на бланку друкарським або машинописним способом і повинна відповідати компетенції та змісту управлінської діяльності.

Заголовок до тексту документа повинен містити короткий виклад змісту документа. Він має бути максимально коротким і ємним, точно передавати зміст тексту.

Заголовок повинен граматично узгоджуватися з назвою документа, формуватися за допомогою віддієслівного іменника і відповідати на питання «про що?», «чого?». Наприклад: наказ (про що?) про удосконалення медичної допомоги хворим на цукровий діабет; протокол (чого?) засідання експертної комісії. Якщо в документі йдеться про кілька питань, заголовок може бути узагальненим.

Заголовки не складаються до текстів телефонограм, телеграм та повідомлень.

Датування та індексація документів. Усі службові документи підлягають датуванню. Датою документа є дата його підписання; для документа, що приймається колегіальним органом, — дата його прийняття; для документа, що затверджується, — дата затвердження. Дати підписання й затвердження документа, а також ті, що є в тексті,

повинні оформлятися цифровим способом. Наприклад, 14.02.05. У текстах нормативно-правових актів і документів, що містять відомості фінансового характеру, застосовується словесно-цифровий спосіб оформлення дат. Наприклад, 14 лютого 2005 року.

Обов'язковому датуванню і підписанню підлягають усі службові відмітки на документах, пов'язані з їх проходженням та виконанням (резолуції, погодження, візи, відмітки про виконання документа й направлення його до справи).

Індексація документів — це присвоєння реєстраційних номерів і необхідних умовних позначок при реєстрації, що вказують на місце їх, виконання та зберігання.

Погодження документів. У разі потреби в оцінці доцільності документа, його обґрунтованості та встановленні відповідності законодавству здійснюється погодження проекту документа.

Існує внутрішнє та зовнішнє погодження документів. Внутрішнє погодження здійснюється безпосередньо в організації зі структурними підрозділами, посадовими особами, які відповідно до їх компетенції займаються питаннями, порушеними в проекті документа. Зовнішнє погодження здійснюється за межами організації.

Внутрішнє погодження оформляється візуванням проекту документа посадовою особою. Віза проекту наказу та вказівки включає:

- особистий підпис;
- ініціали й прізвище особи, яка візує документ;
- дату візування.

У разі потреби зазначається найменування посади особи, яка візує документ. Наприклад,: Заступник головного лікаря з адміністративно-господарчої роботи (Підпис) (Ініціали, прізвище) Дата.

Віза може проставлятися як на лицьовому боці останнього аркуша проекту документа, так і на зворотному, якщо місця для цього на лицьовому боці останнього аркуша документа не вистачає. Візи проставляються на першому примірнику документа. Якщо зауваження й пропозиції до проекту документа займають більше трьох рядків, то вони викладаються на окремому аркуші, про що на проекті робиться відповідна відмітка за такою формою:

Головний економіст

(Підпис)

(І. Р. Ігнатенко)

Зауваження й пропозиції на 3 стор. Додаються.

Дата Зауваження обов'язково доповідаються особі, яка підписує документ. Згідно з Наказом МОЗ України № 252 від 04.06.2003 р., проекти наказів обов'язково перевіряються працівниками юридичної служби Міністерства на відповідність їх законодавству і візуються після їх, погодження з начальником Управління справами, профільними та контрольним підрозділами.

Зовнішнє погодження проектів документів оформляється відповідним грифом. Гриф погодження ставиться нижче від підпису на лицьовому боці останнього аркуша проекту документа і включає в себе слово «Погоджено», найменування установи та посади особи, з якою погоджується проект документа, особистий підпис, ініціали, прізвище та дата погодження. Наприклад,

ПОГОДЖЕНО

Начальник управління охорони здоров'я
Луганської обласної держадміністрації

(Підпис) (Ініціали, прізвище) Дата

У разі, коли зміст документа стосується більше ніж трьох установ, складається «Аркуш погодження», про що робиться відмітка в самому документі на місці грифа погодження. Наприклад: *Аркуш погодження додається.*

Засвідчення документів здійснюється шляхом їх:

- підписання;
- затвердження;
- про ставлення печатки.

Підпис складається з найменування посади особи, яка підписує документ, особистого підпису, ініціалів та прізвища. Якщо документ надруковано на бланку вказується посада без найменування закладу. Якщо документ надрукований не на бланку, то, крім посади, вказується найменування закладу.

Документи підписуються, як правило, однією особою, а в разі коли за зміст документа несуть відповідальність кілька осіб (акти, фінансові документи тощо) — двома або більше особами. При цьому їх підписи розміщуються один під одним у послідовності відповідно до посади.

Документи колегіальних органів підписують головуючий на засіданні колегіального органу і секретар.

Якщо посадова особа, підпис якої зазначений на проекті документа, відсутня, то документ підписує особа, яка виконує її обов'язки, або її заступник. При цьому обов'язково зазначається посада особи, яка підписала документ, і її прізвище (виправлення вносяться чорнилом або машинописним способом, наприклад: «в. о.», «заст.»). Не допускається підписання документа з прийменником «за» або прославленням косої риски перед найменуванням посади.

Особливим способом засвідчення документа після його підписання є затвердження. Документ затверджується відповідними органами або посадовими особами, до компетенції яких належить вирішення питань, викладених у цих документах.

Затвердження документа здійснюється за допомогою грифа затвердження або виданням розпорядчого документа.

Перелік документів, які підлягають затвердженню наведений в Інструкції з діловодства у Міністерстві охорони здоров'я України (Наказ № 20 від 05.02.1998 р.) і представлений на рис.10.12.

Гриф затвердження розміщується в правому верхньому кутку першого аркуша документа. На документах, що засвідчують права громадян і юридичних осіб, фіксують факт витрати грошових коштів і матеріальних цінностей, підпис відповідальної особи повинен завірятися гербовою печаткою. Гербова печатка ставиться також на положеннях (статутах) закладів, договорах, посвідченнях, дорученнях. Печатку треба проставляти таким чином, щоб вона захоплювала останні кілька літер найменування посади особи, яка підписала документ.

Адресування документів. Документи адресуються установі, її структурним підрозділам або конкретній посадовій особі. Якщо документ адресується установі або її структурному підрозділу без зазначення посадової особи, то їх найменування подаються в називному відмінку.

Якщо документ надсилається посадовій особі, найменування установи зазначається в називному відмінку, а посада і прізвище адресата — у давальному.

У разі потреби в реквізиті «Адресат» можуть зазначатися почесне звання та вчений ступень.

У разі надсилання документа більше як чотирьом адресатам складається список на розсилку, і на кожному документі зазначається тільки один адресат.

У разі надсилання документа громадянину спочатку зазначається поштова адреса, а потім прізвище та ініціали одержувача.

Резолюція — це напис на документі, зроблений керівником установи, що містить вказівки щодо виконання документа. Резолюція складається з таких елементів:

- прізвище виконавця (виконавців);
- зміст доручення;
- термін виконання;
- особистий підпис керівника;
- дата.

Якщо доручення дається кільком посадовим особам, головним виконавцем є особа, зазначена в дорученні першою, якщо в документі не обумовлено інше.

Для виконання доручення їй надається право скликати інших виконавців і координувати їх роботу.

На документах з термінами виконання, які не потребують додаткових вказівок, у резолюції зазначається: виконавець, підпис автора резолюції, дата.

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДЛЯГАЮТЬ ЗАТВЕРДЖЕННЮ

- Акти (перевірок і ревізій, прийому закінчених будівництвом об'єктів, списання; експертизи; передачі справ; ліквідації установ).
- Завдання (на проведення науково-дослідних, проектно-конструкторських і технологічних робіт; на проектування об'єктів, технічних споруд, капітальне будівництво; технічні тощо).
- Звіти (про виборчу діяльність, науково-дослідні роботи, відрядження тощо).
- Кошториси витрат (на утримання апарату управління, будинків, приміщень, споруд; на підготовку та освоєння виробництва нових виробів; на капітальне будівництво тощо).
- Нормативи (чисельності працівників; витрачання сировини, матеріалів, електроенергії; технологічного проектування тощо).
- Переліки (посад працівників з ненормованим робочим днем; типових документальних матеріалів, що створюються в установах із зазначенням строків зберігання документів тощо).
- Плани (виробничі; впровадження нової техніки; роботи колегії, науково-медичної ради, наукової ради; будівельно-монтажних, науково-дослідних проектно-розвідувальних робіт; кооперативних поставок продукції; розподілу продукції за встановленою номенклатурою тощо).
- Програми (проведення робіт і заходів, відряджень тощо).
- Розцінки на здійснення робіт.
- Статути.
- Структура і штатна чисельність.
- Форми уніфікованих документів.
- Штатні розписи.

Рис. 10.12 Документи, які підлягають затвердженню

На документі повинно бути не більше однієї резолюції. Інші резолюції можливі тільки тоді, коли є необхідність деталізувати порядок виконання документа.

Резолюція повинна проставлятися безпосередньо на документі, нижче від реквізиту «Адресат», паралельно до основного тексту.

Відмітки про проходження та виконання документів. Під час проходження документа в установі на ньому робляться такі помітки:

♦ про надходження (реєстрацію) документа — на нижньому правому полі першого аркуша документа (скорочене найменування установи, дата надходження документа, індекс документа);

◆ про взяття документа на контроль — на лівому полі першого аркуша документа (на рівні заголовка до тексту) пишеться слово «Контроль» або літера «К»;

◆ про виконання документа і направлення його до справи — на нижньому лівому полі першого аркуша документа (коротка довідка про виконання, якщо немає документа про виконання, слова «До справи» і номер справи, в якій документ зберігатиметься, дата направлення документа до справи, найменування і підпис виконавця);

◆ про перенесення даних на машинний носій — на нижньому правому полі першого аркуша документа (слова «Перенесено на машинний носій», дата перенесення, номер масиву, підпис особи, відповідальної за перенесення даних).

Кожний документ повинен мати відмітку про безпосереднього виконавця, що складається з його прізвища і номера службового телефону, які зазначаються на лицьовому або зворотному боці останнього аркуша документа.

Здійснення контролю за виконанням документів. Контроль за виконанням документів включає такі види робіт:

- постанови документів (доручень) на контроль, формування картотеки контрольних документів;
- перевірку своєчасного доведення документів до виконавців;
- попередні перевірки і регулювання ходу виконання;
- облік і узагальнення результатів контролю за виконанням документів (доручень);
- інформування керівника про хід та підсумки виконання документів (доручень);
- повідомлення про хід і підсумки виконання документів на оперативних зборах, засіданні колегіальних органів;
- зняття документів з контролю;
- формування картотеки виконаних документів.

Питання для самоконтролю

1. За якими ознаками класифікують інформацію в медичному бізнесі?
2. Охарактеризуйте основні комп'ютеризовані інформаційні системи.
3. У чому полягає зміст Концепції державної політики в галузі інформатизації охорони здоров'я?
4. Які складові формують інфраструктуру галузі охорони здоров'я?
5. Яку інформацію можна отримати на веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України?
6. Охарактеризуйте організаційне забезпечення функціонування веб-сайту Міністерства охорони здоров'я України.
7. Яким чином використовують телемедичні технології, орієнтовані на лікувально-діагностичні консультації?
8. Які основні інформаційні веб-сервери присвячені охороні здоров'я?
9. Охарактеризуйте основні принципи організації інформаційного забезпечення лікувально-профілактичного закладу.
10. Визначте складові основних серверів лікувально-профілактичного закладу.
11. Чим відрізняються між собою інформаційні системи MedWork, Avalon-1.0, Поліклініка, Стаціонар, Лікарня?
12. Охарактеризуйте основні етапи документування управлінської діяльності.
13. Визначте загальні принципи та етапи реєстрації документів.
14. З'ясуйте сутність погодження та засвідчення документів.
15. Як саме здійснюється контроль за виконанням документів?

А. Нормативно-правові акти

1. Закон України «Про концепцію Національної програми інформатизації» від 4.02.1998 р. // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень 2004. — Кіровоград: Експерт Софт.
4. Указ Президента України «Про заходи щодо розвитку національної складової глобальної інформаційної мережі Інтернет та забезпечення широкого доступу до цієї мережі в Україні» № 928 від 31.07.2000// СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень 2004. — Кіровоград: Експерт Софт.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України за № 127 від 21.05.1998 р. «Концептуальні основи створення єдиного інформаційного поля системи охорони здоров'я України»// СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень 2004. — Кіровоград: Експерт Софт.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 16.07.2002 № 265 «Положення про веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України» // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень 2004. — Кіровоград: Експерт Софт.
7. Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини. ETS-164, Ов'єдо, 04.04.1997 р. // СД Інформаційно-правова бібліотека «Експерт-юрист», версія Серпень 2004. — Кіровоград: Експерт Софт.
8. Міністерство охорони здоров'я України, Академія Медичних наук України «Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я України» // www.uacm.kharkov.ua

Б. Навчально-методичні, наукові видання та підручники

1. *Андреева О.В., Гурдус В.О., Айвазова М.В.* Некоторые подходы к унификации схемы движения информационных потоков в системе медицинского страхования и наиболее существенные параметры учёта деятельности ЛПУ // Экономика и практика ОМС. — 2002. — № 2. — С. 10—16.
2. *Архипов В.В.* Использование современных информационных систем в управлении многопрофильным стационаром.// Здравоохранение: Журнал для рук. и гл.бух. — 2002. — № 2. — С. 161—167.
3. *Ахутин В.М., Шаповалов В.В.* Формальная модель автоматизированной системы профилактических осмотров населения // Мед.техника. — 2002. — № 1. — С. 3—7.
4. *Багрянцева Н.А.* Роль региональных информационных компьютерных сетей в системах лекарственного обеспечения // Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 5 — 7. — С. 14—15.
5. *Боди Д., Пэйтон Р.* Основы менеджмента. — СПб: Питер, 1999. — 816 с.
6. *Басва О.В.* Основы менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посібник. — К.: МАУП, 2007. — 328 с.
7. *Борисова Л.Ф., Пронина Т.А., Куракова Н.Г.* Информационные ресурсы для врача // Главврач. — 2002. — № 9. — С. 36—49.
8. *Венедиктов Д.Д., Кузнецов П.П.* Медицинский информационно-аналитический центр как новая организационная технология управления здравоохранением // Здравоохранение: Журнал для рук. и гл.бух. — 2003. — № 6. — С. 175—178.
9. *Венедиктов Д.Д., Тимин Е.Н.* Корпоративная телемедицинская сеть // medi.ru/doc/escm20233.htm
10. Вычислительная техника в ЛПУ (об основных принципах оптимальной компьютеризации ЛПУ) // Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 5/7. — С. 21—22.

11. *Гордієнко І.В.* Інформаційні системи і технології в менеджменті: Навч.-метод. посібник для самост. вивч.дисц. — 2-ге вид., перероб і доп. — К.: КНЕУ, 2003. — 259 с.
12. *Гриценко В.И., Вовк М.И., Котова А.Б.* Єдиний медико-інформаційний простір: яким йому бути?// Вісник НАН України. — 2000. — № 8. — С. 18—25.
13. *Дейкун М.П.* Науково-практичні аспекти інформаційного забезпечення процесу управління у медичній установі//Лік. справа. — 2003. — № 1. — С. 109—112.
14. *Емелин И.В.* Стандартизация электронных аптек.// Информац. технологии в здравоохранении. — 2002. — № 5/7. — С. 17.
15. *Золотов В.П., Губин И.М., Пьяных А.Е.* Автоматизированная информационная система объединённой больницы с поликлиникой: состояние и перспективы // Кремлёв. медицина. — 2001. — № 5. — С. 81—86.
16. *Иванов В.В., Дубынин И.В., Ретунский В.В.* Применение современных технологий и средств проектирования при создании автоматизированных информационных систем военно-медицинского назначения // Воен.-мед.журнал. — 2002. — № 3. — С. 18—22.
17. Информационно-аналитическая система управления лечебно-профилактическими учреждениями.// Информац.технологии в здравоохранении. — 2001. — № 2/3. — С. 13—15.
18. Информационные технологии в фармации // Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 5/7. — С. 12—13.
19. *Какорина Е.П., Тен Г.У.* Подходы к созданию информационной системы здравоохранения России.// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 2. — С. 18—20.
20. *Какорина Е.П., Михайлова Л.А.* Развитие медицинских информационно-аналитических центров в Российской Федерации // Здравоохранение: Журнал для рук. и гл.бух. — 2002. — № 7. — С. 163—173.
21. *Карасева Л.А., Двойников С.И.* Необходимость использования электронно-вычислительной техники в работе руководителей сестринского персонала // Экономика здравоохранения. — 2003. — № 8. — С. 7—39.
22. *Кобринский Б.А.* Информационная поддержка медицины катастроф: телемедицина и компьютерные технологии // Медицина катастроф. — 2001. — № 2. — С. 21—23.
23. *Кобринский Б.А.* Современные информационные технологии в детском здравоохранении России // Росс.вестник перинатологии и педиатрии. — 2002. — № 5. — С. 12—17.
24. *Коваленко О.С.* Застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я // В кн.: Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: Кол. моногр. / За ред. О.В.Баєвлі, І.М.Солоненко. — К.: МАУП, 2007. — С. 135—157.
25. *Ковшов Е.Е., Фролов А.В., Устинов А.А., Розаткин С.О.* Информационная поддержка лечебного процесса в родильном доме // Росс.мед.вести. — 2002. — № 2. — С. 28—33.
26. *Козак Л.М., Пезенцали А.А., Елизаров В.А.* Реализация подходов к разработке информационной системы «Медицинские Интернет-консультации» // В кн.: Демографічна та медична статистика України у ХХІ столітті. Медичні інформаційні системи у статистиці. — К., 2004. — С. 168.
27. *Корецкий В.А., Шегемская М.Н.* Подходы к формированию медицинской информационно-аналитической системы ЦРБ.// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 4. — С. 42—44.
28. *Красильников И.А., Меркулов С.Н., Арефин И.Г.* Информационные технологии в управлении здравоохранением Санкт-Петербурга // Информац.технологии в здравоохранении. — 2001. — № 8/9. — С. 2—3.
29. *Кратенок В.Е., Макеева Т.Н., Нозик В.М.* Медицинские ресурсы Интернет: Справочное пособие. — Минск: БЦНМИ, 1999. — 158 с.
30. *Кузнецов Г.Г.* Информационная система лечебно-профилактического учреждения.// Главврач. — 2003. — № 5. — С. 71—74.
31. *Кузнецов Г.Г.* Методы избежания ошибок при создании информационной системы для лечебно-профилактического учреждения // Главврач. — 2003. — № 3. — С. 46—48.
32. *Кузнецов Г.Г.* Проблема выбора информационной системы для лечебно-профилактического учреждения // Главврач. — 2003. — № 1. — С. 48—50.

33. Курбесов А.В. Автоматизация учёта застрахованного населения как основа функционирования системы ОМС // Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 5/7. — С. 30—31.
34. Лаблюк Ф.П., Уразов А.И., Бурляев И.В. Медицинская информационная система: комплексное решение // Здравоохранение: Журнал для рук. и гл.бух. — 2003. — С. 179—184.
35. Латыпов А.Ш. О построении информационной системы клинической работы многопрофильного стационара // Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 5/7. — С. 26—27.
36. Лушандин Ю.В. Новые информационные технологии и тестовый контроль // Информац.технологии в здравоохранении. — 2001. — № 6—7. — С. 7.
37. Мартынихин А.В., Большаков Н.Б. Организация хранения информации истории болезни с учетом задач последующего автоматизированного извлечения данных// Главврач. — 2004. — № 10. — С. 47—50.
38. Медицина завтрашнего дня: создание единого информационного пространства здравоохранения // Главврач. — 2002. — № 3. — С. 41—42.
39. Миляков В.П., Хуторской М.А. О работе координационного информационного центра в системе ОМС населения г. Тольятти // Самар. мед. журнал. — 2001. — № 4. — С. 37—39.
40. Некоторые результаты информатизации системы обязательного медицинского страхования Ярославской области./ Н.В.Воскресенская. В.А.Баунов, О.А.Анисимов, С.Э.Анджан // Вестник ОМС. — 2003. — № 1. — С. 7—12.
41. Пономаренко В.М., Майоров О.Ю. Концепція державної політики інформатизації охорони здоров'я в Україні // Укр.радіол.ж. — 1996. — № 4 (2)/ — С. 115—118.
42. Пономаренко В.М., Ластовченко М.М., Кальниш В.В., Бобир Ю.Г., Волошин Р.О. Концептуальні положення застосування інформаційних технологій телемедицини в системі аналізу стану захворюваності населення України // Вісн. соц. гіг. та орг. ОЗ України. — 2002. — № 2. — С. 53—60.
43. Радченко С.В. О современном понимании целей и задач информатизации в лечебно-профилактическом учреждении // Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 1/2. — С. 14—16.
44. Радченко С.В. О современном понимании целей и задач информатизации в лечебно-профилактическом учреждении. Ч. 2.// Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 3/4. — С. 15—17.
45. Радченко С.В. О современном понимании целей и задач информатизации в ЛПУ. Ч.3, заключит // Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 5/7. — С. 20.
46. Радченко С.В. Средства коллективной работы в ЛПУ. Ч.2 // Информац.технологии в здравоохранении. — 2002. — № 5/7. — С. 23—25.
47. Романюк Л.М. Сучасний стан системи медико-статистичної інформації в Україні // Вісн. соц. гіг. та орг. ОЗ України. — 2002. — № 1. — С. 48—49.
48. Романюк Л.М., Польовчик В.І. Медико-статистична інформація в управлінні міською лікарнею// Вісн. соц. гіг. та орг. ОЗ України. — 2002. — № 3. — С. 56—58.
49. Савостина Е.А. Мониторинг ресурсного обеспечения сети ЛПУ на основе компьютерной программы «Паспорт ЛПУ» // Главврач. — 2003. — № 3. — С. 50—55.
50. Синявский В.М., Журавлев В.А. Медицинские информационные технологии — не роскошь, а средство продвижения здравоохранения по пути реформ// Проблемы управления здравоохранением. — 2004. — № (18). — С. 41—49.
51. Склад М.С., Блохин А.Б. Информационные технологии в управлении областной детской больницей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 1. — С. 49—51.
52. Стан охорони здоров'я та виконання програми Кабінету Міністрів України «Назустріч людям» / Доповідь Міністра охорони здоров'я М.Поліщука на підсудковій колегії МОЗ України// Главный врач. — 2005. — № 8. — С. 3—46.
53. Столбов А.П. Информационные технологии как объект стандартизации в здравоохранении.// Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2002. — № 2. — С. 21—24.

54. *Столбов А.П.* Стандартизация информационных технологий в здравоохранении и ОМС: основы методологии. Ч. 3, заключит. // Информац. технологии в здравоохранении. — 2002. — № 3/4. — С. 30—31.
55. *Тогунов И.А.* Медицинское страхование: Информационные технологии и статистический учёт в городской поликлинике // Главврач. — 2002. — № 6. — С. 21—37.
56. *Финченко Е.А., Степанов В.В.* Информационное обеспечение центральной районной больницы и сельского здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. — 2004. — № 1 (14). — С. 21—30.
57. *Ціхонь О.В., Семенів І.П.* Досвід роботи та розробка багатофункціональної мережевої інформаційної системи Івано-Франківської обласної клінічної лікарні // В кн.: Інформаційні технології в охороні здоров'я та практичній медицині. — К., 2003. — С. 87—89.
58. *Черепова А.А., Максаков В.В.* Развитие концепции информатизации системы обязательного медицинского страхования Московской области (АСУ ОМС МО) // Здравоохранение: Журнал для рук. и гл.бух. — 2003. — № 4. — С. 39—47.
59. *Шифрин М.А.* Медицинские информационные системы: Эффективные решения и трудные вопросы // Главврач. — 2003. — № 6. — С. 63—66.
60. *Шуйгалов И.А., Белова О.В., Любенко О.Г., Воловик А.М., Кочетов В.А.* Информационные системы с использованием чип-карт в управлении стоматологической клиникой // Новое в стоматологии. — 2001. — № 7: Спец.вып. — С. 88—92.
61. *Эльянов М.М.* Обзор ситуации на рынке современных медицинских компьютерных систем. // Здравоохранение: Журнал для рук. и гл.бух. — 2002. — № 3. — С. 169—174.
62. *Юркин Г.Л., Балуца Е.Г., Измайлов В.Б.* О некоторых вопросах защиты информации, составляющих врачебную тайну, в корпоративных системах обязательного медицинского страхования. // Вестник ОМС. — 2002. — № 2. — С. 10—16.
63. *Jenkins A., Witzel M.* Информационные технологии в бизнесе. Бизнес.

РОЗДІЛ 11

УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 11.1. Концептуальні засади управління кадрами в галузі охорони здоров'я.
- 11.2. Система підготовки медичних кадрів в Україні.
- 11.3. Система кваліфікаційних вимог до медичного та управлінського персоналу лікувально-профілактичних закладів.
- 11.4. Організація праці працівників закладів охорони здоров'я.
- 11.5. Підготовка провізорів та фармацевтів.
- 11.6. Система кваліфікаційних вимог до фармацевтичних кадрів.

11.1. Концептуальні засади управління кадрами в галузі охорони здоров'я

Успішний розвиток будь-якої сфери людської діяльності неможливий без управління, тобто систематичного процесу використання ресурсів для досягнення певної мети. Основним ресурсом кожної організації є люди (кадри, персонал), оскільки саме вони приводять в дію решту всіх ресурсів. Отже, мистецтво управління полягає в умінні організувати певну діяльність, оптимально використовуючи людський чинник.

В системі охорони здоров'я виключно важлива роль відведена безпосередньо медичному працівникові, тому управління розвитком кадрів визнається пріоритетним завданням менеджменту в галузі охорони здоров'я.

Традиційні методи управління персоналом в галузі охорони здоров'я вже не забезпечують бажаних результатів, а навпаки, часто призводять до застою, а то й до дезорганізації в управлінських структурах.

Зараз, коли засобів, що виділяються з державного бюджету на розвиток охорони здоров'я, явно недостатньо, найбільш перспективною є мобілізація прихованих можливостей системи на основі кращого використання кадрових ресурсів.

Міжнародний досвід, зокрема досвід Всесвітньої організації охорони здоров'я, свідчить про те, що серед організаційних змін, метою яких є підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, що проводяться в галузі управління кадрами.

Управління кадрами включає три взаємопов'язані компоненти:

- планування;
- підготовку;
- використання персоналу.

Першою умовою успішного управління кадрами є взаємозалежне функціонування названих компонентів: планування розвитку кадрів — як кількісне, так і якісне — не матиме сенсу, якщо система підготовки і удосконалення медичних працівників не буде здатна забезпечити обидва цих аспекти. Разом з тим, підготовлені медичні кадри повинні знайти собі практичне застосування, відповідні до їх професійної кваліфікації.

Другою неодмінною умовою ефективного управління кадрами є реалізація концепції інтегрованого розвитку медичних кадрів і самої системи охорони здоров'я.

Кадри необхідні для розвитку даної системи і повинні відповідати своєму призначенню. Недостатньо організоване управління кадрами охорони здоров'я виявляється в багатьох симптомах неблагополуччя, зокрема в неадекватному використанні персоналу, в низькій його продуктивності, незбалансованості структури персоналу з потребами системи та ін. Управління кадрами стає найбільш ефективним, якщо визначальним принципом є економічна ефективність управлінських рішень.

Економічна модель перманентно конкуруючих ринків в охороні здоров'я є системою функціонування трьох взаємопов'язаних ринків:

- 1) ринку служб охорони здоров'я, що визначає кількість різних видів медичних послуг, які споживаються населенням, та ціни на них;
- 2) ринку кадрів охорони здоров'я, що встановлює кількість категорій працюючого персоналу, і рівень його заробітної плати;
- 3) ринку медичної освіти, що пропонує кількість випускників кожного виду персоналу і вартість освіти.

У рамках ринку кількість і ціна встановлюються залежно від попиту і пропозиції. В свою чергу, попит і пропозиція визначаються ціною. В умовах постійної ринкової конкуренції ресурси охорони здоров'я реалізуються через попит і пропозицію, визначаючи в кожному з трьох ринків ціну за рахунок механізму урівноваження. Всі три ринки функціонують у тісному взаємозв'язку один з одним і знаходяться в динамічному процесі розвитку.

Зміни в попиті і пропозиції на ринках знаходяться під впливом політики охорони здоров'я і економіки суспільства в цілому, змін соціальних і демографічних чинників. Зміни політики охорони здоров'я, що торкається інтересів одного ринку, неминуче призводить до змін на інших ринках — і не тільки в межах сектора охорони здоров'я. Тому при розробці політики розвитку кадрів охорони здоров'я необхідно заздалегідь оцінити всі прямі і непрямі наслідки для системи від реалізації цієї політики.

Управління кадрами охорони здоров'я є органічною складовою частиною управління системою охорони здоров'я в цілому, підпорядкованою тим самим цілям і спрямованою на їх досягнення завдяки конкретній діяльності медичного персоналу.

Управління кадрами — це безперервний динамічний процес управління людськими ресурсами, метою якого є оптимальна розстановка і використання сил на основі більш довшеного планування, підбору, удосконалення, розподілу кадрів, мотивації і регулярного об'єктивного контролю та оцінки праці. Мета управління персоналом полягає в безперервному пошуку шляхів, що сприяють підвищенню ефективності праці. Ця мета досягається внаслідок впровадження прогресивних форм організації праці і раціональнішого використання наявних трудових ресурсів.

Як усякий управлінський процес, управління персоналом має циклічний характер. Практичну основу цієї діяльності складають:

- регулярна і об'єктивна інформація про склад і динаміку кадрів;
- опис робіт;
- підбір, розстановка персоналу;
- мотивація персоналу;
- формулювання цілей безперервного навчання і його організація;
- планування і організація розвитку кар'єри;
- регулярна оцінка ефективності виконуваних робочих функцій.

Дослідження процесу управління кадрами дає змогу сформулювати концептуальну модель цієї діяльності, що складається з чотирьох взаємозумовлених систем:

- ◆ система руху кадрів;
- ◆ система винагороди за працю;

- ◆ система організації роботи;
- ◆ система впливу співробітників на організацію.

Впровадження в практику цієї моделі дозволяє встановити певні рамки для проведення кадрової політики, коли будь-яке рішення, що приймається відносно якогось специфічного елементу в цілісному процесі, повинне здійснюватися в тісному зв'язку зі всією сукупністю систем моделі. Неуспішність управлінських рішень у сфері управління кадрами часто зумовлена саме тим, що ті або інші компоненти піддаються змінам без урахування взаємозалежності і взаємозумовленості всіх компонентів моделі.

У поняття про систему руху кадрів вкладаються компоненти, що забезпечують регулювання надходження, розподіл, динаміку професійного розвитку персоналу, а також відтік кадрів з організації. Всі ці завдання вирішуються на користь організації. Проте очевидно, що їх рішення тісно пов'язане з реалізацією системи винагороди за працю. Ця система служить для залучення, заохочення і утримання кадрів, необхідних організації. Система винагороди, що ґрунтується на принципах справедливості, зміцнює мотивацію і спрямовує рух кадрів у русло, що дозволяє сумістити індивідуальні інтереси з інтересами організації. Система організації роботи, в свою чергу, тісно пов'язана з першими двома, оскільки припускає рішення питань, пов'язаних з організаційною структурою, посадовими інструкціями, інформаційними потоками тощо. Інакше кажучи, це все те, що складає мотиваційну основу праці і робить її цікавою й приємною. Останнє дуже важливе, бо коли праця — задоволення, управління кадрами багато в чому стає саморегульовальним високо-ефективним процесом.

Вищезазначене логічно зумовлює четверту систему моделі — що пов'язана з дією працівників на принципи, практику і цілі організації. Участь працівників в управлінні організацією — обов'язковий компонент демократичного управління.

Основним елементом управління кадрами в галузі охорони здоров'я є наявність управлінських кадрів, що здатні впроваджувати та розвивати кадрову політику закладу. Враховуючи специфіку галузі, кадри мають бути:

- 1) обізнаними на технології галузі;
- 2) кваліфікованими менеджерами.

Підготовка управлінських кадрів для галузі охорони здоров'я

Згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою указом Президента України за № 1313/2002 від 7 грудня 2002 року, реформування системи охорони здоров'я передбачає здійснення заходів, спрямованих на здійснення інноваційної й кадрової політики в галузі. Реформування ступеневої медичної освіти передбачає започаткування підготовки фахівців за новими спеціальностями:

- менеджер у галузі охорони здоров'я;
- економіст у галузі охорони здоров'я.

Сучасна система підготовки управлінців для галузі охорони здоров'я передбачає проведення освітньої діяльності в трьох напрямках:

1. Спеціалізація та удосконалення лікарів за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я».

2. Підготовка магістрів державного управління, орієнтованих на галузь охорони здоров'я.
3. Підготовка менеджерів, орієнтованих на галузь охорони здоров'я.

**Спеціалізація та удосконалення лікарів
за спеціальністю «Організація
та управління охороною здоров'я»**

Етапність підготовки керівників лікувально-профілактичних закладів в Україні представлена на рис. 11.1.

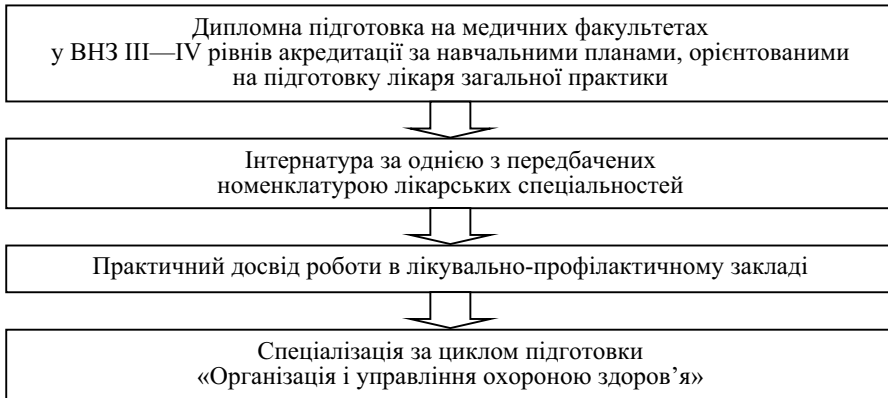


Рис. 11.1. Підготовка керівників лікувально-профілактичних закладів в Україні

Інтернатури за спеціалізацією «Організація та управління охороною здоров'я» не існує. Тому лікарі, які закінчили інтернатуру з будь-якої спеціалізації, передбаченої Номенклатурою лікарських спеціальностей і мають досвід практичної роботи в лікувально-профілактичному закладі, направляються на навчання на цикли спеціалізації з організації та управління охороною здоров'я. Програма підготовки майбутніх керівників складається з шести блоків: соціальна медицина; менеджмент в охороні здоров'я; культура управління; економічні основи менеджменту; правові основи менеджменту; управління підсистемами охорони здоров'я.

Після закінчення циклу складається уніфікований комп'ютерний іспит. Недоліком цього напряму підготовки керівних кадрів є короткотривалість циклу — 2 місяці (312 годин). Такий термін підготовки не забезпечує фундаментальності підготовки.

Крім цього, організатори охорони здоров'я навчаються на тематичних курсах, присвячених актуальним проблемам організації охорони здоров'я: менеджмент і маркетинг в охороні здоров'я; економічні проблеми охорони здоров'я; організація первинної медико-санітарної допомоги; організація медичної допомоги сільському населенню; інформаційне забезпечення охорони здоров'я та ін.

Один раз на п'ять років керівники лікувально-профілактичних закладів підвищують кваліфікацію на передатестаційних циклах, які призначені поглибити теоретичну та практичну підготовку лікарів з організації та управління системою охорони здоров'я, а також перевірити знання та вміння відповідно до вимог кваліфікаційної характеристики.

Підготовка менеджерів, орієнтованих на галузь охорони здоров'я

В Україні поступово започатковується підготовка кадрів із управління та економіки в галузі охорони здоров'я. Такі фахівці мають взяти участь у формуванні приватної інфраструктури охорони здоров'я, запровадити медичне страхування, забезпечити існування галузі на засадах:

- багатоукладної економіки, з багатоканальним фінансуванням;
- поєднання державних гарантій з демонополізацією;
- заохочення підприємництва і конкуренції.

З метою забезпечення ефективного управління в лікувально-профілактичних закладах, страхових компаніях, задоволення потреб медичного бізнесу у фахівцях з медичного менеджменту в вищих навчальних закладах України проводиться підготовка за освітньо-кваліфікаційними рівнями «бакалавр», «спеціаліст», «магістр».

Загальним принципом підготовки менеджерів, орієнтованих на галузь охорони здоров'я, є послідовність підготовки, за якою студенти спочатку опановують комплексом знань з теоретичної та практичної медицини, а потім продовжують навчання за спеціальністю «Менеджмент організацій», професійне спрямування «Медичний менеджмент».

Структурно-логічна схема підготовки фахівців з медичного та фармацевтичного менеджменту передбачає навчання за основними блоками навчальних дисциплін: гуманітарний; фундаментальний; економіка, фінанси та бухгалтерський облік; право; загальний менеджмент і маркетинг; управління та економіка закладів охорони здоров'я.

Підготовка магістрів за спеціальністю «Державне управління» та спеціалізацією «Управління охороною здоров'я»

Підготовка фахівців — магістрів державного управління в галузі охорони здоров'я проводиться в Національній Академії державного управління при Президенті України та регіональних інститутах державного управління. Програма підготовки спрямована на здобуття слухачами знань з державної політики і стратегії в галузі охорони здоров'я, сучасного державного управління, враховує всі рівні управління та сучасні аспекти охорони здоров'я, які включають підвищення ролі первинної медико-санітарної допомоги та місцевого самоврядування для її забезпечення, сприяння здоров'ю (Health promotion) та формування здорового способу життя (Health life style).

11.2. Система підготовки медичних кадрів в Україні

Молодший медичний персонал може обіймати посади відповідно до номенклатури спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, до якої входять такі спеціальності:

- лікувальна справа;
- лікувальна справа (невідкладні стани);

- медико-профілактична справа;
- санологія;
- лабораторна справа (клініка);
- лабораторна справа (гігієна);
- лабораторна справа (патологія);
- акушерська справа;
- сестринська справа;
- сестринська справа (операційна);
- медична статистика;
- рентгенологія;
- стоматологія;
- ортопедична стоматологія.

Лікарі. Відповідно до Наказу МОЗ України «Номенклатура лікарських спеціальностей» від 21.02.2006 за № 76, в Україні впроваджено такі лікарські спеціальності:

1. Авіаційна та космічна медицина 2. Акушерство і гінекологія 3. Алергологія 4. Анестезіологія 5. Бактеріологія 6. Вірусологія 7. Гастроентерологія 8. Гематологія 9. Генетика лабораторна 10. Генетика медична 11. Геріатрія 12. Гігієна дітей та підлітків 13. Гігієна праці 14. Гігієна харчування 15. Дезінфекційна справа 16. Дерматовенерологія 17. Дитяча алергологія 18. Дитяча анестезіологія 19. Дитяча гастроентерологія 20. Дитяча гематологія 21. Дитяча гінекологія 22. Дитяча дерматовенерологія 23. Дитяча ендокринологія 24. Дитяча імунологія 25. Дитяча кардіоревматологія 26. Дитяча неврологія 27. Дитяча нефрологія 28. Дитяча онкологія 29. Дитяча ортопедія і травматологія 30. Дитяча отоларингологія 31. Дитяча офтальмологія 32. Дитяча патологічна анатомія 33. Дитяча психіатрія 34. Дитяча пульмонологія 35. Дитяча стоматологія 36. Дитяча урологія 37. Дитяча фтизіатрія 38. Дитяча хірургія 39. Дитячі інфекційні хвороби 40. Дієтологія 41. Ендокринологія 42. Ендоскопія 43. Епідеміологія 44. Загальна гігієна 45. Загальна практика — сімейна медицина 46. Імунологія 47. Інфекційні хвороби 48. Кардіологія 49. Клінічна біохімія 50. Клінічна імунологія 51. Клінічна лабораторна діагностика 52. Комбустіологія 53. Комунальна гігієна 54. Лабораторна імунологія 55. Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища 56. Лабораторні дослідження фізичних факторів навколишнього середовища 57. Лабораторні дослідження хімічних факторів навколишнього середовища 58. Лікувальна фізкультура 59. Лікувальна фізкультура і спортивна медицина 60. Медицина невідкладних станів 61. Медична психологія 62. Мікробіологія і вірусологія 63. Наркологія 64. Народна та нетрадиційна медицина 65. Неврологія 66. Нейрохірургія 67. Неонатологія 68. Нефрологія 69. Онкогінекологія 70. Онкологія 71. Онкоотоларингологія 72. Онкохірургія 73. Організація і управління охороною здоров'я 74. Ортодонція 75. Ортопедична стоматологія 76. Ортопедія і травматологія 77. Отоларингологія 78. Офтальмологія 79. Паразитологія 80. Патологічна анатомія 81. Педіатрія 82. Підліткова терапія 83. Проктологія 84. Променева терапія 85. Професійна патологія 86. Психіатрія 87. Психотерапія 88. Психофізіологія 89. Пульмонологія 90. Радіаційна гігієна 91. Радіологія 92. Радіонуклідна діагностика 93. Ревматологія 94. Рентгенологія 95. Рефлексотерапія 96. Санологія 97. Сексопатологія 98. Спортивна медицина 99. Стоматологія 100. Судинна хірургія 101. Суднова медицина 102. Судово-медична гістологія 103. Судово-медична експертиза 104. Судово-медична імунологія 105. Судово-медична криміналістика 106. Судово-медична токсикологія 107. Судово-медична цитологія 108. Судово-психіатрична експертиза 109. Сурдологія 110. Терапевтична стоматологія 111. Терапія 112. Токсикологія 113. Торакальна хірургія

114. Трансплантологія 115. Трансфузіологія 116. Ультразвукова діагностика 117. Урологія 118. Фізіотерапія 119. Фтизіатрія 120. Функціональна діагностика 121. Хірургічна стоматологія 122. Хірургія 123. Хірургія серця і магістральних судин.

Підготовка медичних кадрів в Україні проводиться за наступними освітньо-кваліфікаційними рівнями та напрямками:

- **Молодший медичний персонал** — молодші спеціалісти (медичні сестри, фельдшери-акушери, лаборанти) та бакалаври. Підготовка проводиться на базі медичних училищ, коледжів та відповідних факультетів медичних інститутів, університетів, академій.

- **Лікарі** — додипломна підготовка за спеціальностями лікувальна справа, педіатрія, медико-профілактична справа. Підготовка проводиться медичними інститутами, університетами, академіями III та IV рівнів акредитації за трирівневою системою: лікар загальної практики; спеціаліст після інтернатури; магістр медицини. Навчання в магістратурі поєднується з інтернатурою.

Молодший медичний персонал

Допуск до роботи на посадах молодших медичних працівників. На посадах молодших медичних працівників можуть працювати особи, які мають дипломи молодшого спеціаліста або бакалавра державного зразка (Україна). Громадяни України, які пройшли підготовку в медичних навчальних закладах за кордоном, можуть бути допущені до медичної діяльності з дозволу Управління охорони здоров'я обласних (міських) Рад народних депутатів, якщо вони пройшли підготовку в навчальних закладах, офіційно визнаних урядом відповідної країни як медичні заклади. Порядок такого допуску зазначено в наказі МОЗ України від 19.08.94 № 118-С.

На посаду фельдшера допускаються особи, які пройшли підготовку в середніх медичних навчальних закладах зі строком навчання не менше як три роки та отримали диплом з присвоєнням кваліфікації помічника лікаря, фельдшера або іншого ступеня, а також особи, які пройшли підготовку у вищому медичному навчальному закладі чи пройшли підготовку в обсязі їх повних 4-х курсів (8 семестрів).

На посаду акушерки допускаються особи, які пройшли підготовку в спеціальних акушерських школах, акушерських (фельдшерсько-акушерських) школах, відділеннях загальних середніх медичних навчальних закладів зі строком навчання не менше як 3 роки та отримали диплом з присвоєнням кваліфікації акушерки або іншого ступеня, а також особи, які пройшли підготовку у вищих медичних навчальних закладах чи пройшли підготовку в обсязі їх повних 4-х курсів (8 семестрів).

На посаду медичної сестри допускаються особи, які пройшли підготовку в середніх медичних навчальних закладах, школах медичних сестер зі строком навчання не менше як 2 роки, а також особи, які пройшли підготовку у вищих медичних навчальних закладах чи пройшли підготовку в обсязі їх повних 3 курсів (6 семестрів).

На посаду зубного техника допускаються особи, які пройшли підготовку у відповідному медичному навчальному закладі, медичній школі зі строком навчання не менше як 2 роки.

На посаду рентгенотехніка допускаються особи, які пройшли підготовку у відповідному медичному навчальному закладі зі строком навчання не менше як 3 роки.

Післядипломна освіта молодших медичних працівників

Якість медичного обслуговування населення та діяльності закладів, установ, організацій, підприємств охорони здоров'я залежить від кваліфікації, професійного рівня молодших спеціалістів з медичною освітою.

В Україні проводиться послідовна робота щодо зміни системи підготовки, атестації та післядипломної освіти молодшого медичного персоналу.

Атестація середніх медичних працівників проводиться відповідно з Наказом МОЗ України «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою» від 30.03.2007.

Мета атестації середніх медичних працівників — підвищення кваліфікації, професійного рівня фахівців та ефективності медичної допомоги населенню.

Атестація — форма морального і матеріального стимулювання медичних працівників, яка спрямована на удосконалення діяльності медичних установ, поліпшення медичного обслуговування населення.

Головним завданням атестації молодших медичних працівників є:

- визначення обсягу знань і практичних навичок;
- визначення рівня професійної підготовки;
- вирішення питань подальшого використання спеціалістів;
- своєчасне підвищення кваліфікації.

Атестації підлягають молодші медичні працівники всіх спеціальностей, що одержали підготовку в медичних навчальних закладах I—II рівнів акредитації або мають незакінчену вищу освіту, допущені до медичної діяльності, зі стажем роботи по атестованій спеціальності не менше ніж 5 років.

Види атестації молодших медичних працівників:

- ◆ атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- ◆ атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестації на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії підлягають:

- особи, які в даний час обіймають посади фахівців у системі охорони здоров'я, визначених Класифікатором професій ДК 003-95, що дають право на атестацію з відповідної спеціальності;

- мають стаж роботи за спеціальністю, за якою атестуються, не менше ніж 5 років;
- закінчили протягом останніх п'яти років курси підвищення кваліфікації в закладі (підрозділі) післядипломної освіти молодших спеціалістів з медичною освітою;

- виявили бажання атестуватися на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії.

Атестація проводиться за спеціальностями, передбаченими Номенклатурою спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою з урахуванням вимог кваліфікаційних характеристик молодших спеціалістів з медичною освітою, які затверджуються Міністерством охорони здоров'я України.

Кваліфікація молодших спеціалістів з медичною освітою визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями:

- ◆ друга;
- ◆ перша;
- ◆ вища.

Друга кваліфікаційна категорія присвоюється (підтверджується) молодшим спеціалістам з медичною освітою зі стажем роботи з даної спеціальності не менше ніж п'ять років, які:

- володіють необхідним практичним досвідом;
- мають добру теоретичну і практичну підготовку;
- пройшли курси вдосконалення;
- ознайомлені із суміжними дисциплінами;
- мають добрі показники в роботі;
- беруть активну участь у пропаганді медичних та гігієнічних знань серед населення.

Перша кваліфікаційна категорія присвоюється (підтверджується) молодшим спеціалістам з медичною освітою зі стажем роботи з даної спеціальності не менше семи років, які:

- ◆ мають високу теоретичну, практичну і професійну підготовку;
- ◆ пройшли курси вдосконалення;
- ◆ добре ознайомлені із суміжними дисциплінами;
- ◆ мають хороші показники в роботі;
- ◆ беруть активну участь у використанні і впровадженні нових методів діагностики і лікування;
- ◆ беруть активну участь у пропаганді медичних та гігієнічних знань серед населення.

Вища кваліфікаційна категорія присвоюється (підтверджується) молодшим спеціалістам з медичною освітою зі стажем роботи з даної спеціальності не менше десяти років, які:

- відзначаються високим професіоналізмом;
- володіють відмінною теоретичною і практичною підготовкою;
- володіють суміжними дисциплінами;
- знають роботу з обчислювальною технікою;
- активно використовують і впроваджують нові передові методи діагностики та лікування;
- пройшли курси вдосконалення;
- мають високі показники в роботі;
- є наставниками молодих спеціалістів;
- є пропагандистами медичних та гігієнічних знань.

Атестація молодших спеціалістів з медичною освітою здійснюється один раз на п'ять років. За бажанням фахівця, при наявності необхідного стажу роботи, атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії може бути проведена і через менший строк, але не раніше ніж через рік з моменту попередньої атестації. В разі позачергової атестації термін наступної атестації встановлюється через 5 років.

Атестація молодших спеціалістів з медичною освітою може проводитися за спеціальностями як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом.

У разі виявлення істотних недоліків у роботі фахівця, може проводитися дострокова атестація. При цьому, керівник з лікувально-профілактичного закладу направляє в територіальну атестаційну комісію подання, попередньо узгоджене з профспілковою організацією чи представниками трудящих про зняття кваліфікаційної категорії чи про її пониження з наведенням підстав для винесення такого рішення і наданням обґрунтовуючих документів. Подання розглядається в атестаційній комісії із запрошенням фахівця на її засідання без попереднього проходження курсів підвищення кваліфікації і надання звіту про роботу за фахом за останні три

роки. Нез'явлення працівника на засідання атестаційної комісії без поважних причин не заважає їй прийняти відповідне рішення.

За результатами цієї атестації територіальна атестаційна комісія може прийняти такі рішення:

- залишити наявну кваліфікаційну категорію, надати рекомендації щодо усунення недоліків у роботі фахівця, підвищення його фахового рівня;
- понизити наявну кваліфікаційну категорію. Термін дії кваліфікаційної категорії при цьому не змінюється;
- зняти наявну кваліфікаційну категорію.

Наступна атестація може бути проведена не раніше ніж через рік з моменту даної атестації після проходження відповідних курсів підвищення кваліфікації.

Від атестації звільняються вагітні жінки, а також особи, що знаходяться у відпустці по догляду за дитиною, згідно з чинним законодавством. Термін їх чергової атестації відповідно переноситься.

Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій проводиться:

- територіальними атестаційними комісіями;
- атестаційними комісіями при закладах охорони здоров'я та санітарно-епідеміологічних станціях.

Територіальні атестаційні комісії створюються при:

- ◆ Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим;
- ◆ Головних управліннях охорони здоров'я Дніпропетровської, Київської, Львівської, Харківської, Чернівецької обласних державних адміністрацій;
- ◆ Головному управлінні охорони здоров'я та медицини катастроф Черкаської обласної державної адміністрації;
- ◆ управлінні охорони здоров'я та медицини катастроф Одеської обласної державної адміністрації;
- ◆ управлінні охорони здоров'я та курортів Вінницької обласної державної адміністрації;
- ◆ управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій;
- ◆ Головному управлінні охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та управління охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій;
- ◆ Республіканській Автономної Республіки Крим, обласних, міських у містах Києві і Севастополі санітарно-епідеміологічних станціях;
- ◆ центральних санітарно-епідеміологічних станціях на залізничному, водному та повітряному транспорті;
- ◆ Центральній санітарно-епідеміологічній станції МОЗ України.

За визначенням органів управління охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя, обласних, міських у місті Києві і Севастополі, Республіканської Автономної Республіки Крим санітарно-епідеміологічних станцій можуть створюватися атестаційні комісії при Зкладах охорони здоров'я.

Територіальні атестаційні комісії виконують таку роботу:

1. Проводять атестацію головних та старших медичних сестер (фельдшерів, акушерок) закладів охорони здоров'я території та, у разі потреби, за визначенням органу управління (санітарно-епідеміологічної станції) — молодших медичних спеціалістів з медичною освітою певних спеціальностей або закладів.

2. Проводять атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою, що працюють у закладах охорони здоров'я безпосередньо підпорядкованих МОЗ України, які розташовані на даній території.

3. Вирішують питання легалізації посвідчень про наявність кваліфікаційних категорій, виданих за межами України.

4. Здійснюють методичне керівництво роботою атестаційних комісій, створених при Закладах охорони здоров'я відповідної території.

5. Проводять дострокову атестацію молодших медичних спеціалістів з медичною освітою закладів охорони здоров'я відповідної території, в разі виявлення істотних недоліків у їх роботі.

6. Розглядають скарги на рішення атестаційних комісій, створених при Закладах території з питань присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій.

Атестаційні комісії при Закладах охорони здоров'я проводять атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою, що працюють:

- в закладах охорони здоров'я, перелік яких визначений наказом органу управління (санітарно-епідеміологічної станції);
- фізичних осіб — суб'єктів підприємницької діяльності, які одержали ліцензію і здійснюють господарську діяльність з медичної практики, проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт, з перероблення донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів на даній території;
- молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють за наймом у суб'єктів господарювання, що зареєстровані в установленому порядку як юридичні особи та розташовані на даній території.

Атестаційні комісії формуються на добровільних засадах із представників органів управління охорони здоров'я, керівників, завідувачів структурними підрозділами, лікарів, головних і старших сестер медичних (фельдшерів, акушерок тощо) закладів охорони здоров'я, представників закладів (підрозділів) післядипломної освіти, асоціацій та інших професійних і громадських об'єднань. Склад атестаційних комісій затверджується наказом відповідного органу управління (санітарно-епідеміологічної станції).

Атестація проводиться за місцем знаходження комісії. В окремих випадках можуть проводитись виїзні засідання атестаційних комісій. У проведенні атестації повинні брати участь не менше 2/3 членів атестаційної комісії. Рішення ухвалюється більшістю присутніх. При рівній кількості голосів вирішальним є голос голови комісії.

Фахівці, які бажають пройти атестацію на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії, подають у відповідну атестаційну комісію атестаційну справу, до якої входять такі документи:

- письмова заява про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії, за спеціальністю згідно Номенклатури спеціальностей;
- заповнений атестаційний листок встановленого зразка;
- оригінал та копія посвідчення про кваліфікаційну категорію (за її наявності);
- копія свідоцтва про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою (спеціалізація, тематичне удосконалення) в закладах (підрозділах) підвищення кваліфікації;
- копія диплома про освіту;
- копія трудової книжки (всі копії засвідчує у встановленому порядку відділ кадрів закладу);
- фотокартка 3 × 4 см;
- звіт про професійну діяльність за останні три роки. Фахівці, які змінювали місце роботи за останні 3 роки, подають звіти також з попередніх місць роботи, затверджені керівниками (заступниками керівників) цих закладів;
- рецензія на звіт.

Для фізичних осіб — суб'єктів підприємницької діяльності додатково надаються:

- ◆ копія ліцензії на здійснення підприємницької діяльності з медичної практики за відповідним фахом, що завірена нотаріально;
- ◆ документ, що підтверджує стаж роботи за спеціальністю;
- ◆ довідка про сплату податків.

У *звіті* відображається виконана за цей час робота, її обсяг, основні показники, перелік та ступінь володіння практичними навичками за спеціальністю, проведені санітарно-освітні заходи та інформація про підвищення кваліфікації. Головний лікар (заступник керівника) затверджує звіт фахівця, за необхідності зазначає свої зауваження.

Рецензія на затверджений звіт готується такими посадовими особами:

- на молодших спеціалістів з медичною освітою — старшою медичною сестрою (фельдшером, акушеркою, тощо) та завідувачем структурного підрозділу;
- на старшу медичну сестру (фельдшера, акушерку тощо) структурного підрозділу — головною (старшою) медичною сестрою (фельдшером, акушеркою тощо) закладу охорони здоров'я та завідувачем структурним підрозділом;
- на головну (старшу) медичну сестру (фельдшера, акушерку тощо) закладу охорони здоров'я — заступником керівника закладу;
- на молодших спеціалістів з медичною освітою фельдшерсько-акушерських пунктів — старшою медичною сестрою та головним лікарем територіальної сільської дільниці;
- на молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють за наймом у суб'єктів господарювання, що зареєстровані в установленому порядку як юридичні особи, — старшою медичною сестрою (фельдшером, акушеркою тощо) та головним лікарем цього суб'єкта господарювання;
- на фізичних осіб — суб'єктів підприємницької діяльності — заступником керівника Закладу охорони здоров'я, органу управління відповідної території.

Лікарі

Допуск до роботи на лікарських посадах. На лікарських посадах можуть працювати особи, які:

- ◆ мають дипломи спеціаліста або магістра державного зразку (Україна) про закінчення вищих медичних закладів III—IV рівнів акредитації;
- ◆ пройшли інтернатуру за однією з спеціальностей, що входять до Номенклатури лікарських спеціальностей, затверджених відповідним Наказом МОЗ України,
- ◆ мають сертифікат про присвоєння звання «лікар-спеціаліст» з відповідної спеціальності.

Громадяни України, які пройшли підготовку в медичних навчальних закладах за кордоном, можуть бути допущені до медичної діяльності в Україні згідно з наказом МОЗ України від 19.08.94 № 118-С, з дозволу Міністерства охорони здоров'я України, якщо вони пройшли підготовку в навчальних закладах, офіційно визнаних урядом відповідної країни як медичні чи фармацевтичні заклади.

На посаду лікаря (спеціальність «лікувальна справа», «педіатрія») можуть бути допущені:

- особи, які пройшли підготовку в медичних навчальних закладах зі строком навчання не менше як шість років, отримали диплом з присвоєнням кваліфікації лікаря, доктора медицини або іншого ступеня на право самостійної медичної практики;

- особи, які пройшли підготовку на лікувальних та педіатричних факультетах вищих медичних навчальних закладів країн СНД та пройшли інтернатуру до 1992 року чи мають стаж роботи за спеціальністю, або особи, які пізніше пройшли 2—3-річну післядипломну підготовку і мають право на самостійну медичну діяльність.

Післядипломна освіта лікарів

Післядипломна освіта лікарів — освіта, основною метою якої є забезпечення високого професійного рівня спеціалістів в умовах стрімкого розвитку біотехнологій та медичної науки. Етапність безперервної післядипломної освіти лікарів зазначено в Наказі МОЗ України «Про подальше удосконалення атестації лікарів» від 19 грудня 1997 року за № 359.

Спеціалізація — здобуття лікарем однієї з зазначених у номенклатурі лікарських спеціальностей, затверджених МОЗ України. Підготовка спеціалістів (первинна спеціалізація) проводиться через інтернатуру.

Інтернатура — регламентується Наказом МОЗ України від 10.09.1996 за № 291 «Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних та фармацевтичних закладів III—IV рівнів акредитації». Тривалість навчання — 1—2 роки, залежно від спеціальності. Форма навчання — денно-заочна:

- *денне навчання* проводиться в інститутах або факультетах удосконалення лікарів, на кафедрах медичних інститутів, університетів;

- *заочне навчання* — в базових закладах охорони здоров'я.

Спеціалізація та перепідготовка лікарів за спеціальностями, які не передбачені циклами спеціалізації в інтернатурі, проводиться на циклах спеціалізації на факультетах або в інститутах удосконалення лікарів. Спеціалізація здійснюється після закінчення інтернатури з основної спеціальності. Направлення на спеціалізацію проводиться після того, як лікар обіймав відповідну посаду стажера з даної спеціалізації.

Після закінчення інтернатури та циклу спеціалізації проводиться атестація на присвоєння звання «лікар-спеціаліст» з відповідної спеціальності. За результатами атестації видається сертифікат. Уніфікована оцінка знань проводиться методом комп'ютерного тестування, згідно з Наказом МОЗ України від 19.12.1997 за № 359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів».

Удосконалення — подальше підвищення кваліфікації лікарів із метою підтримки сучасного рівня підготовки.

Тематичне удосконалення — підвищення кваліфікації за окремими розділами відповідної спеціальності. Проводиться в період між передатестаційними курсами.

Клінічна ординатура — дворічна форма післядипломного підвищення кваліфікації лікарів.

Передатестаційні курси складаються з передатестаційного циклу та відповідного тестового іспиту і мають проходити не пізніше як за рік, що передує атестації. Проводиться на факультетах або в інститутах післядипломної освіти лікарів.

Атестація лікарів проводиться з метою підвищення відповідальності за ефективність і якість роботи, більш раціональної розстановки кадрів, з урахуванням їхньої професійної майстерності, досвіду та складності виконуваних робіт. Лікарі мають проходити атестацію не рідше одного разу на 5 років.

Основні завдання атестації:

- визначення рівня професійної підготовки лікарів;
- оцінка трудової діяльності лікарів;
- оцінка можливості подальшого використання спеціалістів;
- підвищення кваліфікації лікарів.

Розрізняють такі види атестації лікарів:

- ◆ атестація на визначення знань і практичних навичок із присвоєнням або підтвердженням звання «лікар-спеціаліст»;
- ◆ атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- ◆ атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії

До атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії **допускаються** лікарі, які:

- мають сертифікат лікаря-спеціаліста;
- працюють за спеціальністю, передбаченою Номенклатурою лікарських спеціальностей;
- закінчили протягом року передатестаційний цикл у закладі післядипломної освіти (факультеті післядипломної освіти), склали іспит і мають свідоцтво з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії.

Від передатестаційного циклу звільняються науково-педагогічні працівники кафедр закладів післядипломної освіти і факультетів післядипломної освіти, якщо вони атестуються за профілем кафедри. Ці спеціалісти складають тільки передатестаційний іспит.

Лікарі-спеціалісти, які закінчили навчання в клінічній ординатурі чи аспірантурі і мають необхідний стаж практичної роботи за даною спеціальністю, допускаються протягом року після закінчення навчання до атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії без проходження передатестаційного циклу. Передатестаційний іспит вони складають перед закінченням навчання на кафедрах закладів післядипломної освіти, факультетів післядипломної освіти, на яких створені екзаменаційні комісії за відповідним фахом.

Комплектування передатестаційних циклів проводиться відповідно до щорічної потреби закладів охорони здоров'я в навчанні лікарів, які підлягають атестації. Путь на передатестаційний цикл заклад післядипломної освіти або факультет післядипломної освіти відповідно до поданням органу охорони здоров'я або за особою заявою лікаря-спеціаліста.

Після закінчення передатестаційного циклу екзаменаційною комісією, яка створюється на відповідній кафедрі, проводиться іспит. Лікарям, які успішно склали іспит, заклад освіти видає свідоцтво встановленого зразка з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії.

До атестаційної комісії подають:

- ◆ заяву лікаря;
- ◆ звіт про професійну діяльність за останні три роки, затверджений керівником установи, в якій лікар працює;
- ◆ копії дипломів, трудової книжки, сертифіката лікаря-спеціаліста або посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії;
- ◆ свідоцтво закладу освіти або факультету удосконалення лікарів про складання іспиту після закінчення передатестаційного циклу;
- ◆ заповнений атестаційний листок.

Лікарі, які змінювали місце роботи за останні три роки, подають звіти також з попередніх місць роботи, затверджені керівниками цих закладів, при цьому загальний термін перерв у роботі має не перевищувати трьох місяців.

У звіті, який лікар готує в довільній формі обсягом не більше 20 сторінок друкованого тексту, викладаються основні функції та особливості його професійної діяльності, показники роботи, передбачені статистичними формами, їхній аналіз тощо.

Атестаційна комісія звіт лікаря направляє на рецензію висококваліфікованим спеціалістам.

Атестаційна комісія виносить своє рішення про присвоєння лікареві-спеціалісту кваліфікаційну категорії на підставі рецензії на звіт, поданих документів та співбесіди зі спеціалістом. Встановлювати категорії, що вище ніж рекомендовані закладом освіти або факультетом післядипломної освіти, комісії не дозволяється.

Кваліфікація лікарів-спеціалістів визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями:

- друга кваліфікаційна категорія;
- перша кваліфікаційна категорія;
- вища кваліфікаційна категорія;

Другу кваліфікаційну категорію присвоюють лікарям-спеціалістам, які:

- ◆ мають стаж роботи з даної спеціальності не менше ніж 5 років;
- ◆ необхідну за програмою теоретичну та практичну підготовку за своєю спеціальністю;
- ◆ володіють сучасними методами профілактики, діагностики та лікування.

Лікарям, які працюють у сільських лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях, на посадах лікарів-епідеміологів, паразитологів, лікарів з гігієни праці, гігієни дітей та підлітків, гігієни харчування та комунальної гігієни санепідстанцій, що розташовані у сільських районах, на посадах дільничних терапевтів та дільничних педіатрів, лікарів швидкої допомоги, станцій санітарної авіації, друга кваліфікаційна категорія може бути присвоєна, коли є стаж роботи не менше трьох років.

Першу кваліфікаційну категорію присвоюють лікарям-спеціалістам, які:

- мають стаж роботи з даної спеціальності не менше ніж 7 років;
- мають необхідну за програмою теоретичну та практичну підготовку за своєю та за суміжними спеціальностями;
- володіють сучасними методами профілактики, діагностики і лікування.

Лікарям, які працюють у сільських лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях, на посадах лікарів-епідеміологів, паразитологів, лікарів з гігієни праці, гігієни дітей та підлітків, гігієни харчування та комунальної гігієни санепідстанцій, що розташовані у сільських районах, на посадах дільничних терапевтів та дільничних педіатрів, лікарів швидкої допомоги, станцій санітарної авіації, перша кваліфікаційна категорія може бути присвоєна, коли є стаж роботи не менше п'яти років.

Вищу кваліфікаційну категорію присвоюють лікарям-спеціалістам, які:

- ◆ мають стаж роботи з даної спеціальності не менше ніж 10 років;
- ◆ мають високу теоретичну та практичну професійну підготовку згідно з програмою;
- ◆ володіють сучасними методами профілактики, діагностики і лікування хворих за своєю та суміжними спеціальностями.

Лікарям, які працюють у сільських лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях, на посадах лікарів-епідеміологів, паразитологів, лікарів з гігієни праці, гігієни дітей та підлітків, гігієни харчування та комунальної гігієни санепідстанцій, що розташовані у сільських районах, на посадах дільничних терапевтів та дільничних

педіатрів, лікарів швидкої допомоги, станцій санітарної авіації, вища кваліфікаційна категорія може бути присвоєна, коли є стаж роботи не менше семи років.

Лікарі, призначені на посади керівників закладів охорони здоров'я та їх заступники. Лікарям — організаторам охорони здоров'я до стажу роботи за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» зараховується період навчання в клінічній ординатурі та аспірантурі за будь-якою спеціальністю.

Лікарям, призначеним на посади керівників закладів охорони здоров'я та їхнім заступникам, кваліфікаційна категорія за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» може бути присвоєна після трьох років роботи на цих посадах з урахуванням стажу роботи та кваліфікаційної категорії з лікарської спеціальності, з якої спеціаліст мав відповідну підготовку.

Атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії підлягають (за бажанням) особи, яким присвоєні кваліфікаційні категорії, в строк до 5 років з дня попередньої атестації.

Від атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії звільняються вагітні жінки та особи, що знаходяться у відпустці по догляду за дитиною, згідно з чинним законодавством. Термін їх чергової атестації відповідно переноситься.

У випадку виробничої необхідності або з інших об'єктивних причин термін атестації лікарів на підтвердження кваліфікаційної категорії може бути перенесено наказом по органу охорони здоров'я, де має атестуватися лікар на строк не більше одного року. Перед атестацією на підтвердження кваліфікаційної категорії лікарі проходять передатестаційний цикл у закладах післядипломної освіти або на факультетах післядипломної освіти і складають іспит згідно з Положенням, затвердженим наказом МОЗ України від 18.05.94 № 73.

У випадках, коли кваліфікація лікаря не викликає сумнівів у членів комісії, атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії може проводитися за рішенням атестаційної комісії без проходження передатестаційного циклу.

11.3. Система кваліфікаційних вимог до медичного та управлінського персоналу лікувально-профілактичних закладів

Кваліфікаційні вимоги визначаються для лікарів, молодшого медичного персоналу, для управлінського персоналу лікувально-профілактичних закладів та управлінь охорони здоров'я відповідно до кваліфікаційних характеристик професій, затверджених Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством праці та соціальної політики України.

На кожну з посад управлінського та виробничого персоналу лікувально-профілактичного закладу визначаються кваліфікаційні вимоги та загальні функціональні обов'язки.

Начальник головного управління, управління (самостійного відділу, служби) охорони здоров'я місцевої державної адміністрації

Функціональні обов'язки. Начальник головного управління здійснює керівництво діяльністю головного управління, управління (самостійного відділу, служби) в галузі охорони здоров'я відповідно до чинного законодавства України та нормати-

вно-правових актів, що визначають діяльність підприємств, установ і організацій охорони здоров'я. Забезпечує ефективне виконання покладених на головне управління, управління (самостійний відділ, службу) завдань щодо реалізації державної політики у підвідомчій галузі управління. Організовує лікувально-профілактичну, санітарно-епідеміологічну, фармацевтичну, фінансово-економічну, кадрову та адміністративно-господарську діяльність мережі закладів охорони здоров'я. Визначає ступінь відповідальності заступників начальника головного управління, управління, керівників підрозділів у складі головного управління, управління (самостійного відділу, служби). Готує пропозиції щодо призначення на посади та звільнення з посад керівників підвідомчих установ, підприємств, організацій згідно з чинним законодавством. Організовує розроблення проектів законодавчих і нормативних актів, державних програм у межах своєї компетенції. Здійснює аналіз стану й тенденції розвитку галузі охорони здоров'я, ходу виконання державних програм, діяльності головного управління, управління (самостійного відділу, служби) та приймає відповідні рішення щодо усунення недоліків і закріплення позитивних тенденцій, видає відповідні директивні документи з цього питання. Вживає заходів щодо вдосконалення співпраці головного управління, управління (самостійного відділу, служби) з іншими структурними підрозділами місцевої державної адміністрації, представницькими органами місцевого самоврядування, державного нагляду та контролю, забезпечує взаємодію мережі закладів охорони здоров'я. Організовує роботу з добору, розстановки і використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації. Сприяє створенню належних виробничих умов, забезпечує контроль за станом трудової та виконавчої дисципліни, додержанням співробітниками правил охорони праці та протипожежного захисту. Забезпечує захист державних таємниць у відповідності з чинним законодавством.

Начальник головного управління повинен знати: Конституцію України, акти законодавства, нормативні документи, що стосуються державної служби та місцевого органу виконавчої влади, Укази Президента України, постанови та розпорядження Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, інші нормативно-правові акти, що регулюють розвиток галузі охорони здоров'я; основи медичного і трудового права; концепцію розвитку охорони здоров'я населення України; основи міжнародного та європейського законодавства з питань охорони здоров'я; практику застосування законодавства в межах своєї компетенції; основи державного управління; практику застосування чинного законодавства; основи організації роботи та технологію процесу управління; економічні основи управління охороною здоров'я, демографічну ситуацію в регіоні; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі охорони здоров'я; технології інформаційного забезпечення управління, форми та методи роботи із засобами масової інформації; правила ділового етикету; сучасні засоби комунікацій та зв'язку; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина», післядипломна спеціалізація за фахом «Організація і управління охороною здоров'я». Вища кваліфікаційна категорія за лікарською спеціальністю та за фахом «Організація і управління охороною здоров'я». Стаж роботи за лікарською спеціальністю та за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» для начальника головного управління, управління — не менше 10 років; для начальника самостійного відділу, служби зазначений стаж — відповідно не менше ніж 8 та 6 років. Стажування в органах управління вищого рівня.

Начальник (завідувач) лікувально-профілактичного закладу

Функціональні обов'язки. Начальник (завідувач) лікувально-профілактичного закладу — здійснює керівництво лікувально-профілактичним закладом відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність підприємств, установ і організацій охорони здоров'я. Організовує лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську та фінансову діяльність закладу, взаємодію підрозділів лікувально-профілактичного закладу. Забезпечує надання якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню. Впроваджує сучасні методи діагностики і лікування, лікувально-оздоровчого режиму, раціонального харчування. Регулює використання ліжкового фонду. Організовує роботу з добору, розстановки і використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації. Створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту. Аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання. Організовує проведення науково-практичних конференцій медичних працівників закладу з актуальних питань охорони здоров'я.

Начальник (завідувач) лікувально-профілактичного закладу повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; показники стану здоров'я населення; основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної і соціальної психології; організацію фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розклад закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, обробки медичної статистичної інформації; потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі медицини; передові інформаційні та Інтернет-технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина». Проходження інтернатури за однією зі спеціальностей медичного профілю з наступною спеціалізацією з «Організації і управління охороною здоров'я». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та «посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — не менше ніж 5 років.

Головний державний санітарний лікар

Функціональні обов'язки. Головний державний санітарний лікар — забезпечує організацію санітарно-епідеміологічного нагляду на відповідній адміністративній території згідно з чинним законодавством України, що визначає діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; організовує роботу щодо вивчення та оцінки санітарно-епідеміологічної ситуації, визначення факторів несприятливого впливу на здоров'я лю-

дини, навколишнє середовище та вживає заходів щодо їх усунення; здійснює контроль за проведенням санітарних та протиепідемічних заходів, за додержанням чинних санітарних правил і норм підприємствами, організаціями, установами та громадянами; співпрацює з органами державної виконавчої влади, організаціями з питань забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення; розслідує причини і умови виникнення професійних чи групових інфекційних захворювань, отруєнь, радіаційних уражень і подає матеріали з цих питань компетентним органам для притягнення винних до відповідальності; визначає необхідність профілактичних щеплень та інших заходів профілактики у разі виникнення епідемій, масових отруєнь та радіаційних уражень; застосовує передбачені Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» заходи щодо припинення порушення санітарного законодавства; організовує роботу з добору, розстановки і використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації; створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту; аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання.

Головний державний санітарний лікар повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; організацію державної санітарно-епідеміологічної служби, порядок здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні; основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; соціально-демографічну характеристику регіону та показники стану здоров'я населення; основи соціальної гігієни та організації охорони здоров'я, загальної і соціальної психології; суспільні відносини, які виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя; організацію фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розклад закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, оброблення медичної статистичної інформації; потреби в медичній техніці, обладнанні, медикаментах; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі медицини; передові інформаційні та Інтернет-технології, сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина». Проходження інтернатури за однією зі спеціальностей медико-профілактичного профілю з наступною спеціалізацією з «Організації і управління охороною здоров'я». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — не менше ніж 5 років.

Головний лікар обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень

Функціональні обов'язки. Головний лікар обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень — керівник лікувально-профілактичного закладу, який здійснює керівництво лікувально-профілактичним закладом відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових

актів, що визначають діяльність підприємств, установ і організацій охорони здоров'я; організовує лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську та фінансову діяльність закладу; співпрацює з органами управління, місцевою владою, суміжними медичними закладами та забезпечує взаємодію підрозділів лікувально-профілактичного закладу; забезпечує надання якісної медичної та фармацевтичної допомоги населенню; впроваджує сучасні методи діагностики і лікування, лікувально-оздоровчого режиму, раціонального харчування; регулює використання ліжкового фонду; організовує роботу з добору, розстановки та використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації; створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту; аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання; організовує проведення науково-практичних конференцій медичних працівників закладу з актуальних питань охорони здоров'я.

Головний лікар обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень повинен знати: Конституцію України, акти законодавства, нормативні документи, що стосуються державної служби та місцевого органу виконавчої влади, Укази Президента України, постанови та розпорядження Верховної Ради України, КМ України, інші нормативно-правові акти, що регулюють розвиток галузі охорони здоров'я; основи медичного і трудового права; концепцію розвитку охорони здоров'я населення України; основи міжнародного та європейського законодавства з питань охорони здоров'я; практику застосування законодавства в межах своєї компетенції; основи державного управління; практику застосування чинного законодавства; основи організації роботи та технологію процесу управління; економічні основи управління охороною здоров'я, демографічну ситуацію в регіоні; специфіку менеджменту і маркетингу в галузі охорони здоров'я; технології інформаційного забезпечення управління, форми та методи роботи із засобами масової інформації; правила ділового етикету; сучасні засоби комунікацій та зв'язку; передові інформаційні та Інтернет технології, сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина», післядипломна спеціалізація за фахом «Організація і управління охороною здоров'я». Вища кваліфікаційна категорія за лікарською спеціальністю та за фахом «Організація управління охороною здоров'я». Стаж роботи за лікарською спеціальністю для головного лікаря обласної лікарні — не менше ніж 10 років, та за фахом «Організація і управління охороною здоров'я» не менше ніж 8 років; для головного лікаря центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень — відповідно не менше ніж 7 та 5 років. Стажування — в органах управління вищого рівня.

Головна медична сестра

Функціональні обов'язки. Головна медична сестра — здійснює управлінську та представницьку діяльність; бере участь в організації лікувально-профілактичної та адміністративно-господарської діяльності закладу; організовує роботу з добору і розстановки середнього та молодшого медичного персоналу; забезпечує високу якість надання медичної допомоги шляхом раціональної організації праці молодшого медичного персоналу закладу; керує роботою підлеглого персоналу щодо ви-

конання призначень лікарів, правил прийому і виписування хворих, догляду за пацієнтами; розробляє і впроваджує заходи щодо підвищення кваліфікації середніх медичних працівників, а також спеціальної підготовки на робочих місцях молодших медичних сестер; контролює своєчасне проходження атестації молодшими медичними працівниками; несе відповідальність за облік, розподіл, витрати і зберігання матеріалів і медикаментів, у тому числі отруйних і наркотичних лікарських засобів; створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту; аналізує показники роботи середнього медичного персоналу закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання; контролює дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму закладу; дотримується правил медичної деонтології; постійно удосконалює свій професійний рівень.

Головна медична сестра повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, основи права в медицині, трудове законодавство; директивні документи, що визначають завдання та функції медичних закладів; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації медичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації, оброблення медичної статистичної інформації; потреби в медикаментах; права, обов'язки та відповідальність головної медичної сестри; принципи проведення протиепідемічних заходів; порядок складання раціональних графіків роботи і правильної розстановки молодшого медичного персоналу; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та обладнанням; передові інформаційні та Інтернет технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа». Підвищення кваліфікації (цикли удосконалення, тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — не менше ніж 5 років.

Лікар

Функціональні обов'язки. Лікар — професіонал у галузі лікувальної справи, який застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, диференційної діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих в межах своєї спеціальності, надає їм швидко та невідкладну медичну допомогу. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Планує роботу та аналізує її результати. Вирішує питання тимчасової або постійної непрацездатності пацієнтів. Веде лікарську документацію. Дотримується принципів медичної деонтології. Керує роботою середнього медичного персоналу. Бере активну участь у поширенні медичних знань серед населення. Постійно удосконалює свій професійний рівень. В своїй роботі лікар керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають організацію медичної допомоги населенню та діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я.

Лікар повинен знати: основи чинного законодавства про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління та за-

кладів охорони здоров'я; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність лікаря; основи медико-біологічних і клінічних наук; сучасну класифікацію хвороб; сучасні методи обстеження, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих; методи надання швидкої та невідкладної лікарської допомоги, правила безпеки під час застосування діагностичної та лікувальної апаратури; роботу лікарсько-консультативної та медико-соціальної експертної комісії; правила оформлення медичної документації; передові інформаційні та Інтернет-технології; сучасну наукову літературу та науково-практичну періодику за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги до лікарів різних кваліфікаційних категорій. *Лікар вищої кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина». Спеціалізація за певною спеціальністю медичного профілю (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії зі спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років.

Лікар I кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина». Спеціалізація за певною спеціальністю медичного профілю (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії зі спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років.

Лікар II кваліфікаційної категорії: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина». Спеціалізація за певною спеціальністю медичного профілю (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли, тощо). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії зі спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років.

Лікар: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина». Спеціалізація за певною спеціальністю медичного профілю (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката лікаря-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

Лікар-інтерн

Лікар-інтерн — виконує навчальний план і програму інтернатури за відповідною спеціальністю під керівництвом лікаря, керівника базового закладу охорони здоров'я та закріпленого за ним викладача кафедри вищого медичного навчального закладу; набуває, поглиблює і удосконалює професійні знання, вміння та навички; бере активну участь у виконанні всіх видів лікарської діяльності, передбачених вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики; проходить піврічний (річний) та підсумковий контроль професійної практичної підготовки згідно з планом і програмою; по закінченні терміну підготовки в інтернатурі проходить атестацію на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст»; дотримується принципів медичної деонтології; веде лікарську документацію; виконує правила внутрішнього трудового розпорядку в установах і закладах охорони здоров'я, де навчається в інтернатурі; відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів і якість оформлення ними службової документації несе керівник лікарів-інтернів на базі стажування.

Лікар-інтерн повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; організацію проведення інтернатури (спеціалізації); права, обов'язки та відповідальність лікаря-інтерна; теоретичні знання щодо спеціальності, за якою навчається; сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, диспансеризації та реабілітації за профілем роботи; виконання, всіх видів діяльності, передбачених індивідуальним навчальним планом підготовки.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта за напрямом підготовки «Медицина». Спеціалізація в інтернатурі за певною спеціальністю медичного профілю. Без вимог до стажу роботи.

Лікар-стажист

Функціональні обов'язки. Лікар-стажист — здійснює роботу щодо відповідної лікарської спеціальності згідно з вимогами кваліфікаційної характеристики (організаційну, діагностичну, лікувальну, санітарно-профілактичну, протиепідемічну тощо) під керівництвом лікаря-керівника; при стажуванні у вищому закладі освіти набуває і поглиблює професійні знання під керівництвом закріпленого за ним викладача; по закінченні терміну підготовки на посаді лікаря-стажиста проходить атестацію на звання лікаря-спеціаліста за відповідною лікарською спеціальністю; дотримується принципів медичної деонтології; веде лікарську документацію. Виконує правила внутрішнього трудового розпорядку в установах і закладах охорони здоров'я, де проходить стажування.

Лікар-стажист повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; організацію медичної допомоги за фахом проходження стажування; права, обов'язки та відповідальність лікаря-стажиста; теоретичні знання, практичні вміння та навички з лікарської спеціальності, за якою проходить стажування.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст) за напрямом підготовки «Медицина». Спеціалізація за певною спеціальністю медичного профілю. Підвищення кваліфікації (курси стажування). Без вимог до стажу роботи.

Статистик медичний

Функціональні обов'язки. Статистик медичний — фахівець, який забезпечує систематизацію та статистичне оброблення облікової медичної документації та інформації. Здійснює контроль за якістю і достовірністю облікових даних і звітності. Володіє методикою розрахунку і аналізу статистичних показників діяльності установ, медичного обслуговування та стану здоров'я населення. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Медичний статистик повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, які регламентують діяльність закладів охорони здоров'я, організацію статистичного обліку; права, обов'язки та відповідальність статистика медичного; основи статистики, демографії; показники здоров'я та непрацездатності населення; методику розрахунку та аналізу статистичних показни-

ків діяльності установ охорони здоров'я; міжнародну класифікацію хвороб; основи інформатики, використання електронно-обчислювальних машин для обробки статистичної інформації; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги до медичних статистиків різних кваліфікаційних категорій. *Статистик медичний вищої кваліфікаційної категорії:* неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за фахом «Медична статистика». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років.

Статистик медичний I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за фахом «Медична статистика». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років.

Статистик медичний II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за фахом «Медична статистика». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років.

Статистик медичний: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за фахом «Медична статистика». Без вимог до стажу роботи.

Сестра медична

Функціональні обов'язки. Сестра медична — здійснює професійну діяльність під керівництвом лікаря. Проводить прості діагностичні, лікувальні і фізіотерапевтичні процедури. Застосовує лікарські засоби для зовнішнього, ентерального і парентерального введення в організм пацієнта. Готує хворих до лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження. Складає добове меню та виписує порційні вимоги, годує тяжкохворих. Виконує санітарне оброблення хворого, готує і застосовує дезінфекційні розчини. Володіє прийомами реанімації, вміє надати допомогу при травматичному пошкодженні, кровотечі, колапсі, отруєнні, утепленні, механічній асфіксії, анафілактичному шоці, опіках, відмороженні, алергічних станах. Веде медичну документацію. Бере активну участь в поширенні медичних знань серед населення. Дотримується принципів медичної деонтології. Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Медична сестра повинна знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність сестри медичної; нормальну та патологічну

анатомію та фізіологію людини; сучасні методи лабораторного, рентгенологічного, ендоскопічного та ультразвукового обстеження, лікування хворих; особливості спостереження і догляду за хворими в гарячці, з порушеннями стану органів дихання, кровообігу, травлення, сечових органів тощо; маніпуляції відповідно з профілем роботи; фармакологічну дію найбільш поширених лікарських речовин, їх сумісність, дозування, методи введення; методики дезінфекції та стерилізації інструментарію та перев'язувальних засобів; організацію санітарно-протиепідемічного та лікувально-охоронного режимів; основні принципи лікувального харчування; правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм та обладнанням; правила оформлення медичної документації; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги до медичних сестер різних кваліфікаційних категорій.

Медична сестра вищої кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад 10 років.

Медична сестра I кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років.

Медична сестра II кваліфікаційної категорії: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років.

Медична сестра: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа». Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи.

Сестра-господарка

Функціональні обов'язки. Сестра-господарка — проводить заходи щодо забезпечення санітарно-гігієнічного режиму закладу (відділення). Забезпечує господарським, м'яким і твердим інвентарем, спецодягом, постільною і натільною білизною для хворих, предметами гігієни, миючими засобами, канцелярським приладдям. Проводить заміну спецодягу, рушників співробітникам. Забезпечує блоки харчування (буфет, їдальня) устаткуванням, посудом і спостерігає за їх маркуванням і використанням. Складає заявки на ремонт приміщень, обладнання, реманенту і контролює його проведення. Керує роботою молодших медичних сестер (санітарок-прибиральниць і санітарок-буфетниць) з утримання в чистоті та порядку приміщень. Веде обліково-звітну документацію.

Сестра-господарка повинна знати: права, обов'язки та відповідальність сестри-господарки; правила дотримання санітарно-гігієнічного режиму в закладах охо-

рони здоров'я (відділеннях); термін придатності господарського, м'якого і твердого реманенту, спецодягу, білизни, що використовуються у закладі (відділенні); умови експлуатації і зберігання, строки і методи санітарної обробки реманенту; форми і порядок ведення обліково-звітної документації; правила охорони праці.

Кваліфікаційні вимоги: повна або базова загальна середня освіта та підготовка на робочому місці. Без вимог до стажу роботи.

Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця, санітарка-буфетниця тощо)

Функціональні обов'язки. Молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця, санітарка-буфетниця тощо) здійснює прибирання приміщень відповідно до санітарного режиму закладу (відділення). Супроводжує хворих в лікувально-діагностичні кабінети. Виконує функції кур'єра. Допомогає старшій медичній сестрі отримувати медикаменти, інструменти, обладнання і доставляти у відділення. Отримує у сестри-господарки і забезпечує зберігання і використання за призначенням білизну, мийні засоби і господарський реманент. Повідомляє сестру-господарку про несправності в системі опалення, водопостачання, каналізації та в електроприладах.

Повинна знати: права, обов'язки та відповідальність молодшої медичної сестри; правила санітарії і гігієни; призначення мийних засобів і правила їх використання; правила охорони праці.

Кваліфікаційні вимоги. Повна або базова загальна середня освіта та підготовка на робочому місці. Без вимог до стажу роботи.

11.4. Організація та оплата праці працівників закладів охорони здоров'я

11.4.1 Організація праці працівників закладів охорони здоров'я

Норми робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я встановлюються відповідно до Наказу МОЗ України «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я» № 319 від 25.05.2006. Норми робочого часу, установлені в цьому наказі, застосовуються для медичних працівників незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності.

Тривалість робочого часу для лікарів та фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою (середнього медичного персоналу), медичних ресстраторів, дезінфекторів закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів становить **38,5 годин на тиждень**. До цієї категорії відносяться такі заклади:

- лікарні, санаторно-курортні заклади, профілакторії;
- амбулаторно-поліклінічні заклади (за винятком лікарів, зайнятих виключно амбулаторним прийомом хворих);
- заклади переливання крові, швидкої та екстреної і консультативної медичної допомоги, медицини катастроф;

- санітарно-профілактичні заклади;
- молочні кухні,
- інформаційно-аналітичні центри медичної статистики;
- бюро судово-медичної експертизи;
- клініки, лабораторії та інші структурні підрозділи закладів охорони здоров'я, науково-дослідних інститутів, вищих медичних навчальних закладів III—IV рівнів акредитації.

До **33-х годин на тиждень** зменшується тривалість робочого тижня для лікарів, зайнятих виключно амбулаторним прийомом хворих в:

- ◆ амбулаторно-поліклінічних закладах;
- ◆ амбулаторно-поліклінічних підрозділах лікувально-профілактичних закладів,
- ◆ пунктах охорони здоров'я (здоровпунктів),
- ◆ фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктах (у тому числі сільських та селищних рад);
- ◆ центрах (бюро) медико-соціальної експертизи, лікарсько-консультаційних комісій.

Така сама тривалість робочого тижня встановлюється для лікарів та середнього медичного персоналу, які працюють протягом усього робочого часу на медичних генераторах ультракороткохвильової частоти потужністю більше ніж 200 ват.

У ті дні, коли згідно з графіком роботи або правилами внутрішнього трудового розпорядку ці лікарі працюють у стаціонарі (чергування), на дільниці, проводять санітарно-просвітню та профілактичну роботу, диспансеризацію, тривалість їхня робочого дня збільшується до 38,5 годин на тиждень.

Тривалість робочого тижня **до 40 годин** встановлено для:

- для керівників закладів та установ охорони здоров'я, їх заступників, головних бухгалтерів та їх заступників, керівників відділів, служб та інших підрозділів (за винятком лікарів та фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою — керівників структурних підрозділів та закладів охорони здоров'я, у тому числі амбулаторно-поліклінічних), головних фахівців (головних медичних сестер, головних фельдшерів, головних інженерів, головних енергетиків, головних технологів тощо), фахівців, технічних службовців та робітників (за винятком тих, хто працює у шкідливих умовах праці);

- для провізорів, фармацевтів аптек, зайнятих тільки відпусканням ліків та інших товарів аптечного асортименту;

- для молодших медичних сестер, молодших медичних сестер з догляду за хворими, сестер-господарок (за винятком тих, хто працює із шкідливими умовами праці).

Перелік професій і посад, для яких застосовується ненормований робочий день, встановлюється колективним договором. Напередодні вихідних днів при шестиденному робочому тижні тривалість роботи не може перевищувати 5 годин (стаття 53 Кодексу законів про працю України).

Для працівників, які працюють у закладах (структурних підрозділах) і на посадах у шкідливих умовах праці, встановлюється скорочена тривалість робочого тижня відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 21 лютого 2001 року № 163 «Про затвердження Переліку виробництв, цехів, професій і посад із шкідливими умовами праці, робота в яких дає право на скорочену тривалість робочого тижня», на підставі результатів атестації робочих місць порядок проведення якої затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 1 серпня 1992 року № 442 «Про Порядок проведення атестації робочих місць за умовами праці».

Працівникам закладів охорони здоров'я за їх згодою може вводиться робочий день з розподілом зміни на частини (з перервою у роботі понад 2 години) за умови, щоб загальна тривалість роботи не перевищувала встановленої норми тривалості робочого дня (ст. 60 КЗпП). Доплата в ці дні проводиться за відпрацьований час до посадового окладу, в розмірі до 30 відсотків, конкретний розмір якої визначає керівник закладу за погодженням з профспілковим комітетом у межах затвердженого фонду оплати праці

11.4.2. Оплата праці працівників закладів охорони здоров'я

Основною частиною доходу найманих працівників закладів охорони здоров'я незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності є заробітна плата, що включає такі компоненти:

- тарифну частину — оплату за тарифними ставками та окладами;
- доплати;
- надбавки;
- премії.

У закладах охорони здоров'я недержавної форми власності заробітна плата є однією із складових доходу найманих працівників. Загальний дохід таких працівників визначається за формулою.

$$Д = ЗП + СВ + ІД,$$

де Д — загальний дохід найманого працівника;

ЗП — заробітна плата;

СВ — соціальні виплати;

ІД — інші доходи, що включають дивіденди та опціони.

Заробітна плата. Умови оплати праці працівників сфери охорони здоров'я розроблені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2002 року № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» і застосовуються при обчисленні заробітної плати. Працівникам закладів охорони здоров'я, підпорядкованим окремим органам державної влади, можуть установлюватись додаткові умови оплати праці, що передбачені відповідними нормативно-правовими актами.

Визначені згідно з постановою Кабінету міністрів посадові оклади (тарифні ставки) є державними гарантіями мінімальних рівнів оплати праці для конкретних професійно-кваліфікаційних груп працівників, які перебувають у трудових відносинах із закладами охорони здоров'я всіх форм власності. При цьому обов'язковим є додержання встановленої законодавством про працю тривалості робочого часу та виконанні працівником посадових обов'язків (норм праці).

Розміри посадових окладів (тарифних ставок) визначаються за тарифними розрядами Єдиної тарифної сітки, які встановлюються професіоналам, фахівцям залежно від наявної кваліфікаційної категорії, робітникам — кваліфікаційного розряду у межах діапазону визначеного для цих посад (професій) Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників і відображаються у тарифікаційному списку.

Оплата праці працівників здійснюється за фактично відпрацьований час, виходячи з посадового окладу (тарифної ставки), або в залежності від виконання норм

виробітку і відрядних розцінок з урахуванням підвищень, доплат та надбавок, передбачених діючим законодавством. Заробітна плата працівника граничними розмірами не обмежується.

Посадові оклади керівників закладів охорони здоров'я, з урахуванням підвищення за кваліфікаційну категорію, не можуть бути нижчими від посадових окладів керівників структурних підрозділів — лікарів (провізорів) відповідної або нижчої кваліфікації, з урахуванням підвищення за оперативне втручання. Цей порядок встановлення посадових окладів не застосовується для керівників, які не мають кваліфікаційної категорії.

Конкретні розміри доплат, надбавок та інших виплат визначаються керівником закладу за рахунок і в межах фонду заробітної плати та відображаються в розрахункових відомостях на виплату заробітної плати. Визначення розміру заробітної плати проводиться в усіх випадках окремо за основною посадою і при роботі за сумісництвом

Преміювання керівників закладів, установ та їх заступників, встановлення їм надбавок та доплат до посадових окладів, надання матеріальної допомоги здійснюється за рішенням органу вищого рівня у межах наявних коштів на оплату праці.

Зміни розмірів посадових окладів, підвищень, доплат та надбавок, що визначають заробітну плату працівників, проводяться з моменту (дня):

- призначення на посаду фахівця відповідної кваліфікації;
- присвоєння кваліфікаційної категорії, розряду, почесного звання, наукового ступеня;

- зміни розміру окладу (тарифної ставки) працівника 1 тарифного розряду.

Днем присвоєння (присудження) є:

- ◆ для почесних звань — дата Указу Президента України;
- ◆ для кваліфікаційної категорії — дата наказу відповідного органу (закладу, установи) про затвердження рішення атестаційної комісії;
- ◆ кваліфікаційного розряду — дата наказу по закладу, установі.
- ◆ наукового ступеня — дата винесення Вищою атестаційною комісією рішення про видачу диплома.

Встановлення (зміна розміру) надбавки за тривалість безперервної роботи проводиться з місяця, що настає за місяцем, коли виникло таке право.

Керівник закладу охорони здоров'я несе відповідальність за своєчасне та правильне визначення розміру заробітної плати працівників згідно з чинним законодавством. При встановленні факту неправильної оплати праці керівник закладу, установи зобов'язаний вжити заходів щодо негайного виправлення помилок та виплати працівникові належної йому суми за весь час неправильної оплати, а також визначити ступінь дисциплінарної та матеріальної відповідальності осіб, безпосередньо винних у цьому.

Визначення посадових окладів (тарифних ставок) працівників закладів охорони здоров'я

Розміри посадових окладів (тарифних ставок) працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, визначені на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери представлено в табл. 11.1.

**ЄДИНОЇ ТАРИФНОЇ СІТКИ РОЗРЯДІВ І КОЕФІЦІЄНТІВ
З ОПЛАТИ ПРАЦІ ПРАЦІВНИКІВ УСТАНОВ, ЗАКЛАДІВ
ТА ОРГАНІЗАЦІЙ ОКРЕМИХ ГАЛУЗЕЙ БЮДЖЕТНОЇ СФЕРИ**

Тарифні розряди	Тарифні коефіцієнти	Розміри посадових окладів (тарифних ставок), гривень
1	1,00	332
2	1,03	342
3	1,06	352
4	1,09	362
5	1,12	372
6	1,15	382
7	1,18	392
8	1,22	405
9	1,31	435
10	1,40	465
11	1,50	498
12	1,61	535
13	1,72	571
14	1,84	611
15	1,97	654
16	2,11	701
17	2,26	750
18	2,37	787
19	2,49	827
20	2,61	867
21	2,74	910
22	2,88	956
23	3,02	1003
24	3,17	1052
25	3,35	1112

**Оплата праці керівників
закладів охорони здоров'я, їхніх заступників
та керівників структурних підрозділів**

Окремо існують схеми тарифних розрядів посад (професій) працівників закладів охорони здоров'я та визначення розмірів посадових окладів окремих категорій працівників, яким тарифні розряди не встановлюються. До таких відноситься схема тарифних розрядів посад керівних працівників закладів охорони здоров'я, що встановлюються за групами з оплати праці (табл. 11.2).

**СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ ПОСАД КЕРІВНИХ ПРАЦІВНИКІВ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО ВСТАНОВЛЮЮТЬСЯ
ЗА ГРУПАМИ З ОПЛАТИ ПРАЦІ**

№	Посади	Тарифні розряди, які встановлюються за групами з оплати праці				
		I	II	III	IV	V
1	Керівник (головний лікар, генеральний директор, директор, головний державний санітарний лікар, начальник, завідувач)	18	17	16	15	14
2	Головна медична сестра, головний фельдшер	12	11	11	10	10
3	Завідувач аптеки (структурний підрозділ лікувально-профілактичного закладу) — провізор — фармацевт	12 11	11 10	11 10	10 9	—
4	Начальник планово-економічного відділу	12	12	11	11	10
5	Головні фахівці	12	12	11	11	—
6	Керівник молочної фабрики-кухні, Завідувач молочної кухні	11 10	10 9	10 9	9 8	9 8
7	Начальники відділів, інших підрозділів (не визначених у цьому розділі), начальник штабу цивільної оборони	11	11	10	10	10

Заступникам керівників закладів охорони здоров'я та заступникам керівників структурних підрозділів цих закладів та установ посадові оклади встановлюються на 5—15 відсотків нижче від посадового окладу відповідного керівника (без урахування підвищень за кваліфікаційну категорію, шкідливі і важкі умови праці), а головному бухгалтеру — на 10—30 відсотків.

Головному бухгалтеру централізованої бухгалтерії посадовий оклад установлюється на 10—20 відсотків нижче від посадового окладу керівника закладу охорони здоров'я з найвищою групою з оплати праці керівників закладів, установ, які обслуговуються централізованою бухгалтерією, а керівнику групи обліку посадовий оклад визначається за 10 тарифним розрядом.

Керівникам лепрозоріїв, пунктів охорони здоров'я (здоровпунктів), амбулаторій посадовий оклад визначається за 12 тарифним розрядом, керівникам жіночих консультацій, які не входять до складу інших лікувально-профілактичних закладів — за 13 тарифним розрядом.

Керівникам республіканської (Автономна Республіка Крим), обласних, міських міст Києва і Севастополя ЦМСЕ — головним експертам медико-соціальної експертизи республіки, області, міста посадовий оклад визначається за 17 тарифним розрядом.

Керівникам структурних підрозділів — лікарям посадові оклади встановлюються, виходячи з тарифних розрядів лікарів відповідних спеціальностей та кваліфікаційних категорій (за умови, що спеціальність, за якою їм присвоєна кваліфікаційна категорія, відповідає профілю підрозділу, який вони очолюють), з урахуванням підвищення на 10—25 відсотків у залежності від обсягу роботи:

* Показники віднесення закладів охорони здоров'я і установ соціального захисту населення до груп з оплатою праці керівних працівників представлено в Додатку 11.

— для завідувачів підстанцій (відділень) швидкої медичної допомоги — лікарів у таких розмірах:

- на 10 відсотків — якщо в штатному розписі є 2—5 виїзних бригад швидкої медичної допомоги (40—120 посад персоналу);

- на 20 відсотків — якщо в штатному розписі є 6—12 виїзних бригад швидкої медичної допомоги (120—240 посад персоналу);

- на 25 відсотків — якщо в штатному розписі є понад 12 виїзних бригад швидкої медичної допомоги (понад 240 посад персоналу);

— для інших керівників структурних підрозділів (відділень, кабінетів, лабораторій, відділів тощо) — лікарів у таких розмірах:

- ◆ на 10 відсотків — при кількості посад лікарів у підрозділі згідно зі штатним розписом до 3 одиниць включно (з урахуванням посад керівників цих структурних підрозділів і без урахування посад лікарів-інтернів);

- ◆ на 20 відсотків — при кількості посад лікарів у підрозділі згідно зі штатним розписом понад 3 до 6 одиниць включно (з урахуванням посад керівників цих структурних підрозділів і без урахування посад лікарів-інтернів);

- ◆ на 25 відсотків — при кількості посад лікарів у підрозділі згідно зі штатним розписом понад 6 одиниць (з урахуванням посад керівників цих структурних підрозділів і без урахування посад лікарів-інтернів).

Головам медико-соціальних експертних комісій — лікарям посадові оклади встановлюються, виходячи з тарифних розрядів лікарів відповідних спеціальностей та кваліфікаційних категорій, з урахуванням підвищення на 25 відсотків.

Головам лікувально-льотних та лікарсько-консультаційних комісій — лікарям, міським, районним педіатрам, старшим лікарям гірничорятувальних частин посадовий оклад устанавлюється, виходячи з тарифних розрядів лікарів інших спеціальностей та кваліфікаційних категорій, з урахуванням підвищення на 20 відсотків, старшим лікарям оперативного відділу (диспетчерської) станції швидкої медичної допомоги — на 10 відсотків.

Оплата праці лікарів

Оплата лікарів проводиться відповідно до схеми тарифних розрядів посад лікарів, які представлено в табл. 11.3.

Професіоналам з повною вищою немедичною освітою (психологи, біологи, ентомологи, зоологи та інші), посади яких уведені замість посад лікарів, посадові оклади встановлюються за тарифними розрядами, передбаченими для лікарів інших спеціальностей відповідних кваліфікаційних категорій.

Лікарям медичних відділів протезно-ортопедичних підприємств та об'єднань посадові оклади встановлюються за тарифними розрядами, передбаченими для лікарів-хірургів відповідних кваліфікаційних категорій.

Керівникам закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів з числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою посадові оклади встановлюються, виходячи з тарифних розрядів посад фахівців відповідної кваліфікації, з урахуванням підвищення на 10-20 відсотків у залежності від обсягу роботи:

- на 10 відсотків — при кількості посад фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою (з урахуванням посади керівника) згідно зі штатним розписом до 3 одиниць (включно);

- на 15 відсотків — понад 3 — до 10 одиниць (включно);

- на 20 відсотків — понад 10 одиниць.

СХЕМИ ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ ПОСАД ЛІКАРІВ

Посади		Тарифні розряди
1	Лікарі-хірурги всіх найменувань* і лікарі-ендоскопісти,** лікарі-анестезіологи, лікарі загальної практики — сімейні лікарі : вищої кваліфікаційної категорії, першої кваліфікаційної категорії, другої кваліфікаційної категорії, без категорії	14 13 12 11
2	Лікар-інтерн, лікар-стажист хірургічного профілю	10
3	Лікарі інших спеціальностей: вищої кваліфікаційної категорії, першої кваліфікаційної категорії, другої кваліфікаційної категорії, без категорії	13 12 11 10
4	Лікар-інтерн, лікар-стажист	9

Тарифні розряди посад фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою (молодший медичний персонал) представлено в табл. 11.4.

Таблиця 11.4

ТАРИФНІ РОЗРЯДИ ПОСАД ФАХІВЦІВ З БАЗОВОЮ ТА НЕПОВНОЮ ВИЩОЮ МЕДИЧНОЮ ОСВІТОЮ

Посади		Тарифний розряд
1	Акушерки, сестри медичні: операційних, перев'язувальних, відділень (груп, палат) анестезіології та інтенсивної терапії, пологових будинків (відділень, палат), відділень (палат) новонароджених та недоношених дітей, станцій (відділень) швидкої, невідкладної, екстреної медичної допомоги, кабінету з аудіометрії; оптометристи; помічники: лікаря-епідеміолога, лікаря-стоматолога; фельдшери усіх спеціальностей, лаборанти (фельдшери-лаборанти), медичні сестри загальної практики — сімейної медицини, лікарі зубні: вищої кваліфікаційної категорії, першої кваліфікаційної категорії, другої кваліфікаційної категорії, без категорії	10 9 8 7
2	Інструктори, рентгенолаборанти, сестри медичні: поліклінік і стаціонарів, з дієтичного харчування, з лікувальної фізкультури, з масажу, зі стоматології, з фізіотерапії та інші; статистики медичні, техніки зубні, техніки-ортезисти-гіпсовиливальники: вищої кваліфікаційної категорії, першої кваліфікаційної категорії, другої кваліфікаційної категорії, без категорії	9 8 7 6

* Лікарі-хірурги всіх найменувань: лікар-хірург, лікар-комбустиолог, лікар-хірург-проктолог, лікар-травматолог-ортопед, лікар-уролог, лікар-нейрохірург, лікар-хірург судинний, лікар-хірург серцево-судинний, лікар-хірург-онколог, лікар-хірург торакальний, лікар-радіолог, лікар-стоматолог-хірург, лікар-акушер-гінеколог, лікар-гінеколог-онколог, лікар-рентгенолог, який здійснює хірургічні втручання із застосуванням рентгенівської апаратури в умовах стаціонару; лікар-офтальмолог, лікар-отоларинголог, лікар-отоларинголог-онколог, лікар-ендокринолог, який здійснює оперативні втручання; лікар-онколог, лікар-трансплантолог, лікар-трансфузіолог, який здійснює заготівлю крові, її компонентів, клітин та їх трансфузіологію.

Лікарям, призначеним на посади лікарів загальної практики — сімейних лікарів, у тому числі на посади керівників підрозділів сімейної медицини та головних лікарів сімейних амбулаторій, зберігається протягом 3 років кваліфікаційна категорія за спеціальностями: «терапія», «підліткова терапія», «педіатрія», «медицина невідкладних станів» та «суднова медицина».

Старшим: сестрам медичним, фельдшерам, акушеркам, технікам зубним та іншим фахівцям з базовою та неповною вищою медичною освітою посадові оклади визначаються, виходячи з тарифних розрядів посад фахівців відповідної кваліфікації, з урахуванням підвищення на 10 відсотків.

Оплата праці молодшого медичного персоналу проводиться за схемою тарифних розрядів посад (професій) окремих категорій працівників закладів охорони здоров'я, представленою в табл. 11.5.

Таблиця 11.5

СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ ОКРЕМИХ КАТЕГОРІЙ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№	Посади (професії)	Тарифний розряд
1	Молодші медичні сестри: операційних, перев'язувальних, палатні, з догляду за хворими	4
2	Молодші медичні сестри: буфетниці, ванниці, прибиральниці (палатні) та інші	3
3	Рєєстратор медичний	5
4	Сестри-господарки	4
5	Дезінфектор	4

Схема тарифних розрядів посад керівних працівників профілакторіїв представлена в табл. 11.6.

Таблиця 11.6

СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ ПОСАД КЕРІВНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРОФІЛАКТОРІЇВ

№	Посади	Тарифні розряди, які встановлюються за групою з оплати праці				
		I	II	III	IV	V
1	Директор (начальник)	13	12	11	10	9
2	Начальник відділу	12	11	—	—	—
3	Начальник іншого структурного підрозділу	11	10	—	—	—

Схема тарифних розрядів посад працівників центрів медичної статистики, інформаційно-аналітичних центрів та автоматизованих систем управління представлена в табл. 11.7.

* Показники віднесення закладів охорони здоров'я і установ соціального захисту населення до груп з оплатою праці керівних працівників представлено в Додатку 11.

**СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ ПОСАД ПРАЦІВНИКІВ ЦЕНТРІВ
МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ, ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНИХ ЦЕНТРІВ
ТА АВТОМАТИЗОВАНИХ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ**

Посада	Тарифні розряди				
	Центр статистики МОЗ України	Групи з оплати праці*			
		I	II	III	IV
Керівник	16	15	14	13	12
Керівник відділу (бюро)	11	11	11	11	11

Схема тарифних розрядів посад керівників невиробничих структурних підрозділів, професіоналів, фахівців та технічних службовців представлена в табл. 11.8

Таблиця 11.8

**СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ ПОСАД КЕРІВНИКІВ
НЕВИРОБНИЧИХ СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ, ПРОФЕСІОНАЛІВ,
ФАХІВЦІВ ТА ТЕХНІЧНИХ СЛУЖБОВЦІВ**

№	Назва посади	Тарифні розряди
1	Професіонали, які зайняті на роботах з рентгенівською, радіологічною, радіаційною, радіометричною, дозиметричною, радіохімічною, лазерною, плазмовою, компресійною, вакуумною, електронною, телеметричною, ультразвуковою апаратурою, приладами, препаратами та обладнанням (у тому числі інженер з метрології), інженери з охорони праці: провідний, I категорії, II категорії, без категорії	11 10 9 8
2	Фахівці (техніки), які зайняті на роботах з рентгенівською, радіологічною, радіаційною, радіометричною, дозиметричною, радіохімічною, лазерною, плазмовою, компресійною, вакуумною, електронною, телеметричною, ультразвуковою апаратурою, приладами, препаратами та обладнанням (у тому числі технік з метрології): I категорії, II категорії, без категорії	8 7 6
3	Інженери всіх спеціальностей, бухгалтер (з дипломом спеціаліста), бухгалтер-ревізор, економіст, програміст, юрисконсульт, художник-окопротезист, редактор, художник та інші професіонали: провідний, I категорії, II категорії, без категорії	10 9 8 7
4	Художник ектопротезного кабінету, технолог, бухгалтер, електромеханік та інші фахівці*: I категорії, II категорії, без категорії	8 7 6
5	Старший лаборант, який має вищу освіту; старший інспектор з кадрів	7
6	Інспектор з кадрів	6
7	Техніки всіх спеціальностей: I категорії, II категорії, без категорії	7 6 5
8	Виконавець робіт (начальник дільниці), майстер, майстер контрольний (дільниці цеху), старший інструктор з трудової терапії	8
9	Механік дизельної та холодильної установок, інструктор з трудової терапії	7

* Показники віднесення закладів охорони здоров'я і установ соціального захисту населення до груп з оплатою праці керівних працівників представлено у Додатку 11.

Назва посади		Тарифні розряди
10	Начальник гаража з рухомим складом: від 50 до 100 автотранспортних засобів понад 100 автотранспортних засобів	10 11
11	Старший механік, який здійснює керівництво автотранспортними підрозділами з рухомим складом від 25 до 50 автотранспортних засобів	8
12	Механік, який здійснює керівництво автотранспортними підрозділами з рухомим складом від 15 до 25 автотранспортних засобів	7
13	Завідувач виробництва (шеф-кухар): у лікарнях до 500 ліжок, у госпіталях та санаторіях до 150 ліжок; у лікарнях від 500 до 800 ліжок, у госпіталях та санаторіях від 150 до 250 ліжок; у лікарнях понад 800 ліжок, у госпіталях та санаторіях понад 250 ліжок, в установах соціального захисту	6 7 8
14	Завідувачі: підсобного сільського господарства центрального складу, канцелярії, господарства, фотолaboratorії, експедиції, архіву складу, гуртожитку, пральні, клубу камери схову, віварію тощо	8 7 6 5
15	Старші: диспетчер товарознавець, касир, інспектор, табельник; друкарка I категорії, оператор комп'ютерного набору I категорії, оператор копіювальних та розмножувальних машин I категорії, стенографістка I категорії	5
16	Телеграфіст, телефоніст міжміського (місцевого) телефонного зв'язку: I кл., II кл., III кл.	6 5 4
17	Агент з постачання, архіваріус, диспетчер, діловод, друкарка II категорії, експедитор, інспектор, калькулятор, касир, обліковець, оператор диспетчерської служби, оператор електрозв'язку, оператор комп'ютерного набору II категорії, оператор копіювальних та розмножувальних машин II категорії, паспортист, приймальник золота, секретар, секретар навчальної частини, секретар-стенографістка, стенографістка II категорії, секретар-друкарка, табельник, товарознавець, інші технічні службовці*	4

Схему тарифних розрядів професій робітників, які залучаються до господарської діяльності лікувально-профілактичних, аптечних закладів представлено в табл. 11.9.

Таблиця 11.9

СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ ПРОФЕСІЙ РОБІТНИКІВ*

Назва професії	Тарифний розряд
1. Старший: сторож, комірник; черговий по гуртожитку, комірник складів кислот та хімікатів, прибиральник виробничих приміщень, вантажник, складографіст (ротаторник), прибиральник сміттєпроводів, кухонний робітник	2
2. Візник, гардеробник, черговий по поверху, опалювач, комірник, кастелянка, кубівник, кур'єр, двірник, підсобний робітник, сторож, маркувальник, робітник з благоустрою, комплектувальник білизни, прасувальник, натирач підлоги, прибиральник територій, прибиральник службових приміщень, сатураторник, склопротиральник, мийник посуду та інші робітники, які виконують прості некваліфіковані або допоміжні роботи*	1

* Назви професій встановлюються відповідно до Класифікатора професій ДК 003-95, а кваліфікаційні розряди — відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників.

Назва професії	Тарифний розряд
3. Апаратник хімічного чищення спецодягу, машиніст із прання та ремонту спецодягу, садівник, водій електро- та автовізка, водій транспортно-прибиральних машин, водій самохідних механізмів, робітник ритуальних послуг, робітник з догляду за тваринами та інші робітники, які виконують малокваліфіковані роботи	2
4. Комендант, евакуатор, пекар	3
5. Ліфтер при швидкості руху ліфтів: 2,5—5 м/с, 5—7 м/с, понад 7 м/с	1 2 3
6. Швачка: 1 кваліфікаційного розряду, 2 кваліфікаційного розряду, 3 кваліфікаційного розряду	1 2 3
7. Оператор апаратів мікрофільмування та копіювання, офіціант: 3 кваліфікаційного розряду, 4 кваліфікаційного розряду	3 4
8. Перукар: I класу, II класу	2 3
9. Кухар: 3 кваліфікаційного розряду, 4 кваліфікаційного розряду, 5 кваліфікаційного розряду, 6 кваліфікаційного розряду	3 4 5 6
10. Ремонтувальник висотних частин будівель, електроосвітлювач, фотограф, газозварник, електрогазозварник, машиніст (кочегар) котельні, оператор котельні, механізатор, тракторист; препаратори, взуттєвоки, слюсарі, столярі, токарі, ливарники, полірувальники, верстатники, електромеханіки, налагоджувальники, електромонтери всіх найменувань та інші робітники, які виконують кваліфіковані (складні) роботи з ремонту, налагодження, обслуговування обладнання, будівель, автомобілів, меблів тощо: 2 кваліфікаційного розряду, 3 кваліфікаційного розряду, 4 кваліфікаційного розряду	3 4 5
11. Робітники, які виконують висококваліфіковані (особливо складні та відповідальні) роботи, у т.ч. з ремонту та налагодження електронного та іншого особливо складного обладнання, виготовлення очних протезів тощо: 5 кваліфікаційного розряду 6 кваліфікаційного розряду	6 7
12. Робітники з комплексного обслуговування і ремонту будинків: 2 кваліфікаційного розряду, 3 кваліфікаційного розряду, 4 кваліфікаційного розряду	4 5 6
13. Оптик медичний	7-8

Схему тарифних розрядів професій водіїв автотransпортних та мототransпортних засобів представлено в табл. 11.10.

Таблиця 11.10

**СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗЯДІВ ПРОФЕСІЙ ВОДІЇВ АВТОТРАНСПОРТНИХ
ТА МОТОТРАНСПОРТНИХ ЗАСОБІВ**

Назва професії	Вид автотransпортного засобу	Тарифні розряди за групами автомобілів
1. Водій автотранспортних засобів	1. Автобуси, габаритна довжина яких: до 7,5 м, понад 7,5— до 9,5, понад 9,5	3 4 5
	2. Вантажний автомобіль вантажопідйомністю: до 3 тонн, понад 3 — до 7 тонн, понад 7 тонн	2 3 4

Назва професії	Вид автотранспортного засобу	Тарифні розряди за групами автомобілів
	3. Автомобілі швидкої медичної допомоги та оперативні автомобілі із спеціальним звуковим сигналом (типу «сирена») з робочим обсягом двигуна: до 1,8 л, понад 1,8 — до 3,5 л понад 3,5 л	3 4 5
	4. Легковий автомобіль (у т. ч. спеціальні) з робочим обсягом двигуна: до 1,8 л, понад 1,8 — до 3,5 л понад 3,5 л	2 3 4
2. Водій мототранспортних засобів	Мотоцикл, моторолер	2

Ставки погодинної оплати праці працівників, які залучаються закладами охорони здоров'я для проведення консультацій представлено в таблиці 11.11

Таблиця 11.11

СТАВКИ ПОГОДИННОЇ ОПЛАТИ ПРАЦІ

Працівники	Ставки погодинної оплати у відсотках до окладу (ставки) працівника І тарифного розряду
Професор, доктор медичних наук	10,91
Доцент або кандидат медичних наук	9,10
Особи, які не мають наукового ступеня, зі стажем роботи не менше ніж 5 років	7,96

Ставки погодинної оплати праці академіка та члена-кореспондента підвищуються на 25 відсотків від ставок погодинної оплати праці професора та доктора медичних наук. Разова консультація тривалістю менше однієї години сплачується як за годину.

Оплата за час, витрачений на перебування в дорозі, проводиться лікарям-консультантам, виходячи із посадового окладу лікаря відповідної спеціальності, за фактичний час перебування в дорозі.

Цей порядок оплати праці лікарів-консультантів не застосовується при оплаті праці лікарів, які залучаються до проведення консультацій у закладах, у штаті яких вони є.

**Оплата праці за тарифними ставками
та окладами працівників аптечних закладів**

Умови оплати праці працівників аптечних закладів розроблені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2002 року № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» і застосовуються при обчисленні заробітної плати. Визначені згідно з цією постановою Кабінету міністрів посадові оклади (тарифні ставки) є державними гаран-

тіями мінімальних рівнів оплати праці для конкретних професійно-кваліфікаційних груп працівників, які перебувають у трудових відносинах із аптеками, аптечними базами та складами, всіх форм власності.

Схему тарифних розрядів керівних працівників аптечних закладів представлено в табл. 11.12.

Таблиця 11.12

СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ КЕРІВНИХ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ

№	Посади	Тарифні розряди, які встановлюються за групами з оплати праці				
		I	II	III	IV	V
1	Керівник (завідувач)	13	13	12	11	10
2	Завідувач відділу: провізор фармацевт	12 11	12 11	11 10	10* 9*	9* 8*
3	Начальник господарського відділу аптечних закладів (крім баз, складів)	10	9	—	—	—
4	Начальник планово-економічного відділу аптечної бази, складу	11	10	—	—	—
5	Начальники (завідувачі) інших відділів аптечних баз, складів	11	10	9	8	7

- Посадові оклади завідувачів аптечних пунктів, кіосків визначаються:
- при обсязі річного планового товарообігу на наступний рік до 100 тис. грн: провізорів за 10 тарифним розрядом, фармацевтів — за 9 тарифним розрядом;
 - при обсязі річного планового товарообігу на наступний рік понад 100 тис. грн: провізорів за 11 тарифним розрядом, фармацевтів — за 10 тарифним розрядом.

Таблиця 11.13

СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ ПОСАД КЕРІВНИКІВ БАЗ ТА СКЛАДІВ СПЕЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ

Посади	Центральна база спецмедпостачання	Тарифні розряди, які встановлюються за групою з оплати праці*				
		I	II	III	IV	V
Керівник бази	17	16	15	14	13	12
Керівник складу	—	15	14	13	12	—

Посадові оклади керівників (завідувачів) та завідувачів відділів центральної районної аптеки, яка здійснює постачання аптек усього району, визначаються за та-

* Показники віднесення закладів охорони здоров'я і установ соціального захисту населення до груп з оплатою праці керівних працівників представлено в Додатку 11.
* Тарифні розряди завідувачів відділів аптечних закладів за IV та V групами з оплати праці застосовуються для цих посад аптечних баз, складів.
* Показники віднесення закладів охорони здоров'я і установ соціального захисту населення до груп з оплатою праці керівних працівників представлено в Додатку 11.

рифними розрядами, установленними за групою з оплати праці відповідних керівних працівників, з підвищенням:

- ◆ на 10 відсотків — при прикріпленні до ЦРА від 5 до 15 аптек;
- ◆ на 15 відсотків — при прикріпленні до ЦРА понад 15 аптек.

Схема тарифних розрядів посад керівників баз та складів спеціального медичного постачання представлено в табл. 11.13.

Схему тарифних розрядів виробничого персоналу аптечних закладів представлено в табл. 11.14.

Таблиця 11.14

**СХЕМА ТАРИФНИХ РОЗРЯДІВ
ВИРОБНИЧОГО ПЕРСОНАЛУ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

№	Посади	Тарифний розряд
1	Провізори, провізори-аналітики, провізори клінічні, провізори-косметологи: вищої кваліфікаційної категорії, першої кваліфікаційної категорії, другої кваліфікаційної категорії, без категорії	13 12 11 10
2	Провізор-інтерн	9
3	Фармацевти: вищої кваліфікаційної категорії, першої кваліфікаційної категорії, другої кваліфікаційної категорії, без категорії	10 9 8 7
4	Лаборанти (фармація): вищої кваліфікаційної категорії, першої кваліфікаційної категорії, другої кваліфікаційної категорії, без категорії	9 8 7 6
5	Продавець оптики	4
6	Фасувальник медичних виробів, молодша медична сестра (мийниця)	3

Старшим провізорам посадові оклади визначаються, виходячи з тарифних розрядів посад провізорів відповідної кваліфікації, з урахуванням підвищення на 10 відсотків.

Підвищення посадових окладів

У відповідності до Наказу МОЗ України «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» 05.10.2005 № 308/519 підвищення посадових окладів проводиться за:

- За наявність кваліфікаційної категорії.
- За оперативне втручання.
- За диплом з відзнакою.
- За керування санітарним транспортом.
- У зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці.
- За підвищену складність та напруженість робіт.

***Підвищення посадових окладів
за наявність кваліфікаційної категорії***

Керівникам закладів охорони здоров'я, аптечних закладів та їх заступникам з числа лікарів та провізорів посадовий оклад, що відповідає тарифному розряду за

групою з оплати праці, підвищується за наявності кваліфікаційної категорії за спеціальністю «організація та управління охороною здоров'я» або «організація та управління фармацією»:

а) керівникам та їх заступникам (лікарям, провізорам) — за спеціальностями «організація і управління охороною здоров'я» та «організація та управління фармацією», які мають:

- вищу кваліфікаційну категорію — на 44,9 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;
- першу кваліфікаційну категорію — на 31,9 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;
- другу кваліфікаційну категорію — на 24,1 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;

б) керівникам із числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою та головним медичним сестрам, які мають:

- вищу кваліфікаційну категорію — на 28,3 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;
- першу кваліфікаційну категорію — на 18,4 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;
- другу кваліфікаційну категорію — на 8,7 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду

Головним лікарям дільничних лікарень, лікарських амбулаторій та керівникам ЦМСЕ підвищення посадових окладів за наявність кваліфікаційної категорії проводиться за будь-якою лікарською спеціальністю.

У разі призначення лікаря (провізора) на посаду керівника закладу, установи або його заступника з числа лікарів (провізорів) йому протягом трьох років з дня призначення на керівну посаду здійснюється підвищення посадового окладу за кваліфікаційну категорію за лікарською (фармацевтичною) спеціальністю, яку він мав, у розмірах, передбачених цим пунктом.

Керівникам структурних підрозділів — лікарям посадовий оклад встановлюється з урахуванням кваліфікаційної категорії за умови, що спеціальність, за якою їм присвоєна кваліфікаційна категорія, відповідає профілю підрозділу, який вони очолюють, а завідувачам поліклінік, що є структурними підрозділами лікарень, — за будь-якою лікарською спеціальністю, за якою надається амбулаторно-поліклінічна допомога.

Іншим медичним та фармацевтичним працівникам посадовий оклад установлюється з урахуванням кваліфікаційної категорії за умови їх роботи за тією спеціальністю, за якою присвоєно кваліфікаційну категорію.

Виплата заробітної плати з урахуванням підвищення посадового окладу за наявності кваліфікаційної категорії проводиться працівникам протягом п'яти років з дня затвердження наказом органу (закладу) охорони здоров'я рішення атестаційної комісії про її присвоєння (підтвердження). Особам, які бажають пройти атестацію на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії і своєчасно подали необхідні документи в атестаційну комісію (не пізніше як за два місяці до закінчення 5-річного строку з моменту попередньої атестації (переатестації), указана виплата проводиться до винесення рішення атестаційної комісії про її підвищення (підтвердження) або відміну.

Підвищення посадових окладів за оперативне втручання

Посадові оклади лікарів-хірургів усіх найменувань, лікарів-анестезіологів та лікарів-ендоскопістів, у тому числі керівників структурних підрозділів — лікарів цих спеціальностей підвищуються за здійснення оперативних втручань залежно від обсягу, складності й характеру їх праці при роботі:

- в амбулаторно-поліклінічному закладі (відділенні) — до 15 відсотків посадового окладу;
- денному стаціонарі хірургічного профілю — до 25 відсотків;
- стаціонарі — до 40 відсотків.

Підвищення посадових окладів за диплом з відзнакою

Лікарям усіх спеціальностей та провізорам (крім лікарів-інтернів та провізорів-інтернів), які отримали диплом з відзнакою після закінчення вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів, посадовий оклад, що визначений за тарифними розрядами, підвищується протягом 5-ти років на 5 відсотків.

Підвищення посадових окладів за керування санітарним транспортом

Водіям санітарних автомобілів місячні тарифні ставки підвищуються на 20 відсотків. Перелік автомобілів, віднесених до санітарних, затверджується Міністерством охорони здоров'я України.

Підвищення посадових окладів у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці

Посадові оклади (тарифні ставки) працівників закладів та структурних підрозділів, перелік яких наведено у Додатку 12, підвищуються на 25 та 15 відсотків у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці.

Посадові оклади (тарифні ставки) працівників закладів охорони здоров'я (структурних підрозділів), які працюють з вірусом імунодефіциту людини, підвищуються на 60 відсотків (Додаток 13). Працівникам, які передбачені в даному Переліку, підвищення здійснюється з посадового окладу (тарифної ставки) з урахуванням кваліфікаційної категорії, завідування, старшинства без урахування інших підвищень, доплат та надбавок.

У кожному закладі охорони здоров'я на підставі цього додатка керівником за погодженням з профспілковим комітетом затверджується Перелік посад працівників, яким з урахуванням конкретних умов праці в цьому закладі, структурному підрозділі, на даній посаді посадовий оклад (тарифна ставка) підвищується на 60 відсотків.

Посадові оклади працівників, що мають безпосередній контакт з хворими або проводять лабораторні дослідження, збільшуються на 60 % відповідно до кількості годин безпосереднього контакту. До таких робіт відносяться:

- Безпосередній контакт з хворими на СНІД та ВІЛ-інфікованими при проведенні консультацій, оглядів, наданні медичної допомоги, судово-медичної експертизи та проведенні іншої роботи.
- Проведення усіх видів лабораторних досліджень крові населення та матеріалів, які надходять від хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих.

Фактичні години цієї роботи реєструються в журналі за підписом керівника структурного підрозділу.

Посадові оклади (тарифні ставки) працівників закладів охорони здоров'я (структурних підрозділів), зайнятих оглядом та наданням медичної допомоги тим, хто постраждав у зв'язку з аварією на Чорнобильській АЕС, підвищуються на 25 відсотків. Перелік таких закладів та посад представлено в табл. 11.15.

Таблиця 11.15

**ПЕРЕЛІК ЗАКЛАДІВ ТА ПОСАД, БЕЗПОСЕРЕДНЯ РОБОТА
В (НА) ЯКИХ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТИМ, ХТО ПОСТРАЖДАВ
УНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС, ДАЄ ПРАВО
НА ПІДВИЩЕННЯ ПОСАДОВИХ ОКЛАДІВ НА 25 ВІДСОТКІВ У ЗВ'ЯЗКУ
ЗІ ШКІДЛИВИМИ І ВАЖКИМИ УМОВАМИ ПРАЦІ**

Перелік закладів	Посади
1. Спеціалізовані: лікарняні заклади, диспансери, амбулаторно-поліклінічні заклади, заклади швидкої медичної та невідкладної допомоги, санаторно-курортні заклади, аптеки (структурні підрозділи, кабінети, відділення, палати закладів, що перелічені в цьому пункті)	Усі працівники незалежно від найменування посади, постійно зайняті наданням медичної допомоги тим, хто постраждав, а також знешкодженням радіоактивних відходів та виділень
2. Санітарно-епідеміологічні станції, які працюють на забрудненій території	Усі працівники незалежно від найменування посади, постійно зайняті на роботах з дозиметричного, радіометричного та радіохімічного контролю, дезактивації джерел радіоактивних випромінювань
3. Медико-соціальні експертні комісії, Центри (бюро) медико-соціальної експертизи	Медичні працівники, які зайняті оглядом осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

Працівникам санаторіїв, що здійснюють оздоровлення громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, у тому числі дітей, посадові оклади підвищуються на 25 відсотків на підставі укладених договорів з органами, що організовують ці оздоровлення, залежно від обсягів цієї роботи.

Посадові оклади (тарифні ставки) працівників госпіталів для інвалідів Вітчизняної війни, воїнів-інтернаціоналістів та спеціальних відділень у складі лікарень підвищуються:

- медичним та фармацевтичним працівникам — на 15 відсотків;
- іншим працівникам на 10 відсотків.

Посадові оклади ентомологів, інженерів-гідротехніків та помічників ентомологів санітарно-епідеміологічних станцій, що розташовані в районах масового поширення гнусу та інших небезпечних комах і кліщів, підвищуються на 15 відсотків. Порядок віднесення території до районів масового поширення гнусу та

інших небезпечних комах і кліщів визначається і затверджується наказом МОЗ України.

Посадові оклади (тарифні ставки) медичних працівників дитячих будинків та шкіл-інтернатів для дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків, а також усіх працівників будинків дитини, тарифні розряди яких визначені Наказом МОЗ України «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 05.10.2005 № 308/519, підвищуються на 20 відсотків.

Посадові оклади медичних працівників відділень Українського науково-дослідного інституту нейрохірургії, які здійснюють лікування та безпосередньо обслуговують нейрохірургічних хворих з розладами психічної діяльності, підвищуються на 15 відсотків.

Машиністам з прання та ремонту спецодягу тарифні ставки підвищуються на 20 відсотків.

Конкретний перелік посад працівників, яким посадові оклади (тарифні ставки) підвищуються у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці, затверджується керівником закладу, установи за погодженням з профспілковим комітетом у залежності від функціональних обов'язків та обсягу роботи в шкідливих та важких умовах праці.

Умови підвищення посадових окладів (тарифних ставок) за підвищену складність та напруженість робіт

Оскільки управлінська праця передбачає велике психологічне напруження, роботу та прийняття управлінських рішень за умов невизначеності, часто вона приводить до розвитку хронічних стресових станів. Наслідками такого стресу стають синдроми професійного вигорання, розвиток «хвороб стресу». Враховуючи вищезазначене Наказом МОЗ України «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 05.10.2005 № 308/519 передбачено підвищення посадових окладів за підвищену складність та напруженість робіт керівникам закладів охорони здоров'я. А саме:

- Посадові оклади (тарифні ставки) медичних та фармацевтичних працівників закладів охорони здоров'я, які були в підпорядкуванні III Головного управління МОЗ СРСР, підвищуються на 25 відсотків, а інших працівників цих закладів — на 20 відсотків.

- Керівникам територіальних медичних (фармацевтичних) об'єднань та об'єднань санаторіїв посадові оклади встановлюються на рівні найвищої групи з оплати праці керівника закладу або організації з числа закладів і організацій, які входять до складу об'єднань, з підвищенням їх розміру відповідно на 20 та 15 відсотків.

- Керівним працівникам (керівнику закладу, його заступникам, крім заступника з поліклінічної роботи, головному бухгалтеру та його заступникам, начальнику планово-економічного відділу, головним фахівцям) лікарень (у т.ч. спеціалізованих), диспансерів, пологових будинків, клінік при НДІ, центрів зі стаціонарами за наявності поліклінік (поліклінічних відділень) посадові оклади підвищуються на 15 відсотків.

• Посадові оклади керівників лікарень швидкої медичної допомоги, в складі яких функціонує станція швидкої медичної допомоги, підвищуються на 20 відсотків.

• Керівникам центрів медичної статистики, інформаційно-аналітичних центрів та автоматизованих систем управління, начальникам відділів (бюро) автоматизованих систем управління, які виконують переважно роботи з автоматизованого проектування та управління технологічними процесами, посадові оклади підвищуються відповідно на 20 та 15 відсотків.

Крім вищезазначеного у відповідності до постанови Кабінету Міністрів України від 11.08.95 № 648 «Про умови оплати праці осіб, які працюють в гірських районах» передбачено підвищення посадових окладів на 25 відсотків працівникам, які постійно працюють у закладах, розташованих на території населеного пункту, що має статус гірського. Такі підвищення посадових окладів мають встановлюватись незалежно від того, проживають вони в цьому населеному пункті чи ні.

У зв'язку з підвищеною матеріальною відповідальністю посадові оклади (тарифні ставки) приймальників золота в закладах охорони здоров'я підвищуються на 15 відсотків.

Доплати

У закладах охорони здоров'я впроваджено такі види доплат:

- за суміщення професій (посад);
- виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника;
- розширення зони обслуговування або збільшення обсягу робіт;
- доплати керівникам закладів охорони здоров'я за роботу за основною лікарською спеціальністю;
- доплати за роботу в нічний час;
- доплати за науковий ступінь.

Доплата за суміщення професії (посади) або виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника. Такі доплати призначаються професіоналам, фахівцям, технічним службовцям та робітникам, які виконують у тому ж самому закладі, установі поряд зі своєю основною роботою додаткову роботу за іншою професією (посадою) або обов'язки тимчасово відсутнього працівника без звільнення від своєї основної роботи. Розмір доплат становить до 50 відсотків посадового окладу за основною посадою. Конкретний розмір цих доплат встановлюється керівником закладу охорони здоров'я, установи залежно від кваліфікації працівника, складності та обсягу виконуваних робіт.

Доплати за розширення зони обслуговування або збільшення обсягу робіт провадяться у розмірі до 50 відсотків посадового окладу працівника. Зазначені доплати встановлюються працівникам за умови виконання ними роботи меншою чисельністю працівників, ніж за встановленими нормами (нормативами).

Доплати керівникам закладів охорони здоров'я за роботу за основною лікарською спеціальністю. Керівникам закладів охорони здоров'я і установ соціального захисту населення — лікарям та їх заступникам — лікарям дозволяється вести в закладах, установах, у штаті яких вони є, роботу за спеціальністю у межах робочого часу за основною посадою з виплатою їм до 25 відсотків посадового окладу лікаря відповідної спеціальності. Зазначена робота керівників закладів охорони здоров'я — лікарів та їх заступників — лікарів повинна відображатись у відповідних медичних документах.

Доплати за роботу в нічний час проводяться таким категорія працівників закладів охорони здоров'я:

- Працівникам (у т.ч. водіям санітарних автомобілів, які є в штаті автотранспортних підприємств та інших організацій), які залучаються до роботи в нічний час, здійснюється доплата в розмірі 35 відсотків годинної тарифної ставки (посадового окладу) за кожну годину роботи в нічний час.

- Працівникам, зайнятим наданням екстреної, швидкої та невідкладної медичної допомоги (у тому числі водіям санітарних автомобілів швидкої, невідкладної медичної допомоги, які є в штаті автотранспортних підприємств та інших організацій), а також тим, хто працює у відділеннях (палатах) анестезіології та інтенсивної терапії, для новонароджених дітей, у пологових (акушерських) відділеннях проводиться доплата в розмірі 50 відсотків годинної тарифної ставки (посадового окладу) за кожну годину роботи в нічний час.

Перелік посад та підрозділів, за роботу в яких проводяться зазначені доплати, затверджується керівником закладу за погодженням з профспілковим комітетом. Він не підлягає щорічному перезатвердженню, а в разі потреби до нього можуть уноситься зміни та доповнення в такому самому порядку. Нічним вважається час з 10 години вечора до 6 години ранку.

Доплати за науковий ступінь. Цей вид доплат устанавлюється працівникам, які мають науковий ступінь доктора наук — у граничному розмірі 25 відсотків, кандидата наук — у граничному розмірі 15 відсотків посадового окладу (ставки заробітної плати). Зазначені доплати встановлюються працівникам, якщо їх діяльність за профілем (медична, фармацевтична, наукова тощо) збігається з наявним науковим ступенем. За наявності в працівників двох наукових ступенів доплата встановлюється за одним (вищим) науковим ступенем.

Відповідність наукового ступеня профілю діяльності працівника на займаній посаді визначається керівником закладу охорони здоров'я.

Документи, що засвідчують наявність наукового ступеня, повинні відповідати нормам та вимогам, передбаченим законодавством. Доплати за науковий ступінь провадяться як за основною роботою, так і за сумісництвом залежно від обсягу фактично виконаної роботи.

Інші види доплат

Працівникам закладів охорони здоров'я за їх згодою може вводиться робочий день з розподілом зміни на частини (з перервою у роботі понад 2 години) за умови, щоб загальна тривалість роботи не перевищувала встановленої норми тривалості робочого дня (ст. 60 КЗпП). Доплата в ці дні проводиться за відпрацьований час до посадового окладу, в розмірі до 30 відсотків. Конкретний розмір такої доплати визначає керівник закладу за погодженням з профспілковим комітетом у межах затвердженого фонду оплати праці. Час внутрішньозмінної перерви в робочий час не включається. Перелік посад працівників, яким можуть виплачуватись указані доплати, затверджується керівником закладу охорони здоров'я за погодженням з профспілковим комітетом.

Медичним працівникам, які зайняті збиранням і здаванням для переробки плацентарної, ретроплацентарної та абортної крові, здійснюється додаткова оплата за розцінками, затвердженими обласними державними адміністраціями.

Працівникам аптечних закладів за заготівлю або приймання кондиційної дикорослої лікарсько-технічної сировини здійснюється додаткова оплата в порядку та за розцінками, установленними обласними державними адміністраціями.

Керівники закладів за погодженням з профспілковими комітетами можуть установлювати ненормований робочий день для водіїв легкових та санітарних автомобілів, автомобілів швидкої медичної допомоги з доплатою 25 відсотків тарифної ставки за відпрацьований час. Водіям автомобілів з ненормованим робочим днем доплата за роботу в нічний час проводиться на загальних підставах.

Робітникам закладів охорони здоров'я, зайнятим на роботах із шкідливими і важкими умовами праці, за результатами атестації робочих місць установлюється доплата в розмірі до 12 відсотків посадового окладу (тарифної ставки). Перелік робіт з шкідливими і важкими умовами праці, на яких установлюються вказані доплати, наведений у Наказі МОЗ України «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» 05.10.2005 № 308/519.

Доплати також призначаються:

- Шеф-кухарю, який не звільнений від основної роботи, здійснюється доплата в розмірі 20 відсотків посадового окладу.
- Працівникам (у т. ч. молодшим медичним сестрам), які використовують у роботі дезінфікувальні засоби, а також працівникам, які зайняті прибиранням туалетів, установлюється доплата в розмірі 10 відсотків посадового окладу (тарифної ставки).
- Лікарям, старшим сестрам медичним, сестрам медичним та медичним реєстраторам медико-соціальних експертних комісій (далі — МСЕК), центрів (бюро) медико-соціальних експертиз (далі — ЦМСЕ), що виїжджають у вихідні дні на засідання комісій поза місцем постійної роботи, доплата здійснюється як за роботу у вихідний день згідно з чинним законодавством.

Доплати установлюються до посадового окладу з урахуванням підвищень.

Надбавки

У закладах охорони здоров'я встановлюються такі види надбавок:

- за тривалість безперервної роботи;
- надбавки за почесні звання;
- надбавки за знання та використання в роботі іноземної мови;
- надбавки за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість у роботі;
- надбавки працівникам та робітникам.

Надбавки за безперервний стаж роботи

У закладах охорони здоров'я встановлюються надбавки за тривалість безперервної роботи. Перелік закладів, посад, розмірів надбавок за тривалість безперервної роботи та порядок їх виплати представлено в табл. 11.16.

**ПЕРЕЛІК ЗАКЛАДІВ, ПОСАД, РОЗМІРІВ НАДБАВОК
ЗА ТРИВАЛІСТЬ БЕЗПЕРЕРВНОЇ РОБОТИ ТА ПОРЯДОК ЇХ ВИПЛАТИ**

Заклади (підрозділи)	Посади	Максимальний розмір надбавок	Порядок виплати надбавок
1. Дільничні лікарні, амбулаторії, у т.ч. лінійні на залізничному транспорті, що розташовані в сільській місцевості, амбулаторії сімейної медицини	Лікарі — незалежно від найменування посади, дільничні медичні сестри, зубні лікарі, медичні сестри загальної практики — сімейної медицини	40 відсотків	Від 3 до 5 років безперервної роботи — 10 відсотків, від 5 до 7 років — 20 відсотків, від 7 до 9 років — 30 відсотків, понад 9 років — 40 відсотків посадового окладу
2. Міські поліклініки (підрозділи), у т.ч. поліклініки центральних районних, районних лікарень сільських районів, центральних районних поліклінік, на які в разі відсутності ЦРЛ покладені їх функції, територіальні медичні об'єднання	Завідувачі терапевтичних, педіатричних відділень та відділень сімейної медицини, лікарі загальної практики, лікарі дільничні терапевти та педіатри територіальних дільниць та дільничні медичні сестри, медичні сестри загальної практики — сімейної медицини	30 відсотків	3 першого року до 3 років (включно) — 10 відсотків, від 3 до 5 років — 20 відсотків, понад 5 років — 30 відсотків посадового окладу
3. Медико-санітарні частини, цехові лікарські дільниці міських (районних) поліклінік (підрозділів)	Завідувачі терапевтичних, педіатричних відділень, лікарі загальної практики, лікарі-терапевти та дільничні медичні сестри цехових лікарських дільниць, медичні сестри загальної практики — сімейної медицини	20 відсотків	Від 3 до 5 років безперервної роботи — 10 відсотків, понад 5 років — 20 відсотків посадового окладу
4. Пункти (відділення) невідкладної медичної допомоги вдома	Лікар-терапевт, лікар-педіатр, фашівці з базовою та неповною вищою медичною освітою, водії санітарних машин	30 відсотків	Від 3 до 5 років — 10 відсотків, від 5 до 7 років — 20 відсотків, понад 7 років — 30 відсотків посадового окладу
5. Територіальні поліклініки, поліклініки на залізничному, водному та повітряному транспорті	Лікарі загальної практики, лікарі-терапевти цехових лікарських дільниць, дільничні медичні сестри цехових лікарських дільниць та загальної практики — сімейної медицини	20 відсотків	Від 3 до 5 років — 10 відсотків, понад 5 років — 20 відсотків посадового окладу
6. Станції (відділення) швидкої медичної допомоги	Старші лікарі, лікарі та фашівці з базовою та неповною вищою медичною освітою виїзних бригад, водії та машиністи медичних виїзних бригад	60 відсотків	Від 3 до 5 років — 20 відсотків, від 5 до 7 років — 40 відсотків, понад 7 років — 60 відсотків посадового окладу

7. Станції, відділення екстреної медичної консультативної допомоги республіканської та обласних лікарень, центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	Лікарі та фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою виїзних бригад незалежно від найменування посад, водії виїзних бригад	60 відсотків	—«—
8. Поліклінічні заклади (підрозділи) на залізничному та водному транспорті, заклади охорони здоров'я інших органів державної влади (при виконанні функцій з надання меддопомоги населенню прикріпленої території)	Завідувачі терапевтичних, педіатричних відділень, дільничні терапевти, педіатри та дільничні медичні сестри територіальних дільниць, лікарі загальної практики та медичні сестри загальної практики — сімейної медицини	30 відсотків	Від 3 до 5 років — 10 відсотків, від 5 до 7 років — 20 відсотків, понад 7 років — 30 відсотків посадового окладу
9. Протичумні заклади та структурні підрозділи з боротьби з особливо небезпечними інфекціями інших закладів	Усі працівники незалежно від найменування посади (професії)	40—80 відсотків,	10 відсотків посадового окладу за кожний відпрацьований рік
10. Протипепрозні заклади (підрозділи)	Усі працівники незалежно від найменування посади (професії)	50 відсотків	Від 3 до 5 років — 15 відсотків; від 5 до 10 років — 25 відсотків; понад 10 років — 50 відсотків посадового окладу
11. Медико-соціальні експертні комісії Центру (бюро) медико-соціальної експертизи	Лікарі (включаючи голів та головних експертів)	20 відсотків	Від 3 до 5 років — 10 відсотків, понад 5 років — 20 відсотків посадового окладу

За лікарями виїзних бригад станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, які перейшли на посади головних лікарів станцій швидкої медичної допомоги, центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та їх заступників, керівників відділень та підстанцій швидкої медичної допомоги, а також за працівниками з числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою виїзних бригад станцій (відділень) швидкої медичної допомоги, які перейшли на посади головного (старшого) фельдшера станції (підстанції, відділення), фельдшера (медичної сестри) з приймання викликів та передачі їх виїзним бригадам швидкої медичної допомоги, центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, зберігається надбавка в розмірах, що відповідають стажу безперервної роботи у виїзних бригадах.

Надбавки за тривалість безперервної роботи нараховуються кожного місяця за основною посадою, при роботі за сумісництвом.

Максимальні розміри надбавок за тривалість безперервної роботи, які виплачуються працівникам протичумних закладів або структурних підрозділів інших закладів з боротьби з особливо небезпечними інфекціями представлено в табл. 11.17.

Таблиця 11.17

МАКСИМАЛЬНІ РОЗМІРИ НАДБАВОК ЗА ТРИВАЛІСТЬ БЕЗПЕРЕРВНОЇ РОБОТИ, ЯКІ ВИПЛАЧУЮТЬСЯ ПРАЦІВНИКАМ ПРОТИЧУМНИХ ЗАКЛАДІВ ТА СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ ІНШИХ ЗАКЛАДІВ З БОРОТЬБИ З ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ, УСТАНОВЛЮЮТЬСЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГРУПИ ЗАКЛАДУ В ТАКИХ РОЗМІРАХ

Найменування персоналу	Максимальні розміри надбавок за групами закладів (у відсотках)		
	I	II	III
Медичні працівники, у тому числі керівники-лікарі, біологи та інші прирівняні професіонали та фахівці	80	70	60
Професіонали, фахівці, технічні службовці, робітники	60	50	40

До I групи закладів належать Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І. І. Мечникова та Львівський НДІ епідеміології та гігієни, у лабораторіях яких проводять експериментальні та діагностичні дослідження з особливо небезпечними збудниками I та II груп патогенності.

До II групи закладів належить Кримська протичумна станція, у лабораторіях якої проводять експериментальні та діагностичні дослідження з особливо небезпечними збудниками II групи патогенності.

До III групи закладів належать відділи (відділення) особливо небезпечних інфекцій санітарно-епідеміологічних станцій, санітарно-карантинні відділи та пункти санітарно-епідеміологічних станцій, які здійснюють карантинний догляд.

Обчислення стажу безперервної роботи, що дає право на отримання надбавок за тривалість безперервної роботи

До стажу роботи, який дає право на отримання надбавки за тривалість безперервної роботи, взаємно зараховується час роботи в закладах та на посадах, які перелічені в табл. 11.16. Виняток становлять роботи в протилепопронних, протичумних закладах та підрозділах з боротьби з особливо небезпечними інфекціями.

Періоди роботи, що зараховується в стаж безперервної роботи і дає право на надбавки без будь-яких умов та обмежень, включають:

- час служби у Збройних Силах колишнього СРСР, України, у тому числі період виконання інтернаціонального обов'язку, в органах внутрішніх справ і державної безпеки, перебування в партизанських загонах у період Великої Вітчизняної війни;
- час перебування військовослужбовців у полоні в період війни за наявності довідки військкомату.

Періоди часу, які підлягають зарахуванню до стажу безперервної роботи і дають право на отримання вказаної надбавки за умови, якщо нижчепереліченим періодам безпосередньо передувала і за ними слідувала робота, яка дає право на цю надбавку. А саме:

- ◆ час навчання на курсах удосконалення або підвищення кваліфікації за спеціальністю, за винятком часу проходження стажування з перебуванням на посаді лікаря-стажиста*. Виплата вказаної надбавки поновлюється відповідно до стажу роботи після закінчення спеціалістом стажування і отримання сертифіката про підтвердження звання лікаря-спеціаліста та повернення його на роботу (посаду), яка дає право на отримання зазначеної надбавки;

- ◆ час, коли працівник фактично не працював, але за ним зберігалися місце роботи (посада) і заробітна плата, у т.ч. час вимушеного прогулу в разі неправильного звільнення, переведення на іншу роботу з подальшим відновленням;

- ◆ час, коли працівник не працював, але за яким зберігалось місце роботи (посада) та допомога за державним соціальним страхуванням;

- ◆ час перебування в додатковій відпустці без збереження заробітної плати на догляд за дитиною відповідно до діючого законодавства;

- ◆ час роботи на виборних посадах у радянських, профспілкових та інших громадських організаціях, у партійних та комсомольських органах, органах партійно-державного та народного контролю (за винятком роботи на посадах з господарського та технічного обслуговування цих органів) до 1 липня 1991 року.

Стаж безперервної роботи, який зберігається лише при зарахуванні на роботу в заклади (підрозділи) і на посади, що передбачені в табл. 11.16 і дає право на отримання надбавки за тривалість безперервної роботи:

- не пізніше трьох місяців з дня звільнення із закладу (підрозділу) у зв'язку з його ліквідацією (реорганізацією), скороченням штатів або зміною постійного місця проживання, не враховуючи періоду одержання допомоги у зв'язку з безробіттям або часу переїзду;

- не пізніше одного місяця з дня звільнення із закладів (підрозділів) за власним бажанням (з поважної причини), у тому числі при переведенні чоловіка або дружини в іншу місцевість (час переїзду не включається у місячний строк). Причини, що визнані поважними при звільненні за власним бажанням, визначаються діючим законодавством;

- не пізніше трьох тижнів при звільненні за власним бажанням (без поважних причин);

- не пізніше трьох місяців, не враховуючи часу переїзду, з дня звільнення після закінчення обумовленого трудовим договором строку роботи в районах Далекої Півночі та місцевостях, що прирівняні до них;

* Період проходження стажування з перебуванням на посаді лікаря-стажиста зараховується до стажу роботи за спеціальністю, але виключається зі стажу, який дає право на отримання надбавки за тривалість безперервної роботи, при цьому зазначена надбавка за цей період не виплачується.

- не пізніше місяця після наукової або педагогічної роботи за спеціальністю, яка безпосередньо слідувала за роботою у закладах, підрозділах та на посадах, указаних у табл. 11.16;

- не пізніше строку, встановленого для прибуття на роботу після закінчення вищого навчального закладу (з урахуванням часу проходження інтернатури), клінічної ординатури або аспірантури, якщо навчанню безпосередньо передувала робота в закладах (підрозділах) та на посадах, указаних у табл. 11.16;

- не пізніше трьох місяців, не враховуючи часу переїзду, з дня звільнення із Збройних Сил країн СНД, колишнього СРСР, України, якщо службі безпосередньо передувала робота в закладах (підрозділах) на посадах, указаних у табл. 11.16;

- не пізніше трьох місяців, не враховуючи часу переїзду, з дня звільнення з роботи за власним бажанням з указаних закладів (підрозділів), посад у зв'язку з переведенням чоловіка (дружини) військовослужбовця в іншу місцевість або переїзду чоловіка (дружини) у зв'язку із звільненням із Збройних Сил країн СНД, колишнього СРСР, України;

- протягом місяця після припинення тимчасової інвалідності або хвороби, які зумовили звільнення із закладів (підрозділів), посад, указаних у табл. 11.16, а також у разі переведення на іншу роботу за цих підстав;

- при переході на пенсію за віком та у зв'язку з інвалідністю, якщо переходу на пенсію безпосередньо передувала робота в закладах (підрозділах), на посадах, що вказані в табл. 11.16;

- не пізніше двох місяців після повернення в Україну з роботи за кордоном, у міжнародних організаціях як фахівців з надання допомоги іншим державам, якщо роботі за кордоном безпосередньо передувала робота в закладах (підрозділах) на посадах, що вказані в табл. 11.16.

Час переїзду до місця проживання та перебування у відпустці, що не була використана за час роботи за кордоном, у цей двомісячний строк не включається. Це саме правило застосовується до членів сімей, які проживали за кордоном разом з працівниками.

Час навчання у клінічній ординатурі за профілем «лепра» зараховується до стажу, що дає право на отримання надбавок за тривалість безперервної роботи працівникам лепрозних закладів та їх структурних підрозділів.

При роботі працівника в державах колишнього СРСР за спеціальністю і на посаді, на якій він мав право на надбавку за тривалість безперервної роботи, стаж роботи в цій державі зараховується, якщо між Україною і державою укладено відповідну угоду про трудову діяльність і час зарахування на роботу з дня звільнення не перевищує трьох місяців, не враховуючи часу переїзду.

Надбавки за почесні звання

Працівникам закладів охорони здоров'я надаються надбавки за наявність почесного звання України, СРСР, союзних республік СРСР у розмірах:

- «заслужений» — 20 відсотків посадового окладу;
- «народний» — 40 відсотків посадового окладу.

Надбавки за почесні звання встановлюються працівникам, якщо їх діяльність за профілем (медична, фармацевтична тощо) збігається з наявним почесним званням. Відповідність почесного звання профілю діяльності працівника на займаній посаді визначається керівником закладу охорони здоров'я. За наявності двох або більше

звань надбавка встановлюється за одним (вищим) званням як за основною посадою, так і за сумісництвом.

Надбавки за знання та використання в роботі іноземної мови

Працівникам закладів охорони здоров'я установлюється надбавка за знання та використання в роботі іноземної мови:

- однієї європейської — 10 відсотків посадового окладу;
- однієї східної, угро-фінської або африканської — 15 відсотків посадового окладу;
- двох і більше мов — 25 відсотків посадового окладу.

Ця надбавка не встановлюється працівникам, для яких вимогами для зайняття посади передбачено знання іноземної мови, що підтверджено відповідним документом.

Надбавки за високі досягнення в праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість у роботі

Працівникам закладів охорони здоров'я можуть установлюватись надбавки в розмірі до 50 відсотків посадового окладу (тарифної ставки):

- за високі досягнення у праці;
- за виконання особливо важливої роботи (на строк її виконання);
- за складність, напруженість у роботі.

Граничний розмір зазначених надбавок для одного працівника не повинен перевищувати 50 відсотків посадового окладу.

У разі несвоєчасного виконання завдань, погіршення якості роботи і порушення трудової дисципліни зазначені надбавки зменшуються або скасовуються. Працівникам закладу, установи надбавки установлюються керівником, а керівнику та його заступникам — органом вищого рівня, у межах фонду оплати праці.

Надбавки працівникам та робітникам

Працівникам психіатричних лікарень (відділень) з посиленням (суворим) наглядом, центрів та відділень судово-психіатричної експертизи та судово-психіатричних експертних комісій, які обслуговують спецконтингент, установлюється надбавка до посадового окладу в розмірі 50 відсотків.

Робітникам, які мають III—VI кваліфікаційні розряди, може встановлюватись надбавка за професійну майстерність у відсотках до тарифних ставок у розмірах: III розряд — 12 відсотків, IV розряд — 16 відсотків, V розряд — 20 відсотків, VI розряд — 24 відсотки.

Водіям автотранспортних засобів установлюється щомісячна надбавка за класність до тарифної ставки в розмірах:

- водіям II класу — 10 відсотків;
- водіям I класу — 25 відсотків.

Надбавка нараховується за фактично відпрацьований водієм час.

Порядок установлення надбавок

Надбавки за тривалість безперервної роботи нараховуються, виходячи з посадового окладу (тарифної ставки) за посадою, яку займають працівники, визначеного згідно з Розмірами посадових окладів (тарифних ставок) працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, визначені на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери (табл. 11.1), з урахуванням підвищення за кваліфікаційну категорію і без урахування інших підвищень, надбавок, доплат (за винятком лікарів МСЕК, працівників протичумних закладів та структурних підрозділів з боротьби з особливо небезпечними інфекціями інших закладів).

Лікарям МСЕК, центрів (бюро) медико-соціальних експертиз, працівникам протичумних закладів та структурних підрозділів з боротьби з особливо небезпечними інфекціями інших закладів надбавки за тривалість безперервної роботи нараховуються від посадового окладу, підвищеного у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці.

Надбавки за почесні звання, за знання та використання в роботі іноземної мови, за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість у роботі нараховуються працівникам на посадовий оклад (тарифну ставку) з урахуванням підвищень.

Працівникам та робітникам надбавка нараховується у відсотках до посадового окладу, визначеного згідно з Розмірами посадових окладів (тарифних ставок) працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, визначені на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери (таблиця 11.1).

Працівникам психіатричних лікарень (відділень) з посиленням (суворим) наглядом, центрів та відділень судово-психіатричної експертизи та судово-психіатричних експертних комісій, які обслуговують спецконтингент, установлюється надбавка до посадового окладу, з урахуванням підвищень за кваліфікаційну категорію.

Оплата праці за чергування вдома та в стаціонарі

Чергування вдома. Лікарі та фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою закладів охорони здоров'я, які зайняті наданням медичної допомоги населенню, в т.ч. екстреної, можуть залучатися до чергування вдома.

Чергування вдома може надаватися лікарям — до п'яти посад з основних лікарських спеціальностей та чотирьох посад фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою (лаборант, рентгенолаборант, сестра медична операційна, сестра медична — анестезист) з урахуванням укомплектованості штатів, виробничої необхідності, кількості викликів і експертної їх оцінки.

Чергування здійснюються як у межах місячної норми робочого часу відповідних працівників за обліковий період, так і за її межами. Чергування вдома в денний та нічний час ураховується як півгодини за кожну годину чергування та оплачується, виходячи з посадового окладу, визначеного за тарифними ставками, з урахуванням підвищення за кваліфікаційну категорію.

У разі виклику працівника під час чергування (у заклад, на місце події та додому до хворого) час, витрачений на виклик, оплачується за фактично відпрацьовані години з розрахунку посадового окладу працівника, встановленого за штатним розписом, із збереженням діючого порядку оплати праці працівників охорони здоров'я у нічний час.

У такому самому порядку проводиться оплата чергувань удома в неробочий та нічний час працівників центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, професіоналів та фахівців медичних бригад постійної готовності та багатофункціональних медичних загонів спеціального призначення, що організовані для безпосереднього надання екстреної медичної допомоги та рятувальних робіт при аваріях, катастрофах, у разі стихійного лиха та надзвичайних ситуацій. Для працівників зазначених служб не застосовується абзац другий цього пункту.

Чергування в стаціонарі. Заклади охорони здоров'я, які мають стаціонари, належать до безперервно діючих закладів, медична допомога в яких надається цілодобово.

Чергування у стаціонарах здійснюються за рахунок місячної та понадмісячної норми робочого часу працівника.

Робочий час медичних працівників ураховується помісячно. Місячна норма робочого часу визначається, виходячи з установленої для даного працівника щоденної тривалості робочого часу, передбаченої для шестиденного робочого тижня, та кількості робочих днів у даному місяці. У місячну норму робочого часу включаються всі види робіт, які виконуються працівниками (тобто основна робота, чергування, виклик для надання допомоги хворим вдома тощо).

Залучення до чергувань лікарів амбулаторно-поліклінічних підрозділів лікувальних закладів, диспансерів, пологових будинків тощо, проводиться за їх згодою та відповідно до діючого законодавства про працю. Забороняється залучати до роботи в нічний час та до надурочних робіт осіб, які перелічені в статтях 55, 63 Кодексу законів про працю України.

Чергування в межах місячної норми робочого часу здійснюються штатними медичними працівниками за рахунок зменшення тривалості змін протягом місяця. Якщо чергування здійснювалось у робочі дні згідно з графіком роботи в межах місячної норми робочого часу, то додаткова оплата (понад посадовий оклад) не проводиться.

Чергування за графіком у вихідний та святковий день в межах місячної норми робочого часу може компенсуватися за згодою сторін наданням іншого дня відпочинку або в розмірі одинарної годинної ставки понад оклад (статті 72, 107 КЗпП України).

Лікарі та фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою можуть залучатися за їх згодою до чергувань понад місячну норму робочого часу без займання штатних посад з оплатою з фонду оплати праці. У цьому разі оплата роботи, яка виконується в робочі дні тижня, проводиться в одинарному розмірі понад оклад, а у вихідний день за графіком, святковий чи неробочий день — у розмірі подвійної годинної або денної ставки понад оклад (статті 106, 107 КЗпП України).

За чергування в нічний час проводиться додаткова оплата в розмірах, установлених як доплата за роботу в нічний час. У разі продовження працівником роботи внаслідок неявки працівника, якого замінює, до моменту закінчення зміни та неможливості замінити його іншим працівником оплата проводиться за фактично відпрацьовані години як робота в надурочний час (ст.106 КЗпП України).

Чергування понад місячну норму робочого часу не є сумісництвом. Залучення працівників до чергувань понад місячну норму робочого часу можливе тільки в тих

випадках, коли в закладі відсутні вакантні посади за цією спеціальністю. Годинні та денні ставки, визначаються виходячи з посадового окладу, встановленого з урахуванням підвищень.

Відрядна оплата праці

З метою зміцнення зацікавленості працівників у зростанні продуктивності праці та підвищенні рівня її нормування, якості робіт, що виконуються, керівники закладів та установ за умовами, що передбачені колективним договором, можуть уводити відрядну оплату праці.

Відрядна оплата праці може вводитись у межах фонду заробітної плати працівників, для яких вона застосовується. Відрядні розцінки встановлюються, виходячи з посадового окладу (тарифної ставки) за відповідною посадою (професією) і кваліфікації, а тим, хто працює за міжгалузевими єдиними нормами виробки або прогресивнішими нормами трудових витрат, — з підвищенням вказаного окладу (ставки) на 10 відсотків.

Оплата праці працівників закладів (відділів, відділень, лабораторій, кабінетів) зубопротезування

Оплата праці працівників закладів (відділів, відділень, лабораторій, кабінетів) зубопротезування проводиться:

- у закладах, що перебувають на державному бюджеті, — за погодинною системою, за винятком зубних техніків, полірувальників, ливарників та інших робітників, зайнятих на зуботехнічних роботах, оплата праці яких проводиться за відрядно-преміальною системою;
- у закладах, які перебувають на госпрозрахунку або утримуються за рахунок коштів спеціального фонду, — за погодинно-преміальною системою, за винятком зубних техніків, полірувальників, ливарників та інших робітників, зайнятих на зуботехнічних роботах, оплата праці яких проводиться за відрядно-преміальною системою.

Якщо відрядно-преміальна оплата праці економічно не доцільна або застосування її не викликане іншими причинами (у зуботехнічних підрозділах при стоматологічних інститутах, факультетах, кафедрах, медичних училищах, що є навчальними базами цих навчальних закладів, та ін.), то оплата праці зубних техніків здійснюється за погодинною або погодинно-преміальною системою.

Погодинні ставки зубних техніків, оплата праці яких здійснюється за відрядною системою, розраховуються, виходячи з посадових окладів зубних техніків та встановленої середньомісячної норми робочого часу.

Погодинні ставки зубних техніків, полірувальників, ливарників, які виконують зуботехнічні роботи із застосуванням дорогоцінних металів, підвищуються на 25 відсотків.

Якщо комісією закладу з контролю за якістю роботи із зубопротезування встановлено непридатність зубного протеза внаслідок неякісного його виготовлення, то із заробітної плати конкретного винуватця — посадової особи (лікаря, зубного техніка, полірувальника, ливарника та інших робітників, які зайняті на зуботехнічних

роботах) утримується вартість бракованого зубного протеза в порядку, передбаченому діючим законодавством.

Посадові оклади зубних техніків при погодинній та погодинно-преміальній оплаті праці встановлюються у розмірах зазначених у табл. 11.4.

Погодинні ставки полірувальників, ливарників та інших робітників, які зайняті на зуботехнічних роботах і праця яких оплачується за відрядною системою, устанавлюються відповідно до умов оплати праці працівників бюджетної сфери.

Умови оплати праці працівників закладів, відділень профілактичної дезінфекції

Погодинні ставки дезінфекторів-відрядників розраховуються, виходячи з посадових окладів дезінфекторів та місячної норми робочого часу.

Посадові оклади дезінфекторів при погодинно-преміальній системі оплати праці встановлюються у розмірах, передбачених тарифними ставками.

Умови оплати праці працівників закладів, відділень, відділів, кабінетів лікувальної косметики

Оплата праці працівників закладів, відділень, відділів, кабінетів лікувальної косметики проводиться таким чином:

- лікарів, фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою (за винятком медичних сестер з косметичних процедур) та молодших медичних сестер, технічних службовців і робітників — за погодинно-преміальною системою;
- медичних сестер з косметичних процедур — за відрядно-преміальною системою, а в тих випадках, коли застосування відрядної системи оплати праці економічно не доцільно, — за погодинно-преміальною системою. Посадові оклади медичних сестер з косметичних процедур при погодинно-преміальній системі оплати праці встановлюються у розмірах, зазначених у табл. 11.4.

Погодинні ставки медичних сестер з косметичних процедур при погодинно-преміальній системі оплати праці розраховуються, виходячи з посадових окладів фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою визначаються у відповідності до табл. 11.4 та місячної норми робочого часу.

Умови оплати праці медичних працівників, які обслуговують спортивні змагання і збори

Оплата праці медичних працівників, які залучаються для обслуговування спортивних змагань та навчально-тренувальних зборів поза межами робочого часу (у вечірній час, неробочі дні, під час відпустки та ін.), здійснюється організаціями, що проводять спортивні змагання та навчально-тренувальні збори, за відпрацьований час, виходячи з посадового окладу та встановленої місячної норми робочого часу.

У разі виїздів медичних працівників для обслуговування спортивних змагань та навчально-тренувальних зборів за місто їх посадові оклади, визначені за тарифною ставкою, з урахуванням підвищення за кваліфікаційну категорію підвищуються на 15 відсотків. При цьому відшкодовуються фактичні витрати за проїзд до місця зма-

гання (навчально-тренувального збору) та назад. До вказаних вище оплат включено оплату за відпустку. У разі залучення медичних працівників до обслуговування спортивних змагань у межах їх робочого часу за ними зберігається заробітна плата за основним місцем роботи, а оплата за межами робочого часу, що передбачена даними Умовами, не проводиться.

Умови оплати праці лікарів, які залучаються для проведення обов'язкових медичних оглядів

Обов'язкові медичні огляди працівників бюджетних закладів та установ проводяться відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 № 559 за рахунок коштів, передбачених у кошторисі закладів охорони здоров'я, що їх здійснюють. Оплата праці лікарів, які проводять ці огляди в межах свого робочого часу, здійснюється за рахунок зазначених коштів, виходячи з посадових окладів, установлених з урахуванням підвищень.

Лікарям, які проводять обов'язкові медичні огляди категорій працівників (громадян) відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 17.09.96 № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти», оплата праці здійснюється за рахунок коштів спеціального фонду закладу охорони здоров'я за фактично відпрацьований час, виходячи з посадових окладів (тарифних ставок), передбачених цими Умовами.

Умови оплати праці сезонних робітників протичумних закладів

Оплата праці сезонних робітників протичумних закладів проводиться за погодинною або погодинно-преміальною системою.

Погодинна система застосовується для оплати праці сезонних працівників, які зайняті на підготовчих та допоміжних роботах в обстежувальних та контрольних групах, в епідеміологічних загонах, на роботах з виготовлення приманок, а також для оплати праці копцевих, заправників отрут та інших сезонних робітників.

Погодинно-преміальна система застосовується для оплати праці сезонних робітників, які зайняті безпосередньо на роботах з винищування гризунів.

Оплата праці сезонних робітників протичумних закладів проводиться за тарифною ставкою працівника I тарифного розряду, підвищеною на 12 відсотків.

При годинно-преміальній системі оплати праці сезонних робітників, які безпосередньо зайняті на роботах з винищування гризунів, денна ставка розраховується з розміру тарифної ставки працівника I тарифного розряду.

Денні завдання (норми) на виконання роботи з винищування гризунів в ензоотичних з чуми районах України встановлюються Міністерством охорони здоров'я України в установленому порядку.

Простої не з вини сезонних робітників (унаслідок непогоди та інших причин) оплачуються за погодинними ставками, розрахованими з тарифної ставки працівника I тарифного розряду.

Сезонним робітникам протичумних закладів, які зайняті на роботах з винищування гризунів, замість добових та квартирних виплачується компенсація з розрахунку тарифної ставки працівника I тарифного розряду за фактично виконану роботу в кожному місяці.

**Умови оплати праці працівників розвізної
та розносної торгівлі медичними
та іншими товарами аптечного асортименту**

Оплата працівників розвізної та розносної торгівлі проводиться, виходячи з вартості реалізованих товарів, за розцінками, що не перевищують розмірів, зазначених у табл. 11.18.

Таблиця 11.18

ОПЛАТА ПРАЦІВНИКІВ РОЗВІЗНОЇ ТА РОЗНОСНОЇ ТОРГІВЛІ

Група товарів	Розмір винагороди (розцінки в %) від вартості реалізованих товарів
Лікарські засоби та дезінфекційні препарати	15
Перев'язувальні матеріали, предмети санітарії, гігієни та догляду за хворими	3

Оплата праці завідувачів аптечних пунктів (медичних працівників, які не входять до штату аптек) проводиться за рахунок сум реалізованих аптечним пунктом медичних товарів за розцінками, що не перевищують 13 відсотків їх роздрібної ціни.

Конкретні розміри розцінок затверджуються МОЗ Автономної Республіки Крим, управліннями охорони здоров'я обласних, міських (міст Києва і Севастополя) державних адміністрацій.

**Преміювання працівників
та надання матеріальної допомоги**

Преміювання працівників проводиться у межах фонду заробітної плати закладу охорони здоров'я. Керівники закладів та установ за погодженням з профспілковими комітетами затверджують положення про преміювання працівників. Розмір премії працівника залежить від особистого внеску в загальні результати роботи підрозділу, закладу і граничними розмірами не обмежується.

Преміювання керівників закладів, установ та їх заступників здійснюється за рішенням органу вищого рівня.

Керівники мають право надавати працівникам матеріальну допомогу, в тому числі на оздоровлення, в сумі не більше ніж один посадовий оклад на рік, крім матеріальної допомоги на поховання.

Виплата матеріальної винагороди за ефективне управління державним майном керівникам державних підприємств проводиться згідно Наказом МОЗ України «Положення про виплату матеріальної винагороди за ефективне управління державним майном керівникам державних підприємств сфери управління МОЗ України» від 30.01.2007 № 48 та повинна здійснюватись з урахуванням затвердженого на підприємстві порядку розподілу частини чистого прибутку та в прямій залежності розміру винагороди від приросту чистого прибутку, отриманого від провадження господарської діяльності.

Виплата винагороди проводиться за результатами виконання основних показників господарської діяльності підприємства (фінансового плану) з метою зацікавлення керівників в ефективному виконанні завдань з управління державним майном, у кінцевих результатах діяльності підприємства та отриманні максимальних прибутків.

Винагорода виплачується при виконанні Показників та розмірів матеріальної винагороди за ефективне управління державним майном та умов її виплати керівникам державних підприємств, затверджених першим заступником Міністра охорони здоров'я України 06.10.2006 за погодженням з Міністерством економіки України і Міністерством праці та соціальної політики України (табл. 11.19).

Таблиця 11.19

**ПОКАЗНИКИ ТА РОЗМІРИ МАТЕРІАЛЬНОЇ ВИНАГОРОДИ
ЗА ЕФЕКТИВНЕ УПРАВЛІННЯ ДЕРЖАВНИМ МАЙНОМ ТА УМОВ ЇЇ ВИПЛАТИ
КЕРІВНИКАМ ДЕРЖАВНИХ ПІДПРИЄМСТВ**

№ з/п	Показники	Розміри матеріальної винагороди, % посадового окладу	Умови виплати
1	Зменшення дебіторської заборгованості	100	Зменшення дебіторської заборгованості не менше ніж на 25,0 % у порівнянні з попереднім роком
2	Зменшення кредиторської заборгованості	100	Зменшення кредиторської заборгованості не менше ніж на 25,0 % у порівнянні з попереднім роком
3	Випереджаюче зростання розміру тарифної ставки робітника I розряду основного виробництва по відношенню до законодавчо встановлених темпів зростання мінімальної заробітної плати на відповідний рік	50	При випереджаючому зростанні розміру тарифної ставки робітника I розряду основного виробництва по відношенню до законодавчо встановлених темпів зростання мінімальної заробітної плати не менше ніж на 20,0 % і за кожні 20,0 % зростання — 10,0 % посадового окладу
4	Забезпечення зростання середньої заробітної плати робітників	50	При забезпеченні зростання середньої заробітної плати працівників не менше ніж на 20 % у порівнянні з відповідним періодом попереднього року
5	Зростання рентабельності підприємства	100	При зростанні рентабельності підприємства: до 1,0 % застосовувати коефіцієнт 1, до 5,0 % — 2, до 10,0 % — 3, більше 10,0 % — 4
6	Залучення фінансових інвестицій	20	У разі залучення інвестицій в розмірі не менше ніж 10,0 % оборотних коштів та виконання умов інвестування протягом звітного періоду
7	Виконання програми соціального розвитку колективу	10	При направленні на соціальний розвиток колективу не менше ніж 5 % чистого прибутку
8	Управління необоротними активами вартістю понад 1 млн. грн.	10	За кожен 1 млн гривень
9	Управління доходами від реалізації робіт (послуг)	10	За кожен 1 млн гривень
Розмір винагороди не може перевищувати 10 посадових окладів керівника, визначених у контракті, та в межах розміру чистого прибутку, що залишаються в розпорядженні підприємства для матеріального заохочення керівника підприємства			

Виплата винагороди не повинна здійснюватись за рахунок зменшення соціальних гарантій працівникам підприємства, визначених у колективному договорі. Винагорода встановлюється диференційовано від розміру чистого прибутку, що залишається в розпорядженні підприємства. Винагорода виплачується один раз на рік за підсумками фінансово-господарської діяльності підприємства на підставі даних бухгалтерської та статистичної звітності за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України.

Керівник державного підприємства у двомісячний термін по закінченні року подає Міністерству охорони здоров'я звіт про результати виконання показників (додаток 14), передбачених пунктом 4 Наказу МОЗ України «Положення про виплату матеріальної винагороди за ефективне управління державним майном керівникам державних підприємств сфери управління МОЗ України» від 30.01.2007 № 48.

Разом із звітом подаються копії документів:

- форма 1 «Баланс підприємства» станом на 01.01.200__ р.;
- форма 2 «Звіт про фінансові результати» за 200__ р.;
- форма 1-Б «Звіт про фінансові результати і дебіторську та кредиторську заборгованість»;
- звіт з праці 1-ПВ термінова — місячна (форма № 1-ПВ);
- витяг із колективного договору про встановлення розмірів тарифної ставки першого розряду робітника та з штатного розпису (мінімальний посадовий оклад (ставка) працівника основної професії);
- витяг з протоколу засідання профкому про виконання колективного договору з соціальних питань.

Розмір винагороди призначається по кожному з показників окремо, загальна сума якої не може перевищувати розміру 10 посадових окладів керівника на час призначення винагороди. У випадку невиконання умов та показників, передбачених у контракті, допущення на підприємстві нещасного випадку із смертельним наслідком з вини підприємства, наявності заборгованості із заробітної плати працівникам, невиконання наказів Міністерства охорони здоров'я України, погіршення показників роботи підприємства у порівнянні з попереднім періодом, винагорода керівнику не виплачується.

Соціальні виплати

Соціальні виплати (бенефіси) є складовою доходів найманих працівників закладів охорони здоров'я. Переважно ця складова використовується при формуванні оплати праці працівників закладу недержавної форми власності.

В країнах з розвинутою системою охорони здоров'я заробітна плата складає 50-70 % від загальних витрат на утримання персоналу. Інше — соціальні виплати, що включають повну або часткову виплату за такими статтями:

- медична допомога на випадок хвороби:
 - виплата частки (або всього пакету) обов'язкового медичного страхування;
 - добровільне медичне страхування (окремо — за стоматологічні та профілактичні медичні послуги);
 - медичне страхування членів родини;
 - оздоровчі (до відпустки);
- оплата санаторно-курортного лікування, туристичних путівок;
- транспорт;

- харчування під час роботи;
- підвищення кваліфікації працівників закладу;
- отримання другої освіти;
- страхування життя працівників закладу та членів родини;
- корпоративні вечірки, пікніки, загородні поїздки;
- консультування з юридичних, фінансових та інших питань;
- надання позики;
- надання кредиту за зниженими відсотками з метою придбання житла, транспорту тощо;
- послуги мобільного зв'язку;
- подарунки до дня народження, ювілею;
- тощо.

Соціальні виплати можуть бути організовані за принципом «кафетерію», коли в межах визначеної суми кожний співробітник сам обирає ті види оплати, які для нього більш привабливі. До соціальних виплат також відносяться відрахування в пенсійні фонди.

Бенефіси, як вид постійних виплат, приваблюють заклади охорони здоров'я недержавної форми власності у зв'язку з тим, що здійснюються за статтями балансу, що не підлягають оподаткуванню соціальним податком. Тому впровадження такого підходу до оплати роботи персоналу закладу знижує його вартість для закладу порівняно з прямими грошовими виплатами. Бенефіси надають можливість збільшити матеріальне мотивування праці найбільш компетентних лікарів та середнього медичного персоналу.

Дивіденди та опціони

Ефективність роботи працівника та його доходи легко контролюються на всіх рівнях ієрархії, за винятком топ-менеджменту. Посадові оклади керівників та головних лікарів часто не пов'язані з прибутком закладу, курсом акцій та іншими результатами виробничої та господарчої діяльності.

Дивіденди до дохід від зростання курсової вартості акцій складають значну частину загального доходу топ-менеджменту. В багатьох фірмах суттєва оплата діяльності менеджерів через опціони.

Дивіденди — частина прибутку закладу, що працює у формі господарчого товариства, що розподіляється у відповідності до Статуту після сплати податків та обов'язкових платежів.

Опціони — право придбати або продати цінні папери за наперед визначеною ціною у визначений термін.

11.5. Підготовка провізорів та фармацевтів

11.5.1. Тенденції фармацевтичної освіти в різних країнах світу

Умови прийому до фармацевтичних закладів освіти. Основною умовою прийому до фармацевтичних вищих навчальних закладів у країнах Європи є 11—13-річне навчання в загальноосвітній школі.

У Бельгії необхідно навчатися 12 років у школі. Володарі шкільних атестатів автоматично мають право навчатися у фармацевтичних Вузах без обмежень.

В Данії також потрібно 12 років шкільного навчання. Оскільки кількість охочих поступити в фармацевтичні Вузи приблизно в три рази більше необхідної кількості фахівців, то вводиться конкурсна основа до вступу в такі заклади освіти. Три чверті студентів приймаються на конкурсній основі. Для вступу потрібно мати достатньо високий середній бал атестату з високими оцінками з хімії, фізики і математики. Остання чверть студентів приймається на основі інших обставин, таких як досвід роботи, соціальні чинники, період очікування надходження (якщо людина вже декілька років наполегливо намагається поступити), тривалість перебування закордоном.

Для вступу в фармацевтичні вищі навчальні заклади Німеччини потрібно закінчити 13-річний шкільний курс навчання. Конкурс під час вступу до фармацевтичних Вузів складає близько 3-х чоловік на місце. 60 % абітурієнтів приймаються на основі конкурсу атестатів (загальний бал). У 40 % випадків приймаються до уваги різні чинники, на зразок тих, що діють в Данії, а також рівень доходу абітурієнта.

В Іспанії необхідна 11-річна шкільна освіта і потім ще рік передуніверситетської освіти, коли учні повинні вибрати певну спеціалізацію (мистецтво, біологічні науки, технології, тощо). Учні, які хочуть надалі вивчати фармацію повинні вибрати біомедичну спеціалізацію. В кінці року проводиться екзамен з підготовчого курсу. Потім проводяться загальні вступні іспити до Вузів, які долають близько 80 % абітурієнтів. Кількість місць на фармацевтичні факультети визначає щорічно Комітет, що складається з представників Міністерства охорони здоров'я й вищого навчального закладу. Кількість місць, як правило, відповідає кількості абітурієнтів.

В Італії діє 13 річне шкільне навчання. На останньому році шкільного навчання учні спеціалізуються по різних напрямках. Проте вибір спеціалізації не впливає на вибір вищої освіти. Шкільний атестат зазвичай дає право його володареві поступити до вищого навчального закладу для здобування фармацевтичної освіти. Загалом які-небудь обмеження відсутні.

У Португалії потрібно закінчити 12 років шкільного навчання. На останніх роках навчання проводиться спеціалізація по різних напрямках наук і мистецтва, проте вибір такого напрямку не впливає на можливість вибору подальшої вищої освіти. При прийомі до вищих навчальних закладів приймаються до уваги шкільні оцінки за останні три роки навчання. Проте вирішальними є результати вступних екзаменів з хімії і біології. Ліміт місць узгоджується з Міністерством охорони здоров'я.

Великобританія визначає за необхідне попереднє шкільне навчання протягом 12—13 років (залежно від частини країни). Спеціалізація вибрана останніми роками шкільного навчання впливає на вибір подальшої вищої освіти. Прийом в інститут проводиться на основі конкурсу атестатів при особливій увазі до оцінок з хімії. Кількість місць обмежена відповідно до наявних ресурсів вищого навчального закладу (приміщення, викладачі).

Структура і організація курсу навчання. У Бельгії щороку навчання закінчується іспитом. Існують ще додаткові проміжні іспити, що проводяться протягом року. Перший рік курсу присвячений вивченню загальних теоретичних дисциплін. А з другого року навчання починається концентрація навчання на деяких фармацевтичних аспектах. В кінці другого року проводиться іспит на проміжний диплом. Спеціальні фармацевтичні знання викладаються на 3—5 курсах. У кінці кожного року навчання проводяться іспити.

У Данії в кінці кожного курсу проводяться іспити. Останні півроку навчання вводиться спеціалізована програма з можливістю напівфакультативного (вибіркового) вивчення деяких предметів.

При вивченні фармації в Німеччині курс з кожного предмету навчальної програми зазвичай закінчується тестом або колоквіумом. Перша частина екзаменів з базисних (фармацевтичних) предметів здається після другого року навчання. Спеціальні фармацевтичні знання викладаються на 3 і 4 курсах, з них також здаються іспити. Останні іспити (третя частина) здаються після останнього року навчання (виробнича практика).

В Іспанії мінімальний курс навчання становить 5 років, а мінімальна кількість годин навчальної програми дорівнює 3000. Обов'язковий курс становить близько 55 % від загальної кількості годин. На розсуд вищого навчального закладу наступні 35 % годин розподіляються між додатковими обов'язковими предметами, а також різними факультативами, запропонованими вищим навчальним закладом. 10 % годин повністю надаються студентам для факультативних занять у ВНЗ. Всі студенти, які прослуховують обов'язкові і факультативні (вибіркові) предмети і успішно завершили виробничу практику, отримують диплом про вищу освіту.

У Люксембурзі навчання на першому курсі закінчується іспитом, здавши який можна продовжити освіту у ВНЗ інших країн.

У Португалії іспити здаються 2 рази на рік в кінці кожного семестру. Їх необхідно здати для продовження навчання. Особлива увага приділяється аптечній справі (у загальнодоступних і лікарняних аптеках), виробництву і клінічному аналізу.

Програми фармацевтичних вищих навчальних закладів Великобританії узгоджуються і затверджуються Королівським Фармацевтичним товариством Великобританії. Вони можуть відрізнятися в різних ВНЗ, але схожі із основною частиною навчання. Іспити проводяться кожен семестр або в кінці року навчання. При закінченні навчання проводяться завершальні іспити. Після виробничої практики проводиться кваліфікаційний іспит з фармації, що автоматично дає право на членство в Королівському Фармацевтичному товаристві Великобританії і реєстраційне звання фармацевта.

11.5.2. Підготовка фармацевтичних кадрів в Україні

Поетапне входження України до Європейського Союзу пов'язано з рядом вимог. Зокрема, одним з першочергових завдань інтеграції до ЄС є гармонізація нормативно-правової бази України, адаптованої до стандартів та умов згідно з вимогами GMP, GDP та GPP ЄС. Друга глава GMP ES (Good Manufacturing Practice for Medicinal Products ES) повністю присвячена персоналу, де чітко визначені основні принципи та загальні вимоги до окремих працівників та професійних угруповань. Окремо підкреслено, що кожний співпрацівник повинен чітко розуміти особисту відповідальність, яка має бути задокументована. Весь персонал обов'язково повинен проходити первинне та перманентне подальше навчання відповідно до його посадових обов'язків, професії та кваліфікаційних характеристик.

Фармацевтична галузь є специфічною сферою діяльності, якість продукції якої залежить від складу персоналу, його професійних знань, умінь, навичок. Усе це визначило необхідність науково обґрунтувати розробку організаційно-методичних складових сучасних технологій управління, підготовки, перепідготовки, удоскона-

лення та атестації персоналу фармацевтичних підприємств галузі, гармонізованих до стандартів та норм GMP, GDP та GPP ЄС.

Завдання, обов'язки, необхідний професійний рівень та освітньо-кваліфікаційні вимоги до персоналу визначаються кваліфікаційними характеристиками за посадою працівника та окремих професійних угруповань, які являються юридично-правовим підґрунтям для вилучення застарілих та внесення до Державного Класифікатора ДК 003-95 новостворених професій, посад.

Підготовка фармацевтичних кадрів в Україні проводиться за такими освітньо-кваліфікаційними рівнями та напрямками:

- *Молодші спеціалісти* — навчання проводиться в медичних ВНЗ I-II рівнів акредитації та спеціалізованих навчальних закладах (наприклад, Житомирське фармацевтичне училище ім. І. Протасовича) за спеціальностями: «фармація», «виробництво фармацевтичних препаратів», «аналітичний контроль якості хімічних лікарських сполук». Молодші спеціалісти можуть обіймати посади фармацевта з виготовлення ліків у аптеці, фармацевта з без рецептурного відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення, завідувача аптечного пункту I групи або філіалу аптеки, фармацевта аптечного складу, лаборанта контрольно-аналітичної лабораторії, тощо.

- *Бакалаври* — можуть обіймати посади провізора аптеки, провізора аптечного складу, провізора фармацевтичного підприємства, провізора контрольно-аналітичної лабораторії. Бакалаври не можуть обіймати керівних посад.

- *Спеціалісти* — навчання проводиться на фармацевтичних факультетах ВНЗ III—IV рівнів акредитації. Спеціалісти-провізори можуть працювати на посадах різних ієрархічних рівнів у контрольно-аналітичних лабораторіях, кабінетах фармацевтичної інформації, магазинах медичної техніки, на аптечних базах, фармацевтичних підприємствах, дистриб'юторських фармацевтичних фірмах тощо.

- *Магістри* — навчання проводиться на фармацевтичних факультетах ВНЗ IV рівня акредитації. Підготовка магістрів фармації проводиться одночасно з їх навчанням в інтернатурі. Магістри мають право обіймати посади наукових співробітників, викладачів ВНЗ, консультантів та радників.

Особа, що набула спеціальності «фармацевт» чи «провізор» не в Україні, працювати на її території за фахом не має права. Порядок допуску до фармацевтичної діяльності таких фахівців зазначено в наказі Міністерства охорони здоров'я України № 118-С від 19 серпня 1994 р. Зазначеним наказом затверджений «Порядок допуску до медичної та фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну чи фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн».

Відповідно до цього документа, громадяни України, які пройшли підготовку в медичних або фармацевтичних навчальних закладах за кордоном, можуть бути допущені до медичної та фармацевтичної діяльності в Україні:

- ♦ лікарі та провізори — з дозволу Міністерства охорони здоров'я України;
- ♦ молодші медичні та фармацевтичні працівники — з дозволу управлінь охорони здоров'я обласних (міських) рад місцевого самоврядування.

До роботи на посаді провізора допускаються:

- особи, які пройшли підготовку у вищих навчальних закладах фармацевтичного профілю за межами СНД з терміном навчання не менше як 4,5 року з присвоєнням кваліфікації провізора, доктора або магістра фармації, або іншого еквівалентного ступеня і правом самостійно займатись провізорською практикою;

- особи, які пройшли підготовку у вищих фармацевтичних навчальних закладах (факультетах) на території країн СНД до 1992 р. або після 1992 р. і пройшли одну річну інтернатуру з отриманням звання провізора загального профілю.

До роботи на посаді фармацевта допускаються:

- особи, які пройшли підготовку у вищому фармацевтичному навчальному закладі на території країн СНД до 1992 р. чи мають стаж роботи за спеціальністю, або особи, які пізніше пройшли 3-місячну післядипломну підготовку і мають право на самостійну діяльність за фахом;

- особи, які пройшли підготовку у фармацевтичних навчальних закладах з терміном навчання не менше ніж 2 роки і одержали диплом з присвоєнням кваліфікації фармацевта, помічника провізора, помічника аптекаря або іншого еквівалентного ступеня, а також особи, які пройшли підготовку у вищому фармацевтичному навчальному закладі (факультеті) чи пройшли підготовку в обсязі їх повних 4-х курсів (8 семестрів).

Перелік документів, які потрібно надати для отримання дозволу:

- ◆ заява встановленої форми;
- ◆ довідка про роботу за фахом;
- ◆ нотаріально засвідчені копії оригіналу навчального плану з печаткою закладу освіти, у якому навчався заявник, та його переклад українською мовою з переліком дисциплін та зазначенням кількості годин навчання за кожною дисципліною (для громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн, крім країн СНД);

- ◆ копія диплома про освіту, легалізована згідно з чинним законодавством (визнаються лише дипломи осіб, які пройшли підготовку в навчальних закладах, офіційно визнаних урядом відповідної країни як фармацевтичні заклади).

Легалізація — це надання юридичної сили документам, які були видані на території іноземної держави. Ці документи мають бути нотаріально засвідчені за місцем їх видачі і перекладені на українську мову та легалізовані в консульській установі України. Зазначені документи можуть бути також засвідчені в посольстві відповідної держави в Україні та легалізовані в МЗС України. Не потрібна легалізація документів, які були видані в країнах — членах СНД, а також у Албанії, Алжирі, Болгарії, Угорщині, В'єтнамі, Кореї, Кубі, Монголії, Румунії, Польщі, Чехії, Словаччині та країнах, що утворилися на території колишньої Югославії. Правильність перекладу документів з іноземної на українську мову засвідчується нотаріально.

Для громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн, крім країн СНД, підставою для видачі посвідчення є експертний висновок комісії, створеної при Центральному методичному кабінеті з вищої медичної освіти МОЗ України, яка визначає відповідність виконання навчального плану заявника діючим державним стандартам підготовки фахівців у вищих медичних закладах освіти I–IV рівнів акредитації МОЗ України. При цьому не менше ніж 75 % професійно орієнтованих дисциплін повинні збігатися за переліком і обсягом навчальних годин з діючими в Україні навчальними планами. При виявленні розбіжностей виконання навчального плану заявника більше ніж на 25 % з державними стандартами підготовки фахівців у вищих медичних закладах освіти I–IV рівнів акредитації МОЗ України комісія визначає необхідний додатковий термін навчання заявника у відповідних закладах освіти МОЗ України за рахунок заявника.

Допуск здійснюється шляхом видачі посвідчення встановленої форми, причому посвідчення не є документом про освіту, а тільки надає дозвіл на право займатися фармацевтичною діяльністю. Якщо перерва в роботі за фахом становить більше ніж 3 роки для осіб з вищою фармацевтичною освітою на момент розгляду питання про видачу посвідчення на право зайняття фармацевтичною діяльністю, посвідчення видається після проходження особою стажування і отримання посвідчення провізора-спеціаліста.

Післядипломна освіта провізорів: включає навчання в інтернатурі, циклову підготовку в інститутах або на факультетах удосконалення провізорів, курси інформатики та стажування. Інтернатура є початковим етапом післядипломної освіти провізорів, яка здійснюється за індивідуальним планом на базі типових навчальних планів і програм післядипломної підготовки. Підготовка в інтернатурі поділяється на 2 частини: заочну та очну.

Атестація провізорів. Атестація провізорів проводиться з метою підвищення професійної майстерності, відповідальності за ефективність та якість роботи; є важливою формою морального та матеріального стимулювання, спрямованою на вдосконалення діяльності аптечних закладів (підприємств) усіх форм власності, що займаються фармацевтичною діяльністю.

Основним завданням атестації є визначення рівня професійної підготовки провізорів та підвищення їх кваліфікації.

Існують такі ***види атестації:***

- атестація на визначення рівня знань та практичних навиків з присвоєнням (підтвердженням) фаху «провізор-спеціаліст»;
- атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестація на визначення рівня знань та практичних навиків з присвоєнням (підтвердженням) фаху «провізор-спеціаліст» проводиться комісіями, що створюються при вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах III—IV рівнів акредитації та навчальних закладах післядипломної освіти, які проводять підготовку та перепідготовку провізорів.

Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій проводиться комісіями, що створюються при Міністерстві охорони здоров'я України (далі — Центральна атестаційна комісія), державних інспекціях з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі (далі — атестаційні комісії).

Атестаційні комісії при державних інспекціях з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі проводять атестацію провізорів, які працюють в аптечних закладах (підприємствах) усіх форм власності, що займаються фармацевтичною діяльністю на території даного регіону.

Провізори, які працюють в аптечних закладах (підприємствах), підпорядкованих відомствам, що не мають своїх атестаційних комісій, проходять атестацію з дотриманням вимог цього Положення в атестаційних комісіях системи Міністерства охорони здоров'я України за місцезнаходженням.

Центральна атестаційна комісія проводить атестацію:

- ◆ членів атестаційних комісій (провізорів за фахом);
- ◆ начальників, заступників начальників, заступників начальників-завідуючих лабораторіями з контролю якості лікарських засобів державних інспекцій з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі;
- ◆ начальників та заступників начальників фармацевтичних управлінь державних адміністрацій;
- ◆ Голови правління, його заступників, директорів департаментів, начальників відділів Державної акціонерної компанії ДАК «Ліки України»;
- ◆ керівників об'єднань «Фармація» (незалежно від організаційно-правової форми);
- ◆ керівників баз та баз спеціального медичного постачання (центральна, обласна) Міністерства охорони здоров'я України.

У Центральній атестаційній комісії атестуються наукові та науково-педагогічні працівники вищих фармацевтичних та медичних навчальних закладів III—IV рівнів акредитації, навчальних закладів післядипломної освіти, науково-дослідних та науково-експертних установ, які в установленому порядку допущені до провізорської діяльності.

Особи, яким присвоєна кваліфікаційна категорія, проходять атестацію на її підтвердження не рідше одного разу на п'ять років.

На бажання спеціаліста атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії може бути проведена і через менший строк, але не раніше ніж через один рік з моменту попередньої атестації.

У разі виявлення істотних недоліків у роботі провізора керівник установи може направити подання на розгляд до атестаційної комісії про зняття або перегляд кваліфікаційної категорії незалежно від строку її присвоєння (підтвердження).

Від атестації на підтвердження фаху «провізор-спеціаліст» та на підтвердження кваліфікаційної категорії звільняються жінки, які перебувають у відпустці в зв'язку з вагітністю та пологами, а також особи, що перебувають у відпустці для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. Термін їх атестації відповідно переноситься.

Спеціалісти (за фахом хіміки, біологи), які працюють на посадах наукових працівників лабораторій з контролю якості лікарських засобів або провізорських, атестуються на присвоєння кваліфікаційних категорій за провізорською спеціальністю «Аналітично-контрольна фармація».

Атестація на визначення рівня знань та практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) фаху «провізор-спеціаліст»

Атестації на визначення рівня знань та практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) фаху «провізор-спеціаліст» підлягають особи, які закінчують навчання в інтернатурі та через кожні п'ять років після проходження курсів підвищення кваліфікації, якщо провізор не атестується на кваліфікаційну категорію.

Атестація з присвоєнням (підтвердженням) фаху «провізор-спеціаліст» має передувати зайняттю особою провізорської посади в закладах охорони здоров'я, що відповідає цій спеціальності.

Провізори, які не працювали за конкретною провізорською спеціальністю більше п'яти років, та провізори, які своєчасно не пройшли атестацію на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії або яким відмовлено в присвоєнні (підтвердженні) другої кваліфікаційної категорії, не можуть займатися провізорською діяльністю з цієї спеціальності без попереднього проходження атестації на визначення рівня знань та практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) фаху «провізор-спеціаліст».

Час навчання в аспірантурі за фахом, перебування у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами, відпустці для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку не зараховуються до строку перерви в роботі за спеціальністю.

Атестація провізорів на присвоєння кваліфікаційної категорії

До атестації на присвоєння кваліфікаційних категорій допускаються провізори-спеціалісти за спеціальностями, передбаченими Номенклатурою провізорських спеціальностей, що отримали сертифікат провізора — спеціаліста та закінчили про-

тягом року перед атестацією передатестаційний цикл у навчальному закладі післядипломної освіти або на факультеті післядипломної освіти.

Від передатестаційного циклу звільняються науково-педагогічні працівники кафедр навчальних закладів післядипломної освіти та факультетів післядипломної освіти, якщо вони атестуються за профілем кафедри. Ці спеціалісти складають тільки передатестаційний іспит.

Провізори, які закінчили навчання в аспірантурі і мають необхідний стаж практичної роботи за даною спеціальністю, допускаються протягом року після закінчення навчання до атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії без проходження передатестаційного циклу. Передатестаційний іспит вони складають перед закінченням навчання на кафедрах навчальних закладів післядипломної освіти, факультетів післядипломної освіти, на яких створені екзаменаційні комісії за відповідним фахом.

Комплектування передатестаційних циклів проводиться відповідно до щорічної потреби закладів охорони здоров'я в навчанні провізорів, що підлягають атестації. Путівки на передатестаційний цикл видає навчальний заклад післядипломної освіти або факультет післядипломної освіти відповідно до подання заявки закладом охорони здоров'я або за особистою заявою провізора.

Після закінчення передатестаційного циклу екзаменаційна комісія, яка створюється на базі навчального закладу післядипломної освіти (факультету післядипломної освіти) провізорів, проводить іспит. Провізорам, які успішно склали іспит, заклад освіти видає свідоцтво відповідного зразка (Додаток 3) з рекомендацією про присвоєння відповідної кваліфікаційної категорії.

Провізори, які бажають пройти атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії, подають необхідні документи до атестаційної комісії не пізніше ніж за два місяці до початку її роботи.

До атестаційної комісії подаються такі документи: заява провізора; звіт про професійну діяльність за останні три роки, затверджений керівником закладу, в якому працює провізор; копії: дипломів, трудової книжки, сертифіката провізора-спеціаліста або посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії, якщо таке було видане раніше; свідоцтво закладу освіти або факультету післядипломної освіти про складання іспиту після закінчення передатестаційного циклу; заповнений атестаційний листок.

Провізори, які змінювали місце роботи за останні три роки, подають звіти також з попередніх місць роботи, затверджені керівниками цих аптечних закладів (підприємств).

Звіт провізор готує в довільній формі обсягом не більше ніж 20 сторінок друкованого тексту.

Вимоги до звіту. У першій частині звіту вказуються нормативно-правові акти, які використовуються в роботі.

У другій частині зазначаються: загальна характеристика аптечного закладу; контингент населення, що обслуговується, наявність закладів охорони здоров'я, функціональні обов'язки звітувача.

У третій частині викладається аналіз професійної діяльності за звітний період.

У четвертій частині характеризується суспільна діяльність.

Провізори, що атестуються на першу та вищу кваліфікаційні категорії, акцентують свою увагу на питаннях розвитку виробничої діяльності, рекомендаціях з удосконалення медикаментозного обслуговування, інформаційного забезпечення тощо.

Атестаційна комісія звіт провізора направляє на рецензію висококваліфікованим спеціалістам.

Атестаційна комісія виносить своє рішення про присвоєння провізору-спеціалісту кваліфікаційної категорії на підставі рецензії на звіт, вищезазначених документів та співбесіди зі спеціалістами.

Кваліфікацію провізора-спеціаліста визначає атестаційна комісія *за трьома кваліфікаційними категоріями*:

- *друга кваліфікаційна категорія* — присвоюється провізорам зі стажем роботи з даної спеціальності не менше п'яти років, які мають необхідну теоретичну та практичну підготовку за своєю спеціальністю;

- *перша кваліфікаційна категорія* — присвоюється провізорам зі стажем роботи з даної спеціальності не менше семи років, які мають необхідну теоретичну та практичну підготовку за своєю та суміжними спеціальностями;

- *вища кваліфікаційна категорія* — присвоюється провізорам зі стажем роботи з даної спеціальності не менше ніж 10 років і які мають високу теоретичну та практичну підготовку.

До стажу роботи за спеціальністю для атестації на кваліфікаційну категорію зараховуються: період роботи за спеціальністю, навчання в інтернатурі, аспірантурі, робота в органах охорони здоров'я та науково-педагогічна діяльність.

Приватна діяльність за однією з провізорських спеціальностей, що підтверджується відповідними документами, зараховується до стажу роботи з цієї спеціальності. Атестація провізора може проводитись як за основним місцем роботи, так і за сумісництвом.

Провізори, які працюють в органах охорони здоров'я, комітетах профспілки працівників охорони здоров'я, державних інспекціях з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, атестуються за спеціальністю «організація і управління фармацією», а також за іншими спеціальностями, якщо вони працюють за сумісництвом у аптечних закладах.

Атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії

Атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії підлягають провізори, яким присвоєні кваліфікаційні категорії, у строк до 5 років з дня проведення попередньої атестації.

Від атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії звільняються жінки, які перебувають у відпустці в зв'язку з вагітністю та пологами, а також особи, що перебувають у відпустці для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. Термін їх чергової атестації відповідно переноситься.

У разі виробничої необхідності або з інших об'єктивних причин термін атестації провізорів на підтвердження кваліфікаційної категорії може бути перенесено наказом Державної інспекції, де має атестуватися провізор, на строк не більше одного року.

Перед атестацією на підтвердження кваліфікаційної категорії провізори проходять передатестаційний цикл у навчальних закладах післядипломної освіти або на факультетах післядипломної освіти. Після закінчення передатестаційного циклу екзаменаційна комісія, яка створюється на відповідній кафедрі, проводить іспит. Провізорам, які успішно склали іспит, навчальний заклад видає свідоцтво відповідного зразка з рекомендацією про підтвердження відповідної кваліфікаційної категорії.

Атестація фармацевтів

Атестація фармацевтів проводиться з метою підвищення відповідальності за ефективність та якість роботи, професійного рівня та ефективності медичної допомоги населенню. Атестація є важливою формою морального та матеріального стимулювання, спрямована на вдосконалення діяльності аптечних закладів (підприємств) усіх форм власності, що займаються фармацевтичною діяльністю.

Основне завдання атестації — визначити обсяг знань і практичних навичок, якими володіють фармацевти, рівень їхньої професійної підготовки, своєчасне підвищення їх кваліфікації.

Існують такі *види атестації фармацевтів*:

- атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії проводиться комісіями, що створюються при державних інспекціях з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі.

Атестаційні комісії при державних інспекціях з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі проводять атестацію фармацевтів, які працюють в аптечних закладах (підприємствах) усіх форм власності, що займаються фармацевтичною діяльністю на території даного регіону.

Фармацевти, які працюють в аптечних закладах (підприємствах), підпорядкованих відомствам, що не мають своїх атестаційних комісій, проходять атестацію в атестаційних комісіях системи Міністерства охорони здоров'я України за місцезнаходженням.

Атестацію на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії проходять фармацевти, які мають відповідний стаж роботи за спеціальністю.

Фармацевти, яким присвоєна (підтверджена) кваліфікаційна категорія, проходять атестацію один раз на п'ять років. На бажання спеціаліста атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії може бути проведена і через менший строк, але не раніше ніж через один рік з моменту попередньої атестації.

У разі виявлення істотних недоліків у роботі фармацевта керівник аптечного закладу (підприємства) може направити подання до атестаційної комісії про зняття кваліфікаційної категорії, незалежно від строку присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії.

Атестація фармацевтів на присвоєння кваліфікаційної категорії

До атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії допускаються фармацевти, які закінчили протягом року перед атестацією курси підвищення кваліфікації у навчальному закладі післядипломної освіти або на факультеті післядипломної освіти.

Після закінчення курсів підвищення кваліфікації екзаменаційною комісією проводиться іспит. Фармацевтам, які успішно склали іспит, навчальний заклад видає свідоцтво відповідного зразка. Фармацевти, які бажають пройти атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії, подають необхідні документи до атестаційної комісії не пізніше ніж за два місяці до початку її роботи.

До атестаційної комісії подаються такі документи:

- заява фармацевта;
- звіт про професійну діяльність за останні три роки, затверджений керівником аптечного закладу (підприємства), у якому працює фармацевт;
- копії: диплома, трудової книжки, посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії, якщо таке було видане раніше;
- характеристика керівника аптечного закладу (підприємства);
- заповнений атестаційний листок.

Фармацевти, які змінювали місце роботи за останні три роки, подають звіти також з попередніх місць роботи, затверджені керівниками аптечних закладів (підприємств).

У звіті, який фармацевт готує в довільній формі обсягом не більше ніж 10 сторінок друкованого тексту, викладаються основні функції та особливості його професійної діяльності. Атестаційна комісія звіт фармацевта направляє на рецензію висококваліфікованим спеціалістам.

Атестаційна комісія виносить своє рішення про присвоєння фармацевту кваліфікаційної категорії на підставі рецензії на звіт, названих документів та співбесіди із членами атестаційної комісії.

Кваліфікацію фармацевта визначає атестаційна комісія за трьома кваліфікаційними категоріями:

◆ *друга кваліфікаційна категорія* — присвоюється фармацевтам зі стажем роботи не менше п'яти років, які мають необхідну теоретичну та практичну підготовку за спеціальністю;

◆ *перша кваліфікаційна категорія* — присвоюється фармацевтам зі стажем роботи з даної спеціальності не менше семи років, які мають необхідну теоретичну та практичну підготовку за спеціальністю;

◆ *вища кваліфікаційна категорія* — присвоюється фармацевтам зі стажем роботи з даної спеціальності не менше десяти років і високою теоретичною та практичною професійною підготовкою згідно з програмою за спеціальністю.

До стажу роботи за спеціальністю для атестації на кваліфікаційну категорію зараховуються: період роботи за даною спеціальністю, у комітетах профспілок працівників охорони здоров'я.

Атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії

Атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії підлягають фармацевти, яким присвоєна кваліфікаційна категорія, у строк до 5 років з дня проведення попередньої атестації.

Від атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії звільняються жінки, які перебувають у відпустці в зв'язку з вагітністю та пологами, а також особи, що перебувають у відпустці для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку. Термін їх чергової атестації відповідно переноситься. У випадку виробничої необхідності або з інших об'єктивних причин термін атестації фармацевтів на підтвердження кваліфікаційної категорії може бути перенесено наказом Державної інспекції, де має атестуватися фармацевт.

Перед атестацією на підтвердження кваліфікаційної категорії фармацевти проходять курси підвищення кваліфікації в навчальному закладі післядипломної освіти або на факультеті післядипломної освіти.

Фармацевтам, яким за наслідками атестації на підтвердження кваліфікаційної категорії змінено кваліфікаційну категорію, видають нові посвідчення, а тим, кому відмовлено в підтвердженні другої категорії, витяг з протоколу засідання комісії, завірений Державною інспекцією в десятиденний строк з дня проведення атестації.

11.6. Система кваліфікаційних вимог до фармацевтичних кадрів

В аптечних закладах працює: управлінський персонал, виробничий персонал: провізори та фармацевти.

Управлінський персонал

1. Завідувач аптеки (аптечного закладу)

Завдання та обов'язки. Завідувач аптеки здійснює:

- Керівництво аптекою (аптечним закладом) відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.
- Організовує ефективну діяльність аптечного закладу (аптеки, аптечного магазину тощо).
- Визначає організаційну та управлінську структуру, завдання і функції фармацевтичного закладу та його структурних підрозділів.
- Організовує та контролює забезпечення населення, лікувально-профілактичних закладів та інших оптових покупців лікарськими засобами, товарами медичного призначення.
- Проводить маркетингові дослідження.
- Створює необхідні умови для зберігання медикаментів, інших медичних виробів відповідно до їх властивостей і вимог Державної фармакопеї.
- Організовує роботу з добору, розстановки і використання медичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації.
- Створює належні виробничі умови, організовує своєчасне проходження медичного огляду працівниками аптеки (аптечного закладу), забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту.
- Аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання.

Завідувач аптеки **повинен знати**: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; організацію фармацевтичної служби в державі; організацію ефективної діяльності аптечних закладів; організацію процесу виготовлення і контролю якості ліків, відпуску виготовлених лікарських форм і готових лікарських засобів, зберігання лікарських засобів і товарів медичного призначення; основні принципи ціноутворення на медикаменти, формування ринку фармацевтичних товарів, визначення попиту та потреби в лікарських препаратах і товарах медичного призначення з урахуванням кон'юнктури фармацевтичного ринку; міжнародні правила здійснення експортно-імпортних операцій; основи бухгалтерського обліку і

звітності; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розпис закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації фармацевтичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації; організацію матеріальної відповідальності членів колективу залежно від структури закладу; методи фармацевтичного обстеження (інспектування) аптечних закладів; сучасну літературу за фахом, методи її аналізу та узагальнення; організацію фармацевтичної інформації.

Кваліфікаційні вимоги — повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Проходження інтернатури за спеціальністю «Провізор загального профілю» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-організатор». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — не менше ніж 5 років.

2. Завідувач бази аптечної

Завдання та обов'язки. Завідувач аптечної бази:

- Здійснює керівництво аптечною базою відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.

- Організовує ефективну діяльність закладу. Створює необхідні умови для зберігання медикаментів, інших медичних виробів відповідно до їх властивостей і вимог Державної фармакопії.

- Забезпечує лікарськими засобами та іншими товарами медичного призначення аптечні заклади, лікувально-профілактичні установи, інших оптових покупців.

- Проводить експортно-імпортні операції за міжнародними правилами торгівлі медичними товарами.

- Організовує роботу з добору, розстановки і використання фармацевтичних кадрів, своєчасне проходження медичного огляду працівниками бази, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації.

- Створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці складських робіт та протипожежного захисту.

- Аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації, видає відповідні директивні документи з цього питання.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я, нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; організацію фармацевтичної служби в державі; організацію ефективної діяльності аптечних закладів; організацію процесу зберігання лікарських засобів і товарів медичного призначення; основні принципи ціноутворення на медикаменти, формування ринку фармацевтичних товарів, визначення попиту та потреби в лікарських препаратах і товарах медичного призначення з урахуванням кон'юнктури фармацевтичного ринку; міжнародні правила здійснення експортно-імпортних операцій; основи бухгалтерського обліку і звітності; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розпис закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації фармацевтичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації; організацію матеріальної відповідальності членів колективу залежно від структури закладу; методи фармацевтичного обстеження (інспектування) аптечних

закладів; сучасну літературу за фахом, методи її аналізу та узагальнення; організацію фармацевтичної інформації.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Проходження інтернатури за спеціальністю «Провізор загального профілю» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-організатор». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом не менше ніж 5 років.

3. Завідувач відділу (аптеки, бази)

Завдання та обов'язки. Завідувач відділу:

- Здійснює керівництво відділом аптеки (аптечної бази) відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.

- Організовує роботу відділу по забезпеченню населення та оптових покупців лікарськими засобами і медичними товарами, що підлягають відпуску з структурного підрозділу.

- Контролює наявність у відділі необхідного асортименту фармацевтичних товарів і медичних виробів згідно із затвердженими нормативами.

- Створює необхідні умови для зберігання медикаментів, інших медичних виробів відповідно до їх властивостей і вимог Державної фармакопеї.

- Впроваджує облік надходження і збуту товарно-матеріальних цінностей і коштів.

- Аналізує показники роботи відділу, вживає заходів щодо їх оптимізації.

- Організовує робочі місця та впроваджує їх автоматизацію.

- Розробляє та впроваджує заходи з охорони праці і протипожежного захисту, дотримання правил особистої та виробничої гігієни.

- Дотримується принципів медичної деонтології.

- Постійно удосконалює свій професійний рівень.

У випадках, коли в установчому порядку замість посади завідувача відділу — провізора введено посаду завідувача відділу — фармацевта, повністю діє дане положення.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів та установ охорони здоров'я; організацію фармацевтичної служби в державі; організацію роботи відділу по забезпеченню населення та аптечних і лікувально-профілактичних установ, інших оптових покупців лікарськими засобами і товарами медичного призначення; технологію індивідуального та дрібносерійного виготовлення ліків, оцінку їх якості та правила зберігання; особливості прийому, зберігання і відпуску отрути, наркотичних речовин, психотропних препаратів, прекурсорів та інших лікарських засобів, що підлягають нагляду Комітету по контролю за наркотиками МОЗ України; порядок обліку руху основних і оборотних засобів, основи бухгалтерського обліку і звітності; контроль процесів управління основними ланками фармацевтичних закладів; організацію виконання договірних обов'язків; методи визначення попиту і розрахунку потреби в лікарських препаратах і товарах медичного призначення; порядок проведення повного і цільового фармацевтичного обстеження; сучасну літературу за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Проходження інтернатури за фахом «Провізор загального профілю». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — не менше ніж 5 років.

4. Завідувач лабораторії (контрольно-аналітичної)

Завдання та обов'язки. Завідувач контрольно-аналітичної лабораторії:

- Здійснює керівництво контрольно-аналітичної лабораторії відповідно до чинного законодавства України та нормативно-правових актів, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.
- Забезпечує роботу по контролю за якістю ліків, виготовлених в аптеках, лікарських засобів, що надходять з аптечної бази (складу), оптових фірм та фармацевтичних закладів.
- Організовує і контролює роботу підвідомчих контрольно-аналітичних лабораторій, кабінетів, столів, аптечних складів.
- Організовує роботу з добору, розстановки і використання фармацевтичних кадрів, забезпечує своєчасне підвищення їх кваліфікації.
- Створює належні виробничі умови, забезпечує додержання співробітниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту.
- Аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я; організацію фармацевтичної служби в державі; організацію ефективної діяльності контрольно-аналітичної лабораторії; організацію процесу виготовлення і контролю якості ліків, зберігання лікарських засобів і товарів медичного призначення; документи, що визначають потужність, структуру, штатний розпис закладу, укомплектованість підрозділів та потребу в кадрах; нормативні акти щодо підготовки, підвищення кваліфікації та атестації фармацевтичних працівників; порядок ведення облікової та звітної документації; сучасну літературу за фахом, методи її аналізу та узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Проходження інтернатури за спеціальністю «Провізор загального профілю». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — не менше ніж 5 років.

Професіонали в галузі фармації

1. Провізор

Завдання та обов'язки. Провізор:

- Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.

- Забезпечує населення та лікувально-профілактичні заклади лікарськими засобами та іншими товарами медичного призначення.
- Забезпечує належну фармацевтичну опіку хворих при відпуску безрецептурних лікарських препаратів.
- Виготовляє та контролює якість лікарських засобів та напівфабрикатів. Заготовляє лікарську рослинну сировину.
- Веде облік господарських операцій та звітність.
- Проводить інвентаризацію товарно-матеріальних цінностей.
- Дотримується принципів медичної деонтології.
- Керує роботою середнього фармацевтичного персоналу.
- Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та установ охорони здоров'я; організацію фармацевтичної служби; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність провізора; організацію забезпечення населення, лікувально-профілактичних закладів, роздрібної аптечної мережі, оптових покупців лікарськими засобами та іншими товарами медичного призначення; показники роботи аптечних установ; технологію виготовлення ліків та правила зберігання; систему контролю якості лікарських засобів на стадіях розробки, виготовлення, розподілу, транспортування, зберігання та споживання; порядок раціонального використання дикорослих лікарських рослин, їх заготівлі та аналізу; фармакотерапевтичні властивості лікарських засобів; методи дослідження та оцінки ринку фармацевтичних товарів, визначення попиту і розрахунок потреби в лікарських препаратах і товарах медичного призначення; ціноутворення, податкове регулювання доходів; міжнародні правила оформлення і здійснення експортно-імпортних операцій по забезпеченню фармацевтичними товарами організацію підприємницької діяльності; правила оформлення документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги:

• *Провізор вищої кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «фармація». Спеціалізація за фахом «Провізор загального профілю» (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років.

• *Провізор I кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Спеціалізація за фахом «Провізор загального профілю» (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років.

• *Провізор II кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Спеціалізація за фахом «Провізор загального профілю» (інтернатура, курси спеціалізації). Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння

(підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років.

• *Провізор*: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Спеціалізація за фахом «Провізор загального профілю» (інтернатура, курси спеціалізації). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

2. Провізор-аналітик

Завдання та обов'язки. Провізор-аналітик:

• Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.

• Здійснює якісний і кількісний аналіз лікарських засобів промислового та аптечного виробництва з урахуванням вимог нормативно-технічної документації.

• Проводить внутрішньоаптечну заготівлю, розподіляє роботу між фасувальниками, приймає розфасовану продукцію.

• Слідкує за правильністю оформлення штанглизів із запасами медикаментів.

• Комплектує замовлення відділів та установ, відпускає ліки та контролює правильність оформлення прописів для індивідуального виробництва ліків.

• Контролює якість ліків, виготовлених за екстемпоральною рецептурою.

• Веде поточну і звітну документацію.

• Проводить цільове фармацевтичне обстеження аптек, інших закладів з метою оцінки стану контролю якості лікарських засобів при їх виготовленні, транспортуванні, зберіганні і відпуску.

• Керує роботою середнього фармацевтичного персоналу.

• Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та установ охорони здоров'я; організацію фармацевтичної служби; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність провізора-аналітика; організацію системи контролю якості лікарських засобів на стадіях розробки, виготовлення, розподілу, транспортування, зберігання і споживання; методи контролю якості лікарських засобів, виготовлених за індивідуальними рецептами і часто повторюваними прописами, за вимогами лікувально-профілактичних установ; загальні методи судово-хімічних досліджень речових доказів і лабораторного експрес-аналізу з метою встановлення причин отруєнь та визначення наркотичних та інших речовин, що викликають одурманювання; технологію виготовлення лікарських форм; умови зберігання лікарських препаратів та товарів медичного призначення; методи проведення цільових фармацевтичних обстежень; правила оформлення документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги:

• *Провізор-аналітик вищої кваліфікаційної категорії*: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Проходження інтернатури за спеціальністю «Провізор загального профілю» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-аналітик». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад — 10 років.

• *Провізор-аналітик I кваліфікаційної категорії*: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Проходження інтернатури за спеціальністю «Провізор загального профілю» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-аналітик». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад — 7 років.

• *Провізор-аналітик II кваліфікаційної категорії*: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Проходження інтернатури за спеціальністю «Провізор загального профілю» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-аналітик», Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом понад — 6 років.

• *Провізор-аналітик*: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Проходження інтернатури за спеціальністю «Провізор загального профілю» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-аналітик». Наявність сертифіката провізора-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

3. Провізор клінічний

Завдання та обов'язки. Провізор клінічний:

• Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.

• Забезпечує хворих висококваліфікованою медичною допомогою шляхом надання рекомендацій лікарям та хворим про найбільш ефективні лікарські препарати.

• Разом з лікарем здійснює підбір ліків та визначає їх індивідуальні дози для хворих залежно від віку, статі, основного захворювання та супутньої патології.

• Визначає режим введення лікарських препаратів конкретним хворим.

• Прогнозує можливі ускладнення при одночасному використанні декількох препаратів: підбирає найбільш ефективні та найменш токсичні комбінації ліків певної фармакологічної групи; визначає аналоги імпортованим препаратам тієї ж дії та їх порівняльну вартість, підвищуючи ефективність та економічність фармакотерапії.

• Надає інформацію про нові лікарські препарати в порівнянні з відомими вітчизняним та зарубіжними препаратами.

• Забезпечує необхідний асортимент та формування формуляра лікарських препаратів, а також контакти з аптечними установами для своєчасного придбання їх лікувально-профілактичним закладом.

• Здійснює накопичення, систематизацію та поширення фармацевтичної та фармакологічної інформації.

• Забезпечує належну фармацевтичну опіку хворих при відпуску безрецептурних лікарських препаратів; фармацевтичну опіку лікарів та хворих при призначенні рецептурних ліків.

• Бере участь у проведенні клінічних випробувань та біоеквівалентності лікарських препаратів.

• Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів.

• Веде необхідну документацію, пов'язану з призначенням лікарських засобів хворим.

- Дотримується принципів медичної деонтології.
- Планує роботу та проводить аналіз її результатів.
- Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я; організацію фармацевтичної служби; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність провізора клінічного в забезпеченні ефективної та нешкідливої фармакотерапії; основи права в медицині; принципи виготовлення та контролю якості лікарських препаратів; принципи розробки нових лікарських препаратів; основи хімії, біохімії, біології, анатомії, фізіології, генетики, психології; основи медичних знань — пропедевтику різних груп захворювань; методи маркетингу та менеджменту для визначення потреби в лікарських препаратах для формування асортименту лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах; лабораторну та функціональну діагностику; перелік побічних ефектів лікарських препаратів; можливість використання лікарських засобів за своїми показаннями на тлі суміжних захворювань; особливості фармакокінетики лікарських препаратів; методи дослідження фармакокінетики та біоеквівалентності лікарських препаратів; основи забезпечення індивідуального дозування лікарських препаратів: вибір індивідуальної дози, періодичності її приймання та шляхів введення в організм; методи проведення моніторингу лікарських препаратів; категорії експериментальної та клінічної фармакології; методи клінічної апробації лікарських препаратів; теорію статистичних досліджень; принципи інформаційної роботи з питань фармації та фармакології; правила оформлення документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги

- *Провізор-аналітик вищої кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Клінічна фармація». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років.

- *Провізор клінічний I кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Клінічна фармація». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років.

- *Провізор клінічний II кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Клінічна фармація». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років.

- *Провізор-клінічний:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Клінічна фармація». Наявність сертифіката провізора-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

4. Провізор-косметолог

Завдання та обов'язки. Провізор-косметолог:

- Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію фармацевтичної служби.

- Забезпечує технічну підготовку виробництва парфумерно-косметичних засобів в промислових умовах, впроваджує технологічний процес їх виробництва.
- Складає нормативно-технічну документацію виробництва парфумерно-косметичних засобів.
- Розробляє нові та вдосконалює існуючі рецептури парфумерно-косметичних засобів, проводить маркетинговий пошук з питань їх конкурентоспроможності.
- Проводить стандартизацію та сертифікацію парфумерно-косметичної продукції, контролює якість, досліджує ефективність та безпеку парфумерно-косметичних засобів.
- Виготовляє та контролює якість лікувально-косметичних та косметичних засобів екстемпорального виробництва.
- Надає косметологічну допомогу населенню.
- Визначає та впроваджує раціональну технологію декоративного, гігієнічного та лікувально-косметичного догляду за шкірою та її придатками згідно з індивідуальними особливостями клієнта.
- Здійснює фармацевтичну опіку з метою визначення патологічного стану шкіри та її придатків.
- Консультує населення з питань раціонального застосування косметичних препаратів та косметичних процедур.
- Забезпечує населення та лікувально-профілактичні заклади лікарськими косметичними засобами та іншими товарами медичного призначення. Контролює якість лікарських засобів.
- Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, підприємств та закладів парфумерно-косметичної галузі, організацію фармацевтичної служби; основи права в медицині; права, обов'язки та відповідальність провізора-косметолога; номенклатуру лікарських, парфумерно-косметичних засобів; косметичні та фармакотерапевтичні властивості косметичних та лікарських засобів; методи дослідження ефективності та безпеки косметичних засобів; загальні принципи розробки нових та вдосконалення існуючих рецептур парфумерно-косметичних засобів; технологію виготовлення парфумерно-косметичних та лікувально-косметичних засобів промислового та екстемпорального виробництва; систему контролю якості парфумерно-косметичних та лікарських засобів на стадіях розробки, виготовлення, транспортування, зберігання та споживання; методи дослідження та оцінки ринку парфумерно-косметичних товарів та послуг; організацію підприємницької діяльності; нормальну та патологічну фізіологію шкіри та її придатків; методи та засоби гігієнічного, декоративного та лікувально-косметичного догляду; правила оформлення документації; сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Кваліфікаційні вимоги:

• *Провізор-косметолог вищої кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Технологія парфумерно-косметичних засобів» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-косметолог». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, передатестаційні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років.

• *Провізор-косметолог I кваліфікаційної категорії:* повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Технологія пар-

фумерне-косметичних засобів» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-косметолог». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, переда-тестайні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчен-ня про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років.

• *Провізор-косметолог II кваліфікаційної категорії*: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Технологія парфумерно-косметичних засобів» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-косметолог». Підвищення кваліфікації (курси удосконалення, стажування, переда-тестайні цикли тощо). Наявність сертифіката провізора-спеціаліста та посвідчен-ня про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років.

• *Провізор-косметолог*: повна вища освіта (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Технологія парфумерно-косметичних засо-бів» з наступною спеціалізацією за фахом «Провізор-косметолог». Наявність сер-тифіката сертифіката провізора-спеціаліста. Без вимог до стажу роботи.

Фахівці

1. Фармацевт

Завдання та обов'язки. Фармацевт:

• Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я та нормати-вно-правовими актами, що визначають діяльність закладів охорони здоров'я, орга-нізацію фармацевтичної служби.

• Організовує роботу відділу безрецептурного продажу ліків.

• Приймає і реалізовує лікарські засоби, що підлягають відпуску без рецептів згідно з чинним законодавством, а також товари медичного призначення, мінераль-ну воду тощо.

• Виготовляє лікарські форми за індивідуальними рецептами.

• Заготовляє лікарську рослинну сировину.

• Проводить інформаційну і санітарно-освітню роботу.

• Здійснює первинний облік господарських операцій.

• Проводить інвентаризацію товарно-матеріальних цінностей.

• Дотримується принципів медичної деонтології.

• Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні до-кументи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; права, обов'язки та відповідальність фармацевта; організацію забезпечення населення та лікувально-профілактичних закладів фармацевтичними товарами, які згідно з нормативними документами дозволяється відпускати без рецептів, товарами медичного призначення тощо; технологію виготовлення ліків індивідуального і дрібносерійного ви-робництва, оцінку їх якості, правила зберігання та відпуску; показники роботи ап-течних закладів та їх підрозділів; фармакотерапевтичні властивості лікарських засобів; порядок раціонального використання дикорослих лікарських рослин; пер-винний облік господарських операцій, складання звітності відповідно до норматив-них вимог; визначення попиту і розрахунок потреби в лікарських препаратах, предметах санітарії та гігієни, інших товарах медичного призначення; методики ці-ноутворення на медикаменти та інші товари медичного призначення; організацію

підприємницької діяльності; методи проведення фармацевтичної інформації та санітарно-освітньої роботи; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги:

- *Фармацевт вищої кваліфікаційної категорії:* неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років.

- *Фармацевт I кваліфікаційної категорії:* неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років.

- *Фармацевт II кваліфікаційної категорії:* неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років.

- *Фармацевт:* неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація». Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи

2. Лаборант (фармація)

Завдання та обов'язки. Лаборант в галузі фармації:

- Керується чинним законодавством України про охорону здоров'я, Державною фармакопеею та нормативними документами, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я.

- Здійснює виготовлення, перевірку, зберігання титрованих розчинів, реактивів, індикаторів для потреб контрольно-аналітичних лабораторій відповідно до їх фізико-хімічних властивостей.

- Веде реєстрацію ліків та медикаментів, які поступають на аналіз.

- Володіє методикою роботи з лабораторним обладнанням та апаратурою.

- Відбирає проби медикаментів та проводить окремі аналізи під керівництвом провізора-аналітика.

- Дотримується принципів медичної деонтології.

- Постійно удосконалює свій професійний рівень.

Повинен знати: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я; організацію роботи контрольно-аналітичної лабораторії; права, обов'язки та відповідальність лаборанта контрольно-аналітичної лабораторії; методи проведення якісного та кількісного контролю лікарських засобів; методи виготовлення, перевірки та умови зберігання титрованих розчинів, реактивів, індикаторів; сучасну літературу за фахом.

Кваліфікаційні вимоги:

- *Лаборант (фармація) вищої кваліфікаційної категорії* неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки

«фармація», спеціальністю «Фармація» або «Аналітичний контроль якості хімічних лікарських сполук». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) вищої кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 10 років.

- *Лаборант (фармація) першої кваліфікаційної категорії*: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація» або «Аналітичний контроль якості хімічних лікарських сполук». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) I кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 7 років.

- *Лаборант (фармація) II кваліфікаційної категорії*: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація» або «Аналітичний контроль якості хімічних лікарських сполук». Спеціалізація за профілем роботи. Підвищення кваліфікації (курси удосконалення тощо). Наявність посвідчення про присвоєння (підтвердження) II кваліфікаційної категорії з цієї спеціальності. Стаж роботи за фахом — понад 5 років.

- *Лаборант (фармація)*: неповна вища освіта (молодший спеціаліст) або базова вища освіта (бакалавр) за напрямом підготовки «Фармація», спеціальністю «Фармація» або «Аналітичний контроль якості хімічних лікарських сполук». Спеціалізація за профілем роботи. Без вимог до стажу роботи.

Робітники

Фасувальник медичних виробів

Завдання та обов'язки. Фасувальник медичних виробів:

- Виконує роботу з фасування і дозування лікарських засобів та інших медичних виробів.
- Бере участь у прийманні та розподілі товарів між відділами аптеки.
- Ефективно використовує та утримує в належному порядку і чистоті обладнання, ваговимірювальні прилади та фасувальні машини.
- Виконує правила внутрішнього трудового розпорядку закладу.

Повинен знати: права, обов'язки та відповідальність фасувальника медичних виробів; правила охорони праці; правила внутрішнього трудового розпорядку закладу.

Кваліфікаційні вимоги: повна або базова загальна середня освіта та підготовка на робочому місці. Без вимог до стажу роботи.

Питання для самоконтролю

1. Визначте основні принципи управління персоналом в галузі охорони здоров'я.
2. Перелічіть основні етапи підготовки керівників для лікувально-профілактичних закладів.
3. Ви власник приватної медичної практики. Чи можете Ви включити до штатного розпису лікарську посаду, що не входить до Номенклатури лікарських спеціальностей? Відповідь обґрунтуйте.

4. Ви власник приватної медичної практики. У Вас є можливість прийняти на роботу лікаря Н., який закінчив вищий медичний навчальний заклад в Лондоні, має наукові публікації в міжнародних фахових журналах. Н. практикував у приватній клініці м. Лондона, до якої зверталосся чимало українських бізнесменів та політиків. Залучення такого фахівця до Вашої медичної практики позитивно вплине на імідж закладу. Чи можете Ви прийняти на роботу лікаря Н.? Відповідь обґрунтуйте.

5. Хто з молодших медичних працівників підлягає атестації на присвоєння та підтвердження кваліфікаційної категорії?

6. Медична сестра має власну справу з догляду за безнадійно хворими. Чи потрібно проходити атестацію на присвоєння атестаційної категорії, якщо клієнтів задовольняє її кваліфікаційна категорія?

7. Лікар В. закінчив медичний інститут і отримав диплом зі спеціальності «Лікарська справа». Чи може він працювати сімейним лікарем на засадах приватного підприємця?

8. Які лікарі допускаються до атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії?

9. Лікар п'ять місяців тому змінив місце роботи. Йому потрібно підготувати звіт про професійну діяльність для проходження атестації. Хто з головних лікарів має підписувати цей звіт?

10. Дільничний терапевт має стаж роботи зі спеціальності 6 років. У яких випадках він проходитиме атестацію на першу кваліфікаційну категорію?

11. Які кваліфікаційні вимоги до керівного складу лікувально-профілактичного закладу?

12. Хто несе відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів?

13. Як саме встановлюються посадові оклади для головного лікаря?

14. Які складові заробітної плати лікаря-хірурга, що має другу кваліфікаційну категорію та працює у відділенні торакальної хірургії обласної клінічної лікарні?

15. Яку заробітну плату має отримувати медична сестра першої кваліфікаційної категорії, яка працює у відділенні, в якому надається медична допомога хворим на СНІД?

16. Які складові заробітної плати фармацевта вищої кваліфікаційної категорії?

17. Які складові заробітної плати головного лікаря пологового будинку?

18. Який стаж роботи необхідно мати фармацевтові для проходження атестації на першу кваліфікаційну категорію? Які додаткові вимоги?

19. Які кваліфікаційні вимоги висуваються до завідувача контрольно-аналітичної лабораторії?

20. Чим відрізняються кваліфікаційні вимоги провізора-аналітика від клінічного провізора?

Список використаної та рекомендованої літератури

А. Нормативно-правові акти

1. Наказ МОЗ України «Порядок допуску до медичної і фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн» від 19.08.94 № 118-С.

2. Наказ МОЗ України «Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних та фармацевтичних закладів III — IV рівнів акредитації» від 10.09.1996 за № 291.

3. Наказ МОЗ України «Про подальше удосконалення атестації лікарів» від 19 грудня 1997 року № 359.

4. Наказ МОЗ України «Штатні нормативи закладів охорони здоров'я» від 23.02.2002 № 33.

5. Наказ МОЗ України «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (випуск 78 «Охорона здоров'я»)» від 29.03.2002 № 117.
6. Наказ МОЗ України «Умови оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» 05.10.2005 № 308/519.
7. Наказ МОЗ України «Номенклатура лікарських спеціальностей» від 21.02.2006 за № 76.
8. Наказ МОЗ України «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я» № 319 від 25.05.2006 .
9. Наказ МОЗ України «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів» 12.12.2006 № 818.
10. Наказ МОЗ України «Положення про виплату матеріальної винагороди за ефективне управління державним майном керівникам державних підприємств сфери управління МОЗ України» від 30.01.2007 № 48.
11. Наказ МОЗ України «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою» N 30.03.2007.

Б. Навчально-методичні, наукові видання та підручники

1. *Алексеев В., Черепанова И.* Концепция организационных изменений в управлении кадрами здравоохранения // Сестринское дело. — 1997. — № 1
2. *Басва О.В., Черній В.П.* Досвід організації проходження наскрізної практики студентами спеціальності 7.050.201 «Менеджмент організацій» за спрямуванням «Менеджмент у медичному обслуговуванні» // Вісник Української Академії державного управління при Президентові України. — 2001. — №3.
3. *Басва О.* Формування напрямку та стратегії підготовки менеджерів для галузі охорони здоров'я // Вісник Української Академії державного управління при Президентові України. — 2003. — № 1. — С. 233—236.
4. *Басва О.В.* Концептуальні засади підготовки менеджерів для галузі охорони здоров'я // Вісник Хмельницького національного університету. — 2005. — № 4. — Ч. 2. — Т. 3. — С. 21—25.
5. *Білинська М.М.* Державне управління галузевими стандартами в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: Моногр. — К.: Вид-во НАДУ, 2004. — 248 с.
6. *Биченко С. І., Буркат Н. Є., Войцехівський В. М., Глуховський В. В., Гук А. П.* Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В.М.Лехан (ред.). — К.: Сфера, 2001. — 174 с.
7. *Блохина М.В.* Управление персоналом как актуальная проблема здравоохранения // В сб. «Современные проблемы развития регионального здравоохранения». — Казань: Изд. центр «Арт-кафе», 2003 — С. 15—16.
8. *Блохина М.В., Вахитов Ш.М., Грязнов А.Н.* Технология управления персоналом: Учебное пособие. — Казань: КГМУ, 2003. — 53 с.
9. *Блохина М.В.* Совершенствование системы управления персоналом лечебно-профилактических учреждений // Главная медицинская сестра. — 2005. — № 6. — С. 93—98.
10. *Блохина М.В.* Обучение медицинских сестер на рабочем месте: перспективы развития, преимущества, возможности управления // Главная медицинская сестра. — 2005. — № 7. — С. 107—111.
11. *Блохина М.В.* Об организации обучения сестринского персонала на рабочем месте // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2006. — № 1. — С. 67—69.
12. *Блохина М.В., Вахитов Ш.М.* Экспертные оценки — составная часть процесса обучения медицинского персонала на рабочем месте // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2006. — № 1. — С. 69—70.
13. *Вардинець І. С., Тарасюк В. С., Семків М. П., Козаков Г. К.* Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Підручник для вищих навч. мед. закл. I—II рівнів акредитації / О. М. Голяченко (ред.). — Т.: Лілея, 2002.

14. Вахитов Ш.М., Блохина М.В., Уразова О.Н., Хатыпова Н.Ф. Экспертные оценки как эффективный инструмент управления персоналом // В сб. «Современные проблемы развития регионального здравоохранения». — Казань: Изд. центр «Арт-кафе», 2003. — С. 17—18.
15. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. — М.: Триумф, 2000. — 447 с.
16. Внуков Ю., Дорошенко Ю., Дубровін В. Стандартизація у сфері управління якістю // Стандартизація, сертифікація, якість. — 2001. — № 2. — С. 24—27.
17. Вороненко Ю.В., Вітенко І.С. Стан та перспективи подальшого реформування медичної та фармацевтичної освіти в Україні // Медична освіта. — 2000. — №3. — С. 5—12.
18. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Р.2, вип.1 Охорона здоров'я (Фармація) / Розр.: В.А. Загорій, М.С. Поно-маренко, Н.Б. Вовк, Т.М. Пономаренко, Г.В. Загорій. Затв. ПК «Фармація» МОЗ України та АМН України. — К.: Вид-во «Поліфарм-2000». — 2005. — 77 с.
19. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (зміни та доповнення № 1). Уповноважена особа аптеки, аптечної бази (складу). Р.1. Охорона здоров'я (Фармація) / Розр.: М.С. Пономаренко, Н.О. Ветю-тнева, В.А. Загорій, Н.І. Паршина, Т.М. Пономаренко, Г.В. Загорій. Затв. ПК «Фармація» МОЗ України та АМН України. — К.: Вид-во «Поліфарм-2000». — 2005. — 3 с.).
20. Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи (Вопросы теории и практики). — Хабаровск, 1996. — 183 с.
21. Загорій В.А. Іванисенко В.Г., Разумний А.Г., Пономаренко Т.М. Система безперервного підвищення кваліфікації співробітників усіх рівнів як реалізація головних положень GMP // Фармац.журн. —2003. — № 3 — С. 39—41.
22. Казаков В.Н., Талалаєнко А.Н., Гарина М.Г., Каменецкий М.С. Основные этапы развития системы управления качеством подготовки специалистов//Арх.клин. и эксперим. Медицины. — 2000. — Т.9. — № 2. — С. 320-324.
23. Карасева Л.А., Двойников С.И., Вахитов Ш.М., Блохина М.В. Содержание деятельности сестринского персонала: Методические рекомендации. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2006. — 50 с.
24. Краснянська Т.М. Ретроспективний аналіз та сучасний стан кадрового забезпечення фармацевтичної галузі України // Фармац. журн. — 2005. — № 4. — С. 5—9.
25. Кузьменко В.Г., Баранів В.В., Шиленко Ю.В. Охорона здоров'я в умовах ринкової економіки. — К., 2002. — 47 с.
26. Лучкевич В.С. Основи соціальної медицини й управління охороною здоров'я. — К., 2002. — 77 с.
27. Мінцер О.П., Бабінцева Л.Ю., Пономаренко Т.М. Дистанційна післядипломна освіта фармацевтичних кадрів та персоналу підприємств-виробників лікарських засобів // Матер. наук. — практ. IV конф. з міжнародною участю «Інформаційні технології в охороні здоров'я та практичній медицині.» — К.: 2004. — С. 107—108.
28. Нагорна А. М., Степаненко А. В., Морозов А. М. Проблема якості в охороні здоров'я. — Кам'янець-Подільський: Абетка-Нова, 2002. — 384 с.
29. Надюк З. Доцільність впровадження посади менеджера охорони здоров'я в системі управління якістю надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах України // Вісн. НАДУ. — 2005. — № 2. — С. 434—438.
30. Надюк З. Професійна модель менеджера охорони здоров'я з управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України // Економіка і держава. — 2005. — № 10. — С. 63—65.
31. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. — М.: Медицина, 2000. — 368 с.
32. Огородник В.В., Пономаренко Т.Н., Гридчина И.В. Современная роль провизора в рациональном использовании лекарственных средств // 36. матер. наук. — практ. конф. «Клінічна фармація в Україні». Х.: Изд-во НФАУ «Золоті сторінки», 2005. — С. 74.
33. Отчет и рекомендации по высшему фармацевтическому образованию в высших учебных заведениях//Консультативный комитет по фармацевтическому образованию. — ЭС..Брюссель. — 1995. — XV/E/8341/6/93-EN

34. Пономаренко М.С., Сятиня М.Л., Вовк Н.Б., Огороднік В.В., Івани-сенко В.Г., Сабо Я., Борищук В.О., Бабський А.А., Пономаренко Т.М. Концептуальні підходи щодо теоретичної реформи безперервної післядипломної освіти фармацевтичних кадрів упродовж життя // Фармац. журн. — 2004. — № 5. — С. 20—24

35. Пономаренко Т.М. Теоретична реформа кадрової політики, її науково-організаційні та практичні обґрунтування, згідно з вимогами GMP ES до персоналу підприємств з виробництва і контролю якості лікарських засобів // Зб. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. — К.: 2004. — Кн. 2, вип. 13. — С. 589—595.

36. Пономаренко Т.М. Формування кадрового потенціалу належного освітянського, професійного та кваліфікаційного рівня відповідно до вимог GMP. Повідомлення I // Фармац. журн. — 2004. — № 4. — С. 25—29.

37. Пономаренко Т.М. Формування кадрового потенціалу належного освітянського, професійного та кваліфікаційного рівня відповідно до вимог GMP. Повідомлення II // Фармац. журн. — 2005. — № 1. — С. 20—25.

38. Скляр М.С., Кивелева Н.Н., Насыбуллина Г. М. Врачебный и сестринский персонал регионального здравоохранения(тенденции и прогноз). — Екатеринбург:Из-во АМБ, 2005. — 92 с.

39. Солоненко Ї.М., Білінська М.М. Управління медичною освітою в економічно розвинених країнах//Управління сучасним містом. — 2002. — № 1—3 (5). — С. 64—70.

40. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, О.З. Децик. — 2-е видання, перероб. і доп. — Ів.-Франківськ, 1999. — 304 с.

41. Степаненко А.В., Веремченко Л.М. Стратегічні напрямки формування системи забезпечення якості медичної допомоги //В кн.: Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я / Зб. наукових праць// УАДУ. -Одеса: ОФ УАДУ, 2001. — С. 182—187.

42. Управление персоналом: Учебник для вузов / Под ред. Т.Ю. Базарова, Б.Л. Еремина. — 2-е изд. Перераб. И доп. — М.: ЮНИТИ, 2002. — 560 с.

РОЗДІЛ 12

ЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

12.1. Моделі біоетики.

12.2 Етико-правові засади медичного втручання. Принцип поінформованої згоди.

12.3 Етико-правові засади обов'язкової та примусової профілактики та лікування.

12.4 Етико-правові аспекти несприятливих наслідків медичної допомоги. Ятрогенії.

12.1. Моделі біоетики

Модель Гіппократа «Не нашкодь!». Перші принципи медичної етики були викладені Гіппократом (460—377 рр. до н.е.). У своїй «Клятві» Гіппократ виклав обов'язки лікаря перед пацієнтом, перед учителем. Вперше було сформовано принципи лікарської таємниці. Клятва Гіппократа має актуальність і сьогодні. Вона є еталоном багатьох міжнародних документів з біоетики.

Модель Парацельса («Роби добро»). Модель медичної етики, що має в своїй основі принцип патерналізму була розроблена у Середні віка Парацельсом (1493 — 1541 рр.). Згідно з цією моделлю весь лікувальний процес ґрунтується на емоційному та духовному контакті між лікарем та пацієнтом.

Відносини між лікарем та пацієнтом подібні до духовних відносин між наставником та послухником. Поняття *pater* (лат. — отець) у християнстві поширюється на Бога. Тобто відносини між лікарем та пацієнтом формуються на основі благодійної діяльності лікаря. Благо має своє походження від Бога. Тобто кожне благо (у тому числі і зцілення хворого) походить від Бога.

Деонтологічна модель. В основі деонтологічної моделі лежить дотримання обов'язків (*deontos* з грецької означає догляд). Для лікаря та медичної практики повинен існувати певний кодекс честі. Лікар повинен дотримуватися правил, що встановлюються медичним товариством та суспільством. Недотримання цих правил приводить до дисциплінарних покарань чи виключення з лікарського стану.

Модель «технічного» типу. Сучасна модель медичної етики. Розвиток сучасних біотехнологій привів до формування лікаря-вченого. Наукові традиції вимагали від такого лікаря бути безстороннім. Лікар повинен оперувати фактами і не брати до уваги ніяких інших людських цінностей. Ряд історичних подій змусив передивитись технічну модель медичної етики.

1 січня 1939 р. Гітлер віддав наказ, який санкцінував евтаназію. Внаслідок цього за два роки в Німеччині було знищено понад 275 000 хворих. У таборах смерті було проведено більш ніж 60 000 дослідів на ув'язнених. У тексті вироку нацистським медикам були сформульовані обов'язкові етичні та юридичні умови проведення медичних експериментів на людях. Цей документ має назву «Нюрнберзького кодексу» (1947 р.). Пізніше етико-правові принципи проведення медичного експерименту були розроблені в Хельсінсько — Токійській декларації (1964, 1975 рр.).

Медицина спільнота дійшла одностайної думки, що лікар-вчений не може бути вище за загальнолюдські цінності. При прийнятті рішення, поряд з науковими інтересами, що, безумовно, приведуть до розвитку теоретичної і практичної медицини, лікар повинен брати до уваги моральні цінності.

Модель сакрального типу. В основі сакральної моделі медичної етики лежить принцип «Коли допомагаєш пацієнту, не зроби йому зле».

Модель сакрального типу також має ряд недоліків, які медична спільнота спробує подолати:

1. Модель сакрального типу позбавляє пацієнта самому приймати рішення щодо свого життя.

2. У разі випадків, при додержанні принципу не робити зле пацієнту, не казати правди або прогнозу захворювання.

Модель колегіального типу. Згідно з моделлю колегіального типу, лікар та пацієнт повинні бачити один в одному колег, що мають спільну мету: ліквідацію захворювання та збереження здоров'я. В цій моделі взаємна довіра має першочерговий важіль.

Проте різні етичні, класові, економічні цінності та відмінності між людьми роблять принцип загальних інтересів таким, важко реалізувати.

Модель контрактного типу. Модель з контрактного типу ставить за основу взаємовідносин між лікарем та пацієнтом — «контракт». Проте в поняття контракту слід вкладати юридичний зміст. Термін «контракт» трактується символічно. Це комплекс чеснот, яких дотримуються лікар і пацієнт: свобода, чесність, особиста гідність, виконання обіцянок, справедливість. На відміну від моделі технічного типу, модель контрактного типу дає змогу уникнути позаморальних дій з боку лікаря.

На відміну від моделі сакрального типу, при дотриманні контрактної моделі пацієнт також має певний моральний обов'язок.

У моделі контрактного типу лікар має враховувати систему моральних цінностей пацієнта. Пацієнт має право вибору для управління своїм життям.

Принцип поінформованої згоди. У 1972 р. Американська асоціація лікарень затвердила біль «Про права пацієнта». Основу цих прав складає принцип інформованої згоди.

Поінформована згода — добровільна згода пацієнта на проходження певного курсу лікування, терапевтичної або діагностичної процедури після отримання від лікаря адекватної інформації.

Принцип поінформованої згоди складається з двох елементів: 1) подання інформації лікарем; 2) отримання згоди від пацієнта на надання медичної послуги.

Перший елемент визначає два поняття: компетентності та добровільності. Лікар повинен надати інформацію у формі, доступній для сприйняття саме для даного пацієнта. Тобто необхідно враховувати освіту, вік, стан пацієнта. Інформація лікаря повинна містити:

- відомості про характер та мету запропонованого методу діагностики, лікування, профілактики;
- інформацію щодо ризику, що містить медичне втручання;
- інформацію щодо існуючих альтернатив даному медичному втручання.

Принцип поінформованої згоди передбачає перегляд та розширення низки принципів моралі в медичній практиці. Зокрема, лікар повинен повідомити пацієнту діагноз захворювання, незважаючи на його прогноз. Набуває пріоритету навіть жорстока правда.

12.2. Етико-правові засади медичного втручання. Принцип поінформованої згоди

Історично згода пацієнта на лікування розглядалась як необхідна умова кожного медичного втручання. За відсутності такої згоди дії лікаря визнавались протизаконними і складали кримінальний або цивільний делікт, тобто «образу дією», насилля (battery).

Етико-правове значення згоди пацієнта на медичне втручання визнається тим, що воно виступає як інструмент захисту права людини на самовизначення, що визнається одним з основних прав людини.

Історичні та міжнародні аспекти впровадження правової доктрини поінформованої згоди. Вперше принцип поінформованої згоди був викладений у Кодексі Кардозо в 1914 р. В ньому зазначалося:

- кожна людина в дорослому віці і здоровому стані має право визначити, що буде зроблено з її тілом;
- хірург, який робить операцію без згоди пацієнта, чинить злочин, за який він зобов'язаний відповідати.

У **Великобританії** за згоду пацієнта на медичне втручання може бути прийнята його поведінка (звертання до лікарні, добровільна госпіталізація в спеціалізоване відділення тощо). Проте в серйозних клінічних випадках перевага надається згоді на медичне втручання, що виявлена в письмовій формі. В медичних установах державної служби охорони здоров'я пацієнт підписує стандартний формуляр, що має назву «Згода на операцію». В формулярі зазначається: «...цим я даю згоду на операцію.. характер і мета якої були пояснені мені лікарем... Я згоден на такі наступні та альтернативні дії, що будуть признані за необхідні в перебігу операції..., на загальний, місцевий чи будь-який інший вид анестезії... Мені не було дано гарантій, що операція буде виконуватися конкретним лікарем...»

Англійський формуляр «Згода на операцію» має ряд недоліків з етичної точки зору. Він дещо формалізований, бо для того щоб дати згоду на медичне втручання, необхідно мати достатню інформацію про хворобу та методи її лікування. Крім цього, інформація має бути зрозумілою та обміркованою пацієнтом.

США. У 50-60 роки ХХ ст. у Сполучених Штатах Америки було сформовано доктрину «поінформованої згоди». В основу доктрини покладено етичні та правові поняття, що мають за мету встановити баланс між етичними цінностями та правовим статусом пацієнта при його звертанні до суду.

Доктрина поінформованої згоди визначає, що лікування компетентного пацієнта не може проходити без його інформації, добровільної згоди і припускає, що компетентний пацієнт може відмовитися від медичного втручання. Інформація, що надається лікарем, повинна створювати в пацієнта адекватну уяву про:

- характер та мету медичного втручання;
- ризик, пов'язаний з медичним втручанням;
- можливі альтернативні методи лікування.

Особлива увага приділяється категорії ризику медичного втручання, що має 4 основні аспекти: характер, серйозність, вірогідність матеріалізації ризику, раптовість його матеріалізації.

Формуляр на отримання згоди пацієнта на медичне втручання у США якісно відрізняється від подібного документа у Великобританії. Наприклад, формуляр прийнятий у штаті Вашингтон являє собою документ, у якому зазначено, що лікар може дати інформацію і пораду, пацієнт разом з лікарем повинен брати участь у

прийнятті рішення. У формулярі наведено кілька пунктів, по кожному з яких пацієнт повинен висловити свою згоду:

- щодо операції чи курсу лікування з зазначенням прізвища конкретного лікаря;
- згода на медичні втручання чи процедури, потреба на які може виникнути в ході оперативного втручання;
- згода на анестезію;
- згода на переливання крові;
- додаткові (особливі) умови.

У формулярі пацієнт повинен підтвердити факт того, що він знає, що кожна операція не виключає ризиків, які можуть призвести до смерті та інвалідності.

В законодавстві США існує 4 визнаних виключення з вимог поінформованої згоди, що припускають можливість лікування без згоди пацієнта.

1. *Виняток у при кризовому стані* — дозволяє лікування, якщо пацієнт зазнав би серйозної шкоди для свого здоров'я, якщо лікування не почалося б негайно або перш ніж могла бути одержана згода на медичне втручання.

2. *Виняток у випадку відмови* — дозволяє пацієнтам відмовитися від права вибору методу лікування і передати це право іншій особі (членам родини, адвокату або лікареві).

3. *Виняток при терапевтичній привілеї* — дозволяє лікування без згоди пацієнта, коли її отримання нанесло б серйозну, незворотну і миттєву шкоду пацієнтові.

4. *Виняток внаслідок некомпетентності пацієнта* — дозволяє лікування без згоди пацієнта, якщо останнього признано некомпетентним. У цьому випадку необхідна згода людини, яка має право приймати рішення за некомпетентного пацієнта.

Правові засади медичного втручання

Основні принципи медичного втручання задекларовано в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», згідно з яким:

- лікарі зобов'язані застосовувати методи профілактики, діагностики і лікування, а також мають право використовувати лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України;
- медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта;
- медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе. Ризикові методи діагностики, профілактики або лікування визнаються допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта, застосовуються за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта, а лікар вживає всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди життю та здоров'ю пацієнта.

При проведенні медичного втручання України необхідно дотримуватись основних положень міжнародних правових актів:

- ♦ Загальної декларації прав людини, проголошеної Генеральною Асамблеєю ООН (від 10.10.1948);
- ♦ Конвенції про захист прав і основних свобод (від 4.11.1950);

- ◆ Європейської соціальної хартії (від 18.10.1961);
- ◆ Міжнародного пакту про громадські та політичні права та Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права (від 16.12.1966);
- ◆ Конвенції про захист осіб стосовно автоматизованої обробки даних особистого характеру;
- ◆ Конвенції про права дитини (від 2.11.1989);
- ◆ Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (від 4.04.1997).

Загальні професійні стандарти будь-якого медичного втручання проголошено в статті 4 «Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини» (від 4.4.1997 р.).

Загальні міжнародні принципи надання медичної допомоги населенню зазначають, що будь-яке застосування методів профілактики, діагностики і лікування не повинно шкодити здоров'ю. Проте слід зазначити, що в ряді випадків медичне втручання пов'язане з ризиком для здоров'я. В такому випадку виникають ятрогенні захворювання. З метою правового регулювання дії лікаря та медичного закладу у випадках необхідності проведення ризикованих методів діагностики, лікування або профілактики у статтях 42 та 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначаються основні принципи інформації пацієнта про можливі шкідливі наслідки медичного втручання.

Загальні принципи доктрини поінформованої згоди

Основні біоетичні принципи щодо прав пацієнта проголошено в «Декларації про права пацієнта» на 34-й Всесвітній Медичній Асамблеї в 1981 р. (Лісабон, Португалія). Зокрема в Декларації зазначено: «Пацієнт має право, отримавши адекватну інформацію, погодитись на лікування чи відмовитися від нього».

Принцип про право пацієнта у прийнятті рішення відносно свого лікування виник у зв'язку з переглядом основної концепції у відносинах між лікарем і пацієнтом. В минулому за основне завдання медицини було проголошено докладання всіх зусиль для продовження людського життя, виліковування хвороби, полегшення болю та страждання пацієнта.

В усіх країнах з розвинутою системою охорони здоров'я основне завдання медицини — допомогти благополуччю пацієнта. Благополуччя пацієнта — це більш широке поняття, ніж відновлення здоров'я. Навіть прогноз хвороби при різних методах лікування ще не визначає, який метод кращий для конкретного пацієнта. У кожної людини свої цінності в житті. І тільки вони здатні визначити, що краще для кожної людини. Наприклад, перед пацієнтом стоїть вибір хірургічної операції з ампутації частини тіла як радикальний метод лікування. Альтернатива — променева терапія. Фізично активна особа може надати перевагу радіаційному або хіміотерапевтичному методам лікування, можливо навіть взагалі відмовитися від лікування. Жінка може надати перевагу збільшенню ризику народження мертвої дитини, ніж кесаревому розтину.

Тобто у виборі методу лікування повинні бути наявні дві компоненти:

- об'єктивні медичні компоненти;
- суб'єктивна перевага пацієнта.

Рішення щодо методу діагностики, лікування або профілактики має прийматися спільно лікарем та пацієнтом.

Пацієнт повинен дати не просто згоду, а поінформовану згоду на медичне втручання. Принцип поінформованої згоди забезпечує дві основні цінності:

- добробут пацієнта;
- повагу до самовизначення пацієнта.

Згідно з доктриною поінформованої згоди, при прийнятті рішення *пацієнт має право на таку інформацію:*

1. Про передбачуваний метод лікування.
2. Про альтернативні методи лікування, включаючи ризик та потенціальні «плюси» та «мінуси» кожного.
3. Про протікання захворювання у випадку відмови від будь-якого лікування.
4. Отримання інформації в доступній для пацієнта формі, що відповідає його освіті. Тобто пацієнт має бути компетентним, щоб проаналізувати отриману інформацію і прийняти рішення.

Загальні міжнародні принципи інформації для пацієнта про мету, характер, наслідки та можливий ризик медичного втручання проголошені державами — членами Ради Європи 4 квітня 1997 р. в «Конвенції про захист прав і гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини».

ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992

Стаття 39. Обов'язок надання медичної інформації.

Лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я.

Пацієнт має право ознайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування.

В особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Так само лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані.

МІЖНАРОДНІ УГОДИ

Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини» від 4 квітня 1997 р.

Розділ II. Згода

Стаття 5. Загальне правило

Медичне втручання може здійснюватися лише після того, як зацікавлена особа, будучи поінформованою, дасть на це свою добровільну згоду.

Така особа отримує заздалегідь належну інформацію про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризик.

Зацікавлена особа вільна в будь-який момент відмовитися від своєї згоди.

В Україні правові засади щодо надання пацієнтові медичної інформації визначено в 39 статті Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Чітке і доступне, для розуміння пацієнта, роз'яснення протікання хвороби і необхідність виважених інструкцій у процесі лікування дає можливість уникнути ускладнень. Наприклад, роз'яснення лікаря про необхідність комплексного застосування антибіотика амбіціліну з вітамінами груп В і С дає змогу уникнути усклад-

нень, пов'язаних з авітамінозом, який часто спостерігається при ушкодженні антибіотиком мікрофлори кишок.

Інформацію щодо діагнозу і запропонованого методу лікування має бути індивідуалізовано. Необхідно враховувати не тільки темперамент пацієнта, але й вид його діяльності, уподобання, спосіб життя, відношення до релігії.

Наприклад, видатний радянський онколог Б.Є. Петерсон вважав, що залежно від стадії хвороби може змінюватися психологічний стан хворого.

Цей психологічний стан пацієнта зумовлює відношення між лікарем і пацієнтом.

Загальні міжнародні засади про права людини проголошують, що *кожна людина має право:*

- на повагу до її особистого життя, коли йдеться про інформацію щодо здоров'я цієї особи;

- ознайомитись із будь-якою зібраною інформацією про її здоров'я;

- не отримувати інформацію про своє здоров'я або на обмеження такої інформації.

Згідно з міжнародним правом у надзвичайних ситуаціях (стихійні лиха, аварії, тощо), коли згода на медичне втручання не може бути отримана (непритомний стан або дитина, яка не досягла віку, в якому вона має право на поінформовану згоду) негайно може здійснюватися будь-яке втручання, яке необхідне з медичної точки зору для поліпшення стану здоров'я постраждалого.

Надання інформації населенню про стан навколишнього природного середовища

Оскільки стан навколишнього середовища впливає на здоров'я людини, кожен громадянин має право на вільний доступ до екологічної інформації. Закон України «Про охорону навколишнього природного середовища» забезпечує таке право.

В Україні екологічне інформаційне забезпечення здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування. Існує декілька шляхів інформації населення про стан навколишнього природного середовища:

- національна доповідь про стан навколишнього середовища, яку після розгляду Верховної Ради України, публікують окремим виданням і розміщують у системі Інтернет;

- щорічна інформація обласними державними адміністраціями, Радою Міністрів Автономної Республіки Крим, Київською та Севастопольською міськими державними інформаціями відповідних рад та населення про стан навколишнього середовища відповідних територій;

ХРЕСТОМАТІЯ

Проблему слід поділити на три розділи: психологію онкологічного хворого, який не підлягає спеціальному протипухлинному лікуванню, тобто із запущеною хворобою; психологію онкологічного хворого з клінічним проявом хвороби, що підлягає спеціальному протипухлинному лікуванню; психологію онкологічного хворого без клінічних проявів злоякісної пухлини, що підлягає радикальному лікуванню. До останньої групи належать хворі з ранньою онкологічною патологією. Для кожної з цих груп хворих повинні бути свої деонтологічні підходи і заходи психологічного впливу з боку медичного персоналу, колективу на роботі, родичів та інших осіб, з якими стикається хворий.

Для кожної з трьох згаданих груп онкологічних хворих можна побачити свої характерні риси психічного стану. Для хворих із запущеною хворобою, яка не підлягає спеціальному протипухлинному лікуванню і частіше має тяжкі симптоми хвороби, які відчують реальну загрозу життю, властиві два психічних стани.

В одних випадках хворий виявляє надзвичайну енергію в пошуках лікування і лікаря, в інших — у хворих розвивається повна розгубленість, пригнічення, і вони фактично покидають життя задовго до фізичної загибелі. Ці два стани в протіканні запущеного раку у хворого можуть змінюватись, проте, як правило, чим ближче хворий до смерті, тим стан інактивації зростає. Це пояснюється загальним впливом пухлини на організм, наростанням змін в організмі, які визначаються як пухлинна кахексія та інтоксикація.

Родичі хворого, які довідались про безнадійність його стану і, не задовольнившись дією офіційних представників медицини, не заспокоюються, шукають допомоги у випадкових осіб і часто стають жертвами знахарів та шарлатанів. Чим неухватніший медичний персонал, тим пряміший і коротший шлях хворого від лікаря до знахаря. Прикладів шкоди, яку завдає онкологічним хворим незаконне лікування, більше ніж достатньо. Слід зауважити, що незалежно від тяжкості стану онкологічного хворого і ступеня інтоксикації в нього завжди зберігається надія на викування, яку лікар повинен підтримувати всіма засобами до останньої хвилини його життя.

Особливості психічного стану хворих з клінічним проявом пухлинного захворювання, які підлягають спеціальному лікуванню, як правило, такі. На перших етапах відчуття нездоров'я спостерігаються спроби самоаналізу, пояснення ознак захворювання випадковими причинами. Хворий намагається аналізувати свої відчуття, чекає, що вони минуть, або спробує лікуватися домашніми засобами і продовжує вести звичайний спосіб життя. Думки про можливе онкологічне захворювання він відкидає як неприйнятні для себе або приймає їх, уходить в себе, чекаючи з хвилюванням подальшого розвитку подій. Для цього періоду захворювання характерні схильність до самоаналізу, скритність, самостійні пошуки пояснень своїм відчуттям. Менша частина хворих, схильних до канцерофобії, швидко впадає в панічний стан і зразу звертається до лікаря. Цей домедичний період у середньому триває кілька місяців, до того часу, коли хворий почне відчувати нові симптоми захворювання, ще більше лякаючися, що складають для нього, без сумніву, загрозливі умови, які змушують його звернутись до лікаря. Інша частина хворих, які неухватні до себе, або ті, що лякаються можливого страшного діагнозу, звертаються за медичною допомогою при активному впливі оточуючих, які бачать необхідність медичного втручання.

Після першого візиту до лікаря психологічна обстановка змінюється. Стан психіки від цього періоду багато в чому залежить від враження, яке склало на нього це відвідування. Медична служба повинна бути організована таким чином, щоб враження хворого, який, можливо, вперше в житті звернувся за медичною допомогою, було як можна найбільш сприятливим, бо від цього іноді залежить його доля. В цей період можна чекати в основному два типи реакції на події. У зв'язку з пригніченим станом, цілком природним у такій ситуації, в одних хворих проявляється реакція переляку, паніки і при запропонованні госпіталізації вони впадають в депресивний стан. У цьому випадку лікар повинен вселити в хворого віру в успіх лікування. Друга група хворих, які не виявляють зовнішніх ознак занепокоєння і мають «нормальну» реакцію на обстеження та лікування, також потребують психологічної підготовки. Під маскою зовнішнього спокою в замкнених за природою людей приховується тяжка психологічна реакція на подію.

Ще одна група хворих, які нерегулярно відвідують поліклініку і ухиляються від обстеження у зв'язку з незначним проявом хвороби та недовірою і незгодою до запропонованого лікування. Такі хворі не бачать причин для турботи і тому не виконують розпоряджень лікаря. З такими хворими необхідно проводити наполегливу роботу, доводячи необхідність обстеження і лікування, іноді розкриваючи серйозність їх стану, незважаючи на відсутність тяжких ознак хвороби. В стадії амбулаторного обстеження онкологічного хворого лікар повинен намагатися визначити, до якої групи реакцій відноситься хворий, і провести відповідну психологічну підготовку...

При ранній онкологічній патології, виявленій у практично здоровій людині, лікар знаходиться в положенні людини, яка умовляє, переконує і нав'язує лікування.

Б.Є. Петерсон. В кн. Медицинская этика и деонтология. — М.: Медицина, 1983. — С. 232—234

Надання інформації про епідемічний стан

- Систематична інформація населення через засоби масової інформації.
- Негайне інформування населення про надзвичайні екологічні ситуації.

Екологічна інформація повинна містити:

- ♦ відомості про стан навколишнього природного середовища та рівні його забруднення;
- ♦ інформацію про біологічне різноманіття, включаючи видозмінені організми та їхню взаємодію з об'єктами навколишнього природного середовища;
- ♦ відомості про джерела, фактори, матеріали, речовини, продукцію, енергію, фізичні фактори (шум, вібрацію, електромагнітне випромінювання, радіацію), які впливають на здоров'я людей;
- ♦ екологічні прогнози, плани і програми, державну екологічну політику;
- ♦ рекомендації щодо зменшення негативного впливу зміни факторів навколишнього середовища на здоров'я людини.

Законодавство України передбачає адміністративну відповідальність за відмову від надання чи несвоєчасне надання екологічної інформації населенню.

Згідно зі статтею 91 Закону України «Про охорону навколишнього середовища», відмова від надання або несвоєчасне надання за запитами повної та достовірної екологічної інформації, передбаченої законодавством, тягне за собою накладання штрафу на службових та посадових осіб від трьох до десяти неоподаткованих мінімумів доходів громадян.

Надання інформації населенню про епідемічну ситуацію

Громадяни України та їх об'єднання мають право на отримання достовірної інформації щодо епідемічної ситуації в місті проживання і в республіці в цілому. Така інформація є складовою поінформованої згоди на медичне втручання.

Наприклад, тільки маючи об'єктивну інформацію про епідемічну ситуацію, пацієнт разом із сімейним лікарем може дати поінформовану згоду на запропоновані профілактичні заходи (щеплення, прийом вітамінів та імуностимуляторів, зміна планів та способу життя на період епідемічного неблагополуччя).

У статті 17 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» проголошено, що органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, установи державної санітарно-епідеміологічної служби та заклади охорони здоров'я зобов'язані періодично повідомляти через засоби масової інформації про епідемічну ситуацію та здійснювані протиепідемічні заходи. За відмову в наданні інформації, умисне її перекручення або приховування об'єктивних даних про захворювання населення на інфекційні хвороби та епідемічну ситуацію в країні, посадові особи органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, установ державної санітарно-епідеміологічної служби та закладів охорони здоров'я несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України.

Згідно Закону України «Про захист населення від інфекційних захворювань», інформація про епідемічну ситуацію надається не тільки з метою прийняття пацієнтом поінформованої згоди щодо профілактики інфекції. Кожен громадянин України та об'єднання громадян мають право брати участь в обговоренні питань, розробці загальнодержавних, регіональних і місцевих програм з питань захисту населення від інфекційних хвороб.

Доктрина поінформованої згоди обумовлює той факт, що лікування компетентного пацієнта не може проводитися без поінформованої та добровільної згоди пацієнта. Компетентний пацієнт може відмовитися від всякого лікування.

Необхідність компетентності пацієнтів для прийняття поінформованої згоди впливає з таких чинників:

- пацієнт повинен мати здатність брати участь у процесі прийняття рішення щодо методів діагностики, лікування або профілактики;
- пацієнт повинен мати здатність судити про хід лікування;
- пацієнт повинен бути здатним гарантувати, що він має необхідну інформацію.

Тільки компетентний пацієнт може гарантувати, що його рішення про метод діагностики чи лікування було добровільним, тобто не було результатом примушення, тиску, надмірного впливу або маніпуляції зі сторони третьої особи або лікаря. Таке рішення має відповідати особистим цінностям пацієнта, а не інших осіб, навіть коли вони є членами його сім'ї.

Таким чином, основним чинником поінформованої згоди є критерій компетентності пацієнта.

Загальні міжнародні принципи сучасної біоетики трактують декілька **категорій пацієнтів**, що мають різні права в отриманні інформації і прийнятті рішень щодо застосування до них методів медичного втручання:

- *компетентні пацієнти* (дорослі люди);
- *некомпетентні пацієнти*:
 - малі діти;
 - пацієнти в коматозному стані;
 - пацієнти, що були визнані у встановленому законом порядку недієздатними;
- *частково компетентні пацієнти*: особи, з обмеженою здатністю до прийняття рішення щодо медичного втручання внаслідок:
 - хвороби або прийняття лікарських препаратів;
 - пацієнти віком 15—18 років;
 - особи, визнані судом обмежено дієздатними.

Питання про те, хто повинен приймати рішення у виборі методу медичного втручання за некомпетентного пацієнта, є найбільш актуальним як для медичної етики, так і для судової практики. Теоретичні засади з біоетики твердять, що в таких випадках згоду на медичне втручання повинні давати члени родини некомпетентного пацієнта. Така теза зумовлена такими положеннями:

- родина краще за інших знає життєві цінності пацієнта та його бажання;
- члени родини більше за інших зацікавлені в тому, щоб лікування забезпечило головні інтереси пацієнта;
- родина є соціальним осередком суспільства і тому повинна мати певну автономію в піклуванні про своїх членів.

З іншого боку, міжнародна судова практика часто зустрічається з випадками наявності конфліктів між членами однієї родини або членами сім'ї та пацієнтом. Більше того, пацієнт може бути відірваний від інших членів родини, проживати значний час в іншому місті або навіть в іншій країні. Тому в такій ситуації необхідно знайти іншу особу, яка може представляти пацієнта у виборі методу медичного втручання. Такою особою може бути лікуючий лікар, адвокат, інша довірена особа, яка має дотримуватися формальних директив, залишених пацієнтом у той час, коли

він був компетентним вирішувати, яке медичне втручання він хотів би мати за обставин, що склалися на даний час. В міжнародній практиці найбільш відомими є так звані волевиявлення, що складаються в стилі звичайного заповіту. В такому документі пацієнт може зазначити, що не повинно бути зроблено ніяких намагань повернути його до життя після серцевого нападу в тому випадку, якщо після лікування він буде знаходитися в залежності від апарата штучного дихання. Звичайно, що в такому документі неможливо передбачити всі ситуації, в які може згодом потрапити пацієнт.

У декількох штатах США існує практика, внаслідок якої пацієнт має право призначити довірену особу, яка має право прийняти рішення щодо методів діагностики та лікування за нього, якщо він стане некомпетентним. В цьому ж документі, поряд із призначенням довіреної особи, пацієнт може дати інструкції, якими має керуватись довірена особа у прийнятті рішення про методи медичного втручання.

Законодавство України не передбачає ситуацій щодо висловлення попередніх побажань про методи медичного втручання на час перебування громадянина в стані, в якому неможливо висловити свою волю.

З точки зору біоетики та судової практики країн з розвинутою системою охорони здоров'я, не існує повної згоди відносно того, хто має приймати рішення за частково компетентних пацієнтів, коли останній не цілком здатний прийняти рішення щодо медичного втручання. Основний принцип щодо прийняття рішення про вибір методу медичної допомоги зазначає, що у випадку часткової компетенції пацієнта рішення приймають спільно пацієнт і його законні представники. Не існує повної згоди про те, що робити, коли точка зору щодо методів медичного втручання в частково компетентного пацієнта та його законних представників альтернативна.

Якщо пацієнту 15—18 років, то потрібна спільна згода на медичне втручання хворого та його батьків або законних представників. В Україні така сама практика застосовується щодо осіб, які були визнані судом обмежено дієздатними.

Основні принципи виявлення поінформованої згоди пацієнта на медичне втручання зазначені в статті 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Основні принципи надання пацієнтові інформації про медичне втручання, зазначені в цій статті, відповідають загальним міжнародним принципам одержання згоди на медичне втручання (стаття 5 Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини) від 4.04.1997 р.).

ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992

Стаття 43. Згода на медичне втручання.

Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.

У невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна.

Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від ліку-

вання, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

Якщо відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

МІЖНАРОДНІ УГОДИ

Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини» від 4 квітня 1997 р.

Розділ II. Згода

Стаття 5. Загальне правило

Медичне втручання може здійснюватись лише після того, як заінтересована особа, будучи поінформованою, дасть на це свою добровільну згоду.

Така особа отримує заздалегідь належну інформацію про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризик.

Зацікавлена особа вільна в будь-який момент відмовитись від своєї згоди.

МІЖНАРОДНІ УГОДИ

Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини» від 4 квітня 1997 р.

Розділ II. Згода

Стаття 6. Захист осіб, які неспроможні надати свою згоду.

1. ... медичні втручання по відношенню до особи, яка неспроможна дати свою згоду, може здійснюватись лише безпосередньо в інтересах такої особи.

2. Якщо згідно закону неповнолітня особа є неспроможною дати свою згоду на медичне втручання, то таке втручання не може здійснюватись без дозволу її представника, органу влади чи особи або закладу, які визначені законом. Думка неповнолітньої особи враховується як визначальний чинник, значимість якого збільшується в залежності від віку та зрілості цієї особи.

3. Проведення медичного втручання по відношенню до повнолітньої особи, яку згідно закону було визнано недієздатною або неспроможною дати свою згоду за станом здоров'я, не може здійснюватись без дозволу її представника, органу влади чи особи або закладу, які визначені законом.

Заінтересована особа залучається у міру можливості до процедури отримання дозволу.

4. Представник, орган влади, особа чи заклад, про які йшлося у наведених вище пунктах 2 та 3, отримують інформацію, що передбачена у статті 5, та тих же умовах.

Медичні втручання та надання інформації при різних станах та формах

Надання інформації невиліковно хворим пацієнтам. Особливої уваги заслуговують пацієнти з несприятливим прогнозом захворювання. В СРСР існувала практика, яка забороняла лікареві і медичному персоналу лікарні повідомляти пацієнту діагноз у подібних випадках.

При формуванні нової нормативно-правової бази охорони здоров'я як в Україні, так і в Російській Федерації практика приховування діагнозу від безнадійно хворого пацієнта зазнала критики. Прибічники альтернативної точки зору висунули ряд аргументів, які були прийняті парламентаріями обох країн:

1. Роз'яснення лікарем діагнозу захворювання необхідне для досягнення поінформованої згоди між лікарем та пацієнтом.

2. Інформація щодо діагнозу та прогнозу захворювання дає можливість зробити пацієнту певні дії відносно свого майна, вирішення ряду юридичних питань.

3. Інформація про діагноз та прогноз захворювання може стимулювати дії хворого щодо юридичного оформлення фактичних відносин (шлюб, розлучення, усиновлення, тощо).

4. Інформація про невиліковне захворювання полегшує реалізацію прав пацієнта на певні соціальні пільги: безкоштовне лікування; безкоштовне або пільгове придбання лікарських засобів; пільговий проїзд до місця лікування.

Законодавство Російської Федерації зазначає, що у випадках несприятливого прогнозу захворювання інформація повинна надаватись як пацієнту, так і членам його родини, якщо громадянин не заборонив їм повідомляти про це (Стаття 31 Закону РФ «Основи законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян»). Цей закон не передбачає непоінформованості хворого щодо свого діагнозу у випадку несприятливого прогнозу захворювання.

Проте не кожна людина здатна спокійно перенести інформацію про захворювання з несприятливим прогнозом і після цього виважено прийняти рішення про вибір лікаря, методу лікування тощо. Подібна інформація може викликати сильні негативні емоції, які сприяють розвитку стресу, який сам по собі може ускладнити протікання хвороби, спричинити неадекватні дії з боку пацієнта.

У такій ситуації неможливо не враховувати багаторічного медичного досвіду.

Починаючи з цілителів Стародавньої Індії і Китаю, вважалося, що однією із складових успішного лікування є індивідуальний підхід до пацієнта; віра хворого в лікаря, лікування і одужання. Я рекомендую Вам ознайомитись, у запропонованих хрестоматійних вставках, з точкою зору на цю етико-правову дилему лікаря-письменника В. Вересаєва.

Законодавство України, за необхідності надання інформації про діагноз та прогноз захворювання невиліковно хворим пацієнтам, надає пріоритет лікуючому лікарю, який у разі необхідності може обмежити інформацію. Таке право лікарю надає 39 стаття Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я». Лікар, враховуючи стан і інтереси хворого, може надати неповну інформацію про діагноз та прогноз захворювання членам сім'ї або законним представникам пацієнта.

ХРЕСТОМАТІЯ

А як я можу триматися «чесно» з невиліковно хворими? З ними весь час доводиться лицемірити і обманювати, доводиться вдаватися до різноманітних видумок, щоб знову і знову підтримати надію. Хворий, в усякому разі до відомого ступеня, завжди усвідомлює цю брехню, обурюється на лікаря і готовий проклинати медицину.

Як же триматися?

Давньоіндійська медицина була в цьому відношенні пряма і жорстко щира: вона мала справу лише з тими хворими, яких можна було вилікувати. Невиліковно хворий не мав права лікуватися, родичі відводили його на берег Гангу, забивали йому ніс і рот священним мулом і кидали в річку...

Хворий сердиться, коли лікар не говорить йому правди. Спочатку я був настільки наївним і молодод-прямолинійним, що при наполегливій вимозі говорив хворому правду.

Лише поступово я зрозумів, що в дійсності означає, коли хворий хоче правди, запевняючи, що не боїться смерті. Це означає: «Якщо надії немає, то бреш мені так, щоб я ні на секунду не мав сумніву, що ти говориш правду».

В. В. Вересаєв «Записки врача».

Надання інформації при проведенні наукових досліджень. Загальні етичні та правові принципи медичного втручання поширюються і на проведення наукових досліджень у галузі біології і медицини. При проведенні медико-біологічного експерименту необхідно дотримуватися принципів, проголошених у Гельсінсько-Токійській декларації (1964, 1975 рр.).

Згідно з основними положеннями міжнародної конвенції про права людини та біомедицину, підписаної всіма державами — членами Ради Європи, особа, над якою провадяться наукові дослідження:

- має бути поінформованою про свої права та гарантії, які законодавчо передбачені для її захисту;
- повинна сама подати ініціативу на проведення наукового медичного експерименту;
- оформити в письмовому вигляді свою згоду на проведення наукового експерименту;
- має право в будь-який час вільно відкликати свою згоду.

При проведенні наукових експериментів мають бути захищені права осіб, які неспроможні дати свою згоду на участь у дослідженнях. У випадках, коли наукові дослідження провадяться на неповнолітніх пацієнтах або недієздатних особах, то інформовану згоду на проведення медичного експерименту повинні надавати батьки або законні представники. Останнім надається та сама інформація, що й компетентним пацієнтам. Законні представники повинні в письмовому вигляді надати згоду на проведення наукового дослідження. Всі медичні експерименти мають нести для заінтересованої особи мінімальний ризик та мінімальні незручності.

В Україні наказом Міністерства охорони здоров'я за № 281 від 1.11.2000 р. затверджено положення про комісію з питань етики, основним завданням якої є захист прав та інтересів осіб, залучених до клінічного випробування. Цим наказом затверджено також окремий додаток про надання інформації пацієнтам (добровольцям) про клінічне випробування та одержання від них письмової поінформованої згоди. До початку наукового дослідження пацієнт повинен отримати інформацію про запропоноване наукове дослідження і дати письмову інформовану згоду. Міністерство охорони здоров'я України затвердило спеціальну форму письмової поінформованої згоди, яку пацієнт повинен заповнити власноручно. Комісія з питань етики повинна розглянути кожний документ про надання поінформованої згоди.

Надання інформації при вилученні органів і тканин з метою трансплантації. Загальні принципи надання інформації при вилученні органів і тканин з метою трансплантації проголошені на 39 сесії Всесесвітньої медичної асамблеї, яка відбулася в м. Мадриді (Іспанія) 30 жовтня 1987 р. В прийнятому на ВМА документі, що має назву «Декларація стосовно трансплантації людських органів», зазначено, що в усіх випадках повинна бути отримана добровільна інформована згода. Обов'язковим є повне обговорення запропонованої процедури з донором і реципієнтом або їх довіреними родичами чи юридичними представниками.

НАКАЗ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ВІД 01.11.2000 № 281

Типове положення про комісію з питань етики.

Надання інформації пацієнтам про клінічне випробування та одержання від них письмової поінформованої згоди

1. Особи, яких планується залучити до клінічних випробувань нових лікарських засобів, повинні отримати достатню інформацію про мету та суть цих досліджень. Дослідник (або особа, що зазначена) ретельно інформує пацієнта або, якщо він не

спроможний дати згоду, його законного представника щодо всіх аспектів випробування.

2. Дослідник, ні будь-яка інша особа, що бере участь у проведенні випробування, не повинні примушувати пацієнта або викликати в нього необґрунтовану зацікавленість в участі або продовженні участі в клінічному випробуванні.

3. Усна або письмова інформація про клінічне випробування не повинна містити в собі висловлювань, що змушують досліджуваного (або його законного представника) відмовитись від своїх прав, що передбачені законом, або звільняють дослідника чи заявника випробування від відповідальності за припущену халатність.

4. Усна інформація та письмові матеріали про клінічне випробування, якщо змога, не повинні містити спеціальних термінів і повинні бути зрозумілими пацієнту або його законному представнику. Інформація для пацієнта та форма письмової поінформованої згоди мають бути надруковані українською або російською мовою.

5. Дослідник повинен надати досліджуваному або його законному представнику достатню кількість часу для ухвалення рішення про участь у випробуванні. Досліджуваний або його законний представник повинні одержати вичерпні відповіді на всі питання щодо клінічного випробування.

6. В усній та письмовій інформації, що надається пацієнту, мають бути зазначені:

- дослідницький характер випробувань;
- завдання випробування;
- досліджуваний лікарський засіб та вірогідність залучення до однієї з груп випробування;
- процедури випробування, включаючи інвазивні методи;
- обов'язки досліджуваного;
- незручності для досліджуваного, а також очікуваний ризик;
- очікувана користь. Якщо випробування не має терапевтичного характеру, то слід сповістити про це досліджуваного;
- інші види медикаментозного або не медикаментозного лікування, що можуть бути призначені досліджуваному;
- компенсація та/або лікування, на які досліджуваний може розраховувати у разі завдання школи його здоров'ю в ході випробування;
- розмір виплат досліджуваному, якщо такі передбачені, пропорційно тривалості його участі і випробуванні;
- витрати досліджуваного, якщо такі очікуються та пов'язані з його участю в випробуванні;

Лікар повинен бути об'єктивним під час обговорення процедури, надавати:

- повну інформацію про відомі ризики й можливі небезпеки;
- пропозиції можливих альтернативних процедур.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

• визначення, що участь у випробуванні є добровільною і досліджуваний може відмовитися від неї в будь-який момент без будь-яких санкцій або обмежень прав досліджуваного без пояснень;

• визначення, що представники Державного фармакологічного центру МОЗ України, комісії з питань етики та замовник одержать безпосередній доступ до записів у первинній медичній документації досліджуваного для перевірки процедур та/або даних клінічного випробування, не порушуючи при цьому анонімності досліджуваного. Підписуючи форму письмової згоди, досліджуваний або його законний представник дають дозвіл на доступ до цієї документації;

• зазначення того, що відомості щодо досліджуваного зберігатимуться в таємниці;

- визначення, що досліджуваний або його законний представник будуть вчасно ознайомлені з новими відомостями, що можуть вплинути на бажання досліджуваного продовжити участь у випробуванні;

- список осіб, до яких можна звернутися для одержання додаткової інформації про випробування, і права пацієнта, а також фахівців, з якими досліджуваний може зв'язатися у разі завдання шкоди його здоров'ю в ході випробування;

- можливі обставини та/або причини, через які участь досліджуваного у випробуванні може бути припинена;

- передбачувана тривалість участі досліджуваного у випробуванні.

7. До початку участі в клінічному випробуванні пацієнт або його законний представник, а також особа, що відповідальна за отримання письмової поінформованої згоди, повинні підписати та власноручно датувати форму письмової поінформованої згоди. Обов'язково має бути підкреслено, що згода дана добровільно, на підставі одержаної повної інформації про клінічне випробування, яка зрозуміла особі, що залучена як досліджуваний до клінічного випробування.

8. Коли до клінічного випробування (терапевтичного або не терапевтичного) включаються суб'єкти, на участь яких обов'язково потрібне погодження їхнього законного представника (неповнолітні, особи з психічними розладами) досліджуваний повинен бути поінформований в межах його розуміння і, якщо це можливо, повинен власноручно підписати і датувати форму поінформованої згоди.

9. Підписані та датовані форми поінформованої згоди зберігаються у дослідника, а після завершення випробування — в архіві медичної установи, де здійснювалося клінічне випробування, на протязі не менше 15 років.

10. До клінічного випробування, що не передбачають безпосередньої терапевтичної користі (далі — не лікувальні випробування) для досліджуваних, повинні залучатися тільки ті пацієнти, що особисто дають свою письмову згоду та датують її. До таких випробувань можуть залучатися пацієнти за згодою їхніх законних представників з обов'язковим дотриманням таких положень:

- завдання випробування вимагають залучення пацієнтів, стан яких не дає змоги їм особисто дати згоду на участь;

- можливий ризик для досліджуваних невисокий;

- випробування не протизаконне;

- для включення таких досліджуваних запитується спеціальний письмовий висновок комісії з питань етики.

11. Якщо досліджуваний перебуває в критичному стані й від нього неможливо дістати інформовану згоду на участь у випробуванні, то її слід отримувати в його законного представника, якщо останній при цьому присутній. Якщо неможливо одержати попередню згоду досліджуваного і відсутній його законний представник, то це має бути передбачено протоколом клінічного випробування та/або іншим документом, схваленим комісією з питань етики та незалежними від учасників випробування фахівцями.

Досліджуваний або його законний представник мають бути поінформовані про випробування в найкоротші терміни, і від них повинна бути отримана згода на продовження клінічного випробування.

Пацієнти, що перебувають у критичному стані, залучаються до клінічного випробування тільки в тих випадках, якщо є показання для застосування досліджуваного лікарського засобу. У таких клінічних випробуваннях стан досліджуваних повинен ретельніше контролюватися.

12. Порядок надання інформації про клінічне випробування досліджуваному, а також отримання письмової поінформованої згоди від останнього можуть перевірятися Державним фармакологічним центром МОЗ України, комісією з питань етики та замовником.

13. У разі порушень прав під час проведення клінічного випробування досліджуваний може звертатися до комісії з питань етики та подати оскарження до МОЗ України або безпосередньо до суду.

Лікар не повинен підтримувати очікування, не виправдані обставинами. Інтерес лікаря з поглиблення наукових знань завжди має бути вторинним щодо головного боргу лікаря перед пацієнтом. Завжди необхідно отримати добровільну поінформовану згоду.

12.3. Етико-правові засади обов'язкової та примусової профілактики та лікування

Запобігання і лікування інфекційних захворювань

З метою запобігання захворюванню та розповсюдженню інфекційних хвороб, в особливих випадках, законодавство України передбачає як проведення профілактичних щеплень, так і примусові діагностику і лікування.

Групи населення і категорії працівників, які підлягають профілактичним щепленням, в тому числі і обов'язковим, визначає Міністерство охорони здоров'я України. Перелік обов'язкових профілактичних щеплень наводиться в статті 27 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та статті 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р.

Стаття 27 Профілактичні щеплення

Профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванню на туберкульоз, поліомієліт, дифтерію, кашлюк, правець та кір в Україні є обов'язковими.

Обов'язковим профілактичним щепленням для запобігання поширенню інших інфекційних захворювань підлягають окремі категорії працівників у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної ними роботи. У разі необґрунтованої відмови від щеплення за поданням відповідних посадових осіб державної санітарно-епідеміологічної служби вони до роботи не допускаються.

ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6.04.2000 р.

Стаття 12 Профілактичні щеплення

... У разі загрози виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях та об'єктах можуть проводитись обов'язкові профілактичні щеплення проти цієї інфекційної хвороби за епідемічними показаннями....

Профілактичні щеплення можуть бути обов'язковими і проведеними за показаннями на основі поінформованої згоди між лікарем та пацієнтом. Навіть в разі проведення обов'язкових профілактичних щеплень пацієнт має право на об'єктивну інформацію, вибір методу щеплення та вакцини або сироватки.

Законодавство України передбачає, що медичні працівники, які мають проводити профілактичні щеплення, зобов'язані надавати об'єктивну інформацію особам, яким проводиться щеплення, або їх законним представникам про ефективність профілактичних щеплень та можливі поствакцинальні ускладнення.

Профілактичні щеплення мають проводитися тільки після медичного огляду пацієнта, в разі відсутності в нього відповідних медичних протипоказань. Повнолітнім дієздатним громадянам профілактичні щеплення проводяться за їх поінформованою згодою. Передбачається надання інформації про:

- щеплення;
- наслідки відмови від щеплення;
- можливі поствакцинальні ускладнення.

Особам, які не досягли 15-річного віку чи визнані у встановленому законом порядку недієздатними, профілактичні щеплення проводяться за згодою їхніх об'єктивно поінформованих батьків та інших законних представників.

Особам, віком від 15 до 18 років або пацієнтам, визнаним судом обмежено дієздатними, профілактичні щеплення проводяться за їх згодою після надання об'єктивної інформації. При цьому необхідна також згода об'єктивно поінформованих батьків або інших законних представників цих осіб.

Профілактичні щеплення не є примусовими. Особа повинна мати об'єктивну інформацію і має право сама вирішувати щодо проведення медичного втручання.

Проте непроведення профілактичних щеплень може бути причиною тяжкої хвороби. Тому законодавством України детально розроблена процедура відмови від щеплення та реєстрація таких випадків.

Якщо пацієнт або його законні представники відмовляються від обов'язкових профілактичних щеплень, лікар має право взяти у них відповідне письмове підтвердження. Пацієнт у разі відмови від щеплення повинен дати таке підтвердження і засвідчити це актом у присутності свідків. Відповідно до Статті 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» всі відомості про відмову від профілактичних щеплень підлягають статистичному обліку і вносяться до відповідних медичних документів.

Згідно статті 19 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», особи, які хворіють на інфекційні хвороби або є бактерієносіями, мають право на отримання:

- Достовірної інформації про результати медичного огляду, обстеження і лікування.
- Рекомендацій щодо запобігання поширенню інфекційних хвороб.

З метою забезпечення епідемічного благополуччя в Україні особи, хворі на інфекційні хвороби, контактні особи та бактерієносії, що створюють підвищену небезпеку зараження для оточуючих, підлягають своєчасному та якісному лікуванню, медичному нагляду і обстеженню.

Обов'язковому лікуванню підлягають і особи, хворі на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом. Проте лікування таких пацієнтів може проводитись анонімно.

СИТУАЦІЙНА ВПРАВА

Особа, хвора на дифтерію, відмовляється від госпіталізації і лікування. У зв'язку з цим виникла загроза не тільки для її життя, а й для здоров'я оточуючих.

Яку інформацію Ви повинні надати:

- Хворому?
- Членам родини і оточуючим ?

Розробіть програму Ваших дій для забезпечення епідемічного благополуччя.

**Етико-правові засади профілактики,
примусового лікування та надання інформації
при соціально-небезпечних захворюваннях**

Незважаючи на право кожного громадянина України на поінформовану згоду на медичне втручання або відмову від нього, існують випадки, коли стан здоров'я одного громадянина може загрожувати благополуччю іншої особи, групи громадян, суспільству. В таких випадках держава вважає за обов'язок кожного громадянина в проведенні профілактики, діагностики та лікування захворювання.

Законодавство України за обов'язкові вважає дії, що необхідні для забезпечення благополуччя суспільства і кожного громадянина при:

- запобіганні, лікуванні і локалізації масових інфекційних захворювань;
- лікуванні осіб, які вживають наркотичні або психотропні речовини;
- при наданні психіатричної допомоги.

Виходячи з вищезазначених принципів, до соціально небезпечних захворювань відносять:

- туберкульоз;
- психічні захворювання;
- венеричні захворювання;
- СНІД;
- лепру;
- хронічний алкоголізм;
- наркоманію.

Існує думка юристів, що цей перелік слід розширити і до соціально небезпечних захворювань відносити також і токсикоманію.

Порядок здійснення госпіталізації і лікування таких осіб, у тому числі і в примусовому порядку, встановлюється законодавством і зазначений у декількох нормативно-правових актах:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р.
2. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р.
3. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6.04.2000 р.
4. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунно-дефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 3.03.1998 р.
5. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р.
6. Закон України «Про органи і служби у справах неповнолітніх та спеціальні установи для неповнолітніх» від 24.01.1995 р.
7. Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними» від 15.02.1995 р.
8. Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5.07.2001 р.
9. Кримінальний кодекс України від 5.04.2001 р.
10. Спільний Наказ МОЗ України, МВС України, Генеральної прокуратури України, Міністерства юстиції України «Інструкція про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби та психотропні речовини» № 306/680/66/5 від 10.10.1997 р.
11. Наказ МОЗ України та МВС України «Порядок проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами» № 158\417 від 16.06.1998.

У переважній більшості випадків особи, що потребують психіатричної допомоги, є недієздатними або обмежено дієздатними.

Згідно зі статтями 12 та 14 Закону України «Про психіатричну допомогу», прийнятому Верховною Радою України 22 лютого 2000 року, зазначено, що особам, які страждають на психічний розлад, може надаватись амбулаторна медична допомога або проводитись їх госпіталізація до психіатричного закладу без їх усвідомленої згоди або без згоди їх законного представника.

Амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої згоди надається в разі встановлення у пацієнта тяжкого психічного розладу. Тобто медична допомога надається в тих випадках, коли ненадання такої допомоги завдасть шкоди психічному здоров'ю хворого.

Госпіталізація до психіатричного закладу без усвідомленої згоди хворого або його законного представника проводиться в таких випадках:

- Коли обстеження пацієнта або лікування можливі тільки в умовах стаціонару.

- При встановленні у хворого тяжкого психічного розладу, внаслідок якого вона:
 - вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих;
 - нездатна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

Помилково думати, що особи, які потребують психіатричної допомоги, не мають права на інформацію про стан свого психічного здоров'я. Згідно статті 26 Закону України «Про психіатричну допомогу» лікар-психіатр зобов'язаний пояснити особі, якій надається психіатрична допомога, з урахуванням її психічного стану, в доступній формі інформацію:

- про стан її психічного здоров'я;
- прогноз можливого розвитку захворювання;
- про застосування методів діагностики та лікування;
- альтернативні методи лікування;
- можливий ризик та побічні ефекти;
- умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги;
- права та передбачені законодавством можливості обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги.

Право на одержання зазначеної інформації щодо неповнолітнього віком до 15 років та особи, визнаної в установленому законом порядком недієздатною, мають їх законні представники.

Особа при наданні їй психіатричної допомоги або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання в письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги.

У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформує законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надається психіатрична допомога. Про надану інформацію або її обмеження робиться запис у медичній документації.

Щоб своєчасно виявити осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу та хворих на туберкульоз, проводяться профілактичні медичні огляди населення.

Обов'язковим щорічним профілактичним медичним оглядам на туберкульоз підлягають:

- діти віком до 14 років включно;
- працівники, зайняті на важких роботах, роботах із шкідливими чи небезпечними умовами;
- особи віком до 21-го року;
- працівники окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення.

Виняток становлять певні категорії працівників, яким такі огляди проводяться в строки, встановлені спеціальними нормативно-правовими актами. Наприклад, особи, які відбувають покарання в установах кримінально-виконавчої системи, проходять профілактичний медичний огляд під час прибуття до цих установ, а в подальшому — не рідше одного разу на рік та за місяць до звільнення.

Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам на туберкульоз, терміни та порядок проведення, необхідні лабораторні, інструментальні та інші види досліджень, що використовуються під час проведення цих оглядів, встановляє Кабінет Міністрів України.

У разі погіршення епідемічної ситуації щодо захворювання на туберкульоз за поданням відповідного головного державного санітарного лікаря органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування приймають рішення про проведення позачергових обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз осіб, які підлягають обов'язковим медичним оглядам, чи інших груп населення, серед яких рівень захворюваності значно перевищує середній показник на відповідній території.

До груп із *підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз* відносяться особи, які:

- перебувають у контакті з хворими на активні форми туберкульозу;
- не мають постійного місця проживання;
- відбувають покарання в установах кримінально-виконавчої системи;
- зловживають алкоголем чи наркотиками;
- біженці, мігранти тощо.

Особи, які ухиляються або без поважних причин у визначений термін не пройшли обов'язкового профілактичного медичного огляду на туберкульоз, відсторонюються від роботи, а неповнолітні, учні та студенти відсторонюються від відвідування навчальних закладів.

Профілактичні щеплення проти туберкульозу в Україні обов'язкові і здійснюються відповідно до календаря профілактичних щеплень з дотриманням вимог статті 12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

Профілактичні щеплення проти туберкульозу проводяться безоплатно, за рахунок коштів Державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів соціального страхування, інших джерел, не заборонених законодавством.

Примусове лікування. Відповідно до законодавства України, хворі на туберкульоз, виявлені в слідчих ізоляторах, отримують лікувально-профілактичну допомогу в медичних частинах слідчих ізоляторів. Хворі на туберкульоз, виявлені у виправно-трудових установах, забезпечуються лікувально-профілактичною допомогою в спеціалізованих протитуберкульозних закладах кримінально-виконавчої системи.

Порядок виявлення, лікування таких хворих та здійснення профілактичних заходів встановлюється центральним органом виконавчої влади з питань виконання покарань за погодженням з центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

У разі звільнення хворого на активну форму туберкульозу установа кримінально-виконавчої системи повідомляє про це органу охорони здоров'я за обраним звільненим місцем проживання. Після прибуття до обраного місця проживання зазначені особи зобов'язані з'явитися до відповідного протитуберкульозного закладу для продовження лікування та медичного (диспансерного) нагляду.

Хронічний алкоголізм, наркоманія і токсикоманія

Особи, відносно яких встановлено незаконне вживання ними наркотичних засобів або психотропних речовин, підлягають направленню на медичний огляд.

Підставою для направлення на медичний огляд осіб, залежних від названих речовин, є інформація, яка надійшла від підприємств, організацій, установ, засобів масової інформації або окремих громадян про те, що зазначені особи незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини чи перебувають у стані наркотичного сп'яніння. При надходженні до органів внутрішніх справ відповідних матеріалів працівники міліції забезпечують видачу таким особам:

- направлення на медичний огляд з одержанням від них розписки;
- направляють контрольне повідомлення про направлення на медичний огляд.

На підставі медичного огляду лікар-нарколог встановлює стан сп'яніння або приймає рішення про необхідність стаціонарного обстеження, про що складає письмовий висновок та видає направлення на обстеження.

Після проходження стаціонарного медичного обстеження при встановленні діагнозу «наркоманія», «токсикоманія» особі видається листок тимчасової непрацездатності. У разі встановлення факту вживання наркотичних засобів чи психотропних речовин або не підтвердження такого факту особі видається довідка встановленого зразка.

Особи, які ухиляються від добровільного медичного огляду чи обстеження, за сповіщенням про неявку особи до наркологічного закладу на медичний огляд та на підставі постанови органу внутрішніх справ про привід з метою примусового медичного обстеження (огляду) та підлягають примусовій доставці до наркологічного закладу працівниками органів внутрішніх справ.

У разі встановлення особі діагнозу «наркоманія», «токсикоманія» та призначення диспансерної наркологічної допомоги і нагляду, на неї заповнюється відповідна медична документація, про що повідомляються органи внутрішніх справ.

Встановлення терміну проходження необхідного курсу наркологічної допомоги та нагляду, а також рішення про його продовження приймається лікарсько-консультаційною комісією відносно кожної особи індивідуально. Диспансерний наркологічний нагляд за особами, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, припиняється на підставі:

- рішення лікарсько-консультативної комісії;

—документального підтвердження про фізичну неможливість отримання диспансерної наркологічної допомоги з такої причини, як смерть;

—при переїзді на інше місце проживання з направленням медично-облікової документації до тамтешнього лікувально-профілактичного закладу для постановки на облік;

—позбавлення волі за рішенням суду з направленням медично-облікової документації до територіального органу внутрішніх справ для приєднання до особової справи засудженого;

—призов у лави Збройних сил з направленням медично-облікової документації до військово-медичної комісії при військкоматі.

Органи внутрішніх справ ведуть облік усіх осіб, відносно яких встановлено, що вони незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, крім осіб, які добровільно звернулися за медичною допомогою та виконують рекомендації лікаря.

При виписуванні осіб, які перебувають на обліку, у зв'язку з виїздом на нове місце проживання, дільничний інспектор (відносно неповнолітнього — працівник служби кримінальної міліції у справах неповнолітніх) письмово, у триденний термін повідомляють медичному закладу за місцем обліку даної особи і органи внутрішніх справ за новим місцем проживання. Відповідно до законодавства України, списки осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, повинні знаходитися також у паспортному столі за місцем їх проживання.

ВІЛ-інфекції

Законодавство України передбачає добровільний медичний огляд громадян з метою виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини. Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років і осіб, що були визнані недієздатними у встановленому законом порядку, може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників. Батьки або законні представники таких пацієнтів мають право бути присутніми при проведенні такого огляду (Стаття 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення»).

Інформація, яку необхідно надавати пацієнтам за даними медичного огляду на предмет виявлення ВІЛ-інфекції, зазначена в статті 9 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення».

ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ

Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення»

Розділ II Умови і порядок медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції. Облік ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, подання їм медичної допомоги та здійснення медичного нагляду за ними.

Стаття 9

Особі, в якій, за даними медичного огляду, виявлено ВІЛ-інфекцію, повідомляється про це працівником закладу охорони здоров'я, в якому проведено огляд, у врахуванням вимог цього Закону щодо конфіденційності зазначеної інформації. Одночасно ВІЛ-інфікованому повідомляється про необхідність дотримання профілактичних заходів, спрямованих на недопущення розповсюдження ВІЛ-інфекції, про гарантії дотримання прав і свобод ВІЛ-

інфікованих, а також про кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження та зараження осіб вірусом імунодефіциту людини.

У разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це батьків або інших законних представників зазначених осіб.

Порядок повідомлення обстеженим про результати медичного огляду та видачі їм відповідних офіційних висновків встановлюється Міністерством охорони здоров'я України.

Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» передбачає отримання інформації ВІЛ-інфікованими особами, які:

- отримують інформацію про зараження вірусом імунодефіцитом людини від закладу охорони здоров'я, в якому проводилось обстеження;
- отримують інформацію, що містить:
 - результати дослідження;
 - профілактичні заходи, яких необхідно дотримуватися;
 - попередження про кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку або зараження іншої особи;
- письмо засвідчують факт одержання інформації та попередження щодо його безпеки.

12.4. Етико-правові аспекти несприятливих наслідків медичної допомоги. Ятрогенії

Кожне медичне втручання пов'язане з певним ризиком небажаного результату. Причини негативних наслідків медичної допомоги різні:

- ◆ природний ризик медичного втручання;
- ◆ дефекти надання медичної допомоги;
- ◆ лікарські помилки;
- ◆ виникнення ятрогенного захворювання.

Під **несприятливим наслідком медичної допомоги** розуміють негативний розвиток захворювання внаслідок лікування, профілактичних або діагностичних заходів, що стало причиною:

- смерті пацієнта;
- загрози смерті;
- значної стійкої втрати працездатності;
- повної втрати професійної працездатності;
- переривання вагітності;
- психічного розладу;
- захворювання на наркоманію;
- зараження на СНІД або іншим тяжким інфекційним захворюванням;
- тривалого розладу здоров'я.

До основних причин несприятливих наслідків медичної допомоги відносять (рис. 12.1):

- ◆ реалізований ризик захворювання;
- ◆ ятрогенії;
- ◆ дефекти надання медичної допомоги.



Рис. 12.1. Причини несприятливих наслідків медичної допомоги

Реалізований ризик захворювання — випадок у медичній практиці в результаті дії ймовірних факторів, відвернути який медичні працівники були неспроможні.

До реалізованих ризиків можна віднести більшість ускладнень первинного (основного) захворювання, які виникають внаслідок особливостей організму пацієнта, патогенезу основного або супутнього захворювання, непередбаченого наслідку діагностичних та лікувальних заходів. Часто в реалізації ризику протікання та лікування хвороби повинен не лікар, а сам пацієнт внаслідок запізнiлого звертання до лікувально-профілактичного закладу або невиконання медичних приписів лікаря.

Ятрогенія — захворювання та патологічні процеси, що виникають під впливом медичних втручань, які були проведені з профілактичною, діагностичною або лікувальною метою і класифікуються як нещасний випадок з юридичної точки зору.

Дефекти надання медичної допомоги — неналежне виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків, яке обумовило помилкову профілактику, діагностику, лікування пацієнта або спричинило несприятливий наслідок.

Однією з причин розвитку ятрогенії і дефектів надання медичної допомоги є лікарська помилка.

Лікарська помилка — комплексне поняття, яке включає неадекватне даному медичному випадку професійне мислення або дію.

Лікарська помилка може бути зумовлена кількома факторами:

- недосконалістю сучасної медичної науки;
- недостатністю кваліфікації лікаря;
- неможливістю використання знань, які має лікар;
- об'єктивними умовами роботи лікаря;
- недостатньою активністю медичного персоналу.

Причиною лікарської помилки може стати:

- хибне судження про протікання патологічного процесу в даного пацієнта;
- неправильний діагноз основного захворювання;
- недооцінка супутніх захворювань та ускладнень;
- відсутність наступності у веденні пацієнта;
- неадекватне лікування.

Коли йдеться про несприятливі наслідки медичної допомоги, слід розрізняти поняття помилкову дію і протиправність. Коли медичне втручання призвело до погіршення стану здоров'я, можна думати про помилки медичного персоналу при профілактиці,

діагностиці або лікуванні пацієнта. Тобто помилкова дія — поняття медичне. І тільки після проведення судово-медичної експертизи та кваліфікації дій медичного персоналу як дефекту надання медичної допомоги, що спричинив шкоду здоров'ю, можна казати про протиправність. Тобто протиправність дій медичного персоналу — поняття юридичне, яке формується з урахуванням поняття «шкода здоров'ю».

Лікарська помилка може бути причиною як виникнення ятрогенного захворювання, так і причиною дефекту надання медичної допомоги. У зв'язку з цим лікарські помилки поділяють на дві категорії.

До першої категорії відносяться лікарські помилки, які призводять до розвитку ятрогенного захворювання. Їх кваліфікують як хибний погляд.

Хибний погляд — помилкова думка (помилковий діагноз), яка зумовила неадекватні дії медичного персоналу. Причиною хибного погляду є невідповідність знання сутності захворювання об'єктивній дійсності. Така невідповідність може бути зумовлена обмеженням рівнем розвитку медичної науки і практики або абсолютизацією результатів лабораторної та функціональної діагностики.

Вірогідність формування хибного погляду значно зростає в екстремальних ситуаціях, коли обмаль часу для обстеження, консультацій, прийняття рішень щодо діагнозу та методів лікування, відсутній час для підготовки пацієнта до операції. Хибна інтерпретація результатів лабораторної та функціональної діагностики може бути наслідком атипового протікання хвороби.

До другої категорії відносяться лікарські помилки, які є причиною дефекту надання медичної допомоги. Їх кваліфікують як упущення або недбалість.

Упущення — не проведений професійний захід, що визначив ймовірність розвитку патологічного процесу або постановку помилкового діагнозу.

До упущень відносять такі причини несприятливих наслідків медичної допомоги:

- несвоєчасна диспансеризація хворого (вагітної жінки);
- поверхневе вивчення анамнезу пацієнта;
- недооцінка важкості стану хворого;
- несвоєчасне використання консультативної допомоги;
- невиконання медичним персоналом призначеного лікування;
- неякісний догляд за важкохворим.

Упущення найчастіше допускають медичні працівники, які не мають достатнього професійного досвіду та кваліфікації.

Недбалість — неякісно виконана робота медичного персоналу. Робота може бути виконана неякісно, недбайливо, з недбайливим, неуважним ставленням до пацієнта. Неохайні дії медичного персоналу, які привели до порушення стерильності, також можуть кваліфікуватись як недбалість. До недбалості можна віднести такі причини несприятливих наслідків медичної допомоги:

◆ неякісний патронаж і догляд за хворим, вагітною жінкою, дитиною з групи ризику на дому;

- ◆ неуважне ставлення до пацієнта;
- ◆ самовпевненість при обстеженні або лікуванні хворого;
- ◆ відмова від обстеження або недостатнє обстеження при підозрі на алкогольне сп'яніння;
- ◆ відсутність динамічного догляду за хворим;
- ◆ необґрунтоване переведення хворого з одного лікувально-профілактичного закладу до іншого;
- ◆ передчасне виписування хворого із стаціонару;
- ◆ тощо.

Класифікацію причин, що приводять до виникнення лікарських помилок, наведено на рис. 12.2.

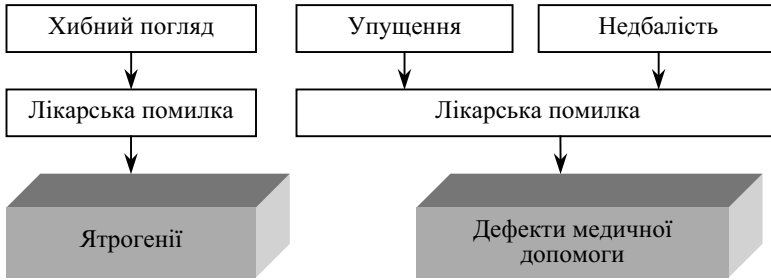


Рис. 12.2. Класифікація лікарських помилок

Дефекти надання медичної допомоги

Поняття дефектів надання медичної допомоги має три *основні критерії*:

- медичний;
- соціальний;
- юридичний.

Медичний критерій дефектів надання медичних послуг визначається некоректними діями медичних працівників з точки зору стандартів, норм, правил надання медичних послуг.

Соціальні та юридичні критерії дефектів надання медичної допомоги визначаються суспільною небезпекою та характером злочинних дій або бездіяльності медичних працівників. У таких випадках покарання передбачено конкретними статтями Кримінального кодексу України.

Уже зазначалося, що під дефектом надання медичної допомоги розуміють неналежне виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків, яке зумовило помилкову профілактику, діагностику, лікування пацієнта і спричинило несприятливий наслідок.

За *характером* дефекти надання медичної допомоги поділяють на:

- дефекти організації медичної допомоги;
- дефекти профілактики;
- дефекти діагностики;
- дефекти лікування.

Дефекти організації медичної допомоги — порушення в лікувально-профілактичному закладі правил, норм і порядку надання медичної допомоги, які регламентовані наказами Міністерства охорони здоров'я України, положеннями, інструкціями та іншими нормативними документами.

Дефекти профілактики — допущення помилок при проведенні щеплень, а саме:

- недотримання графіку вакцинації;
- використання недоброякісних вакцин;
- помилки в техніці проведення щеплень;
- неврахування анамнезу пацієнта.

Дефекти діагностики — помилкове або несвоєчасне виявлення патологічного процесу у хворого на різних етапах надання медичної допомоги.

Дефекти лікування — неякісне лікування, що збільшило розвиток наявної патології або призвело до іншого несприятливого наслідку.

Дефекти медичної допомоги поділяють на:

А. Дефекти догоспітального періоду надання медичної допомоги.

Б. Дефекти госпітального періоду надання медичної допомоги.

Догоспітальний період характеризується проведенням профілактичних заходів, першим етапом діагностики та амбулаторного лікування. Для більшості пацієнтів цей етап є завершальним.

Догоспітальний період представлений швидкою медичною допомогою, поліклініками, травматичними пунктами та іншими лікувально-профілактичними закладами, які не призначені для надання медичної допомоги в умовах стаціонару. Дефекти надання медичної допомоги на цьому етапі виникають часто внаслідок специфіки періоду. На початковому етапі симптоматика захворювання майже завжди проявляється не в повному комплексі або захворювання взагалі може протікати атипово.

Госпітальний період починається з надходження хворого до приймального відділення стаціонару. До цього етапу дефекту госпітального періоду відносять необгрунтовану відмову в госпіталізації пацієнта. До першої ланки лікувально-профілактичних закладів, що надають медичну допомогу в госпітальному періоді, відносять: районні, міські лікарні, медсанчастини, деякі відомчі лікувально-профілактичні заклади.

Причини дефектів медичної допомоги криються в об'єктивних та суб'єктивних факторах, які умовно поділяють на 2 основних блоки:

- порушення організації медичного обслуговування;
- недостатність професійних та моральних якостей медичних працівників.

Схематично причини дефектів медичної допомоги представлені на рис. 12.3.

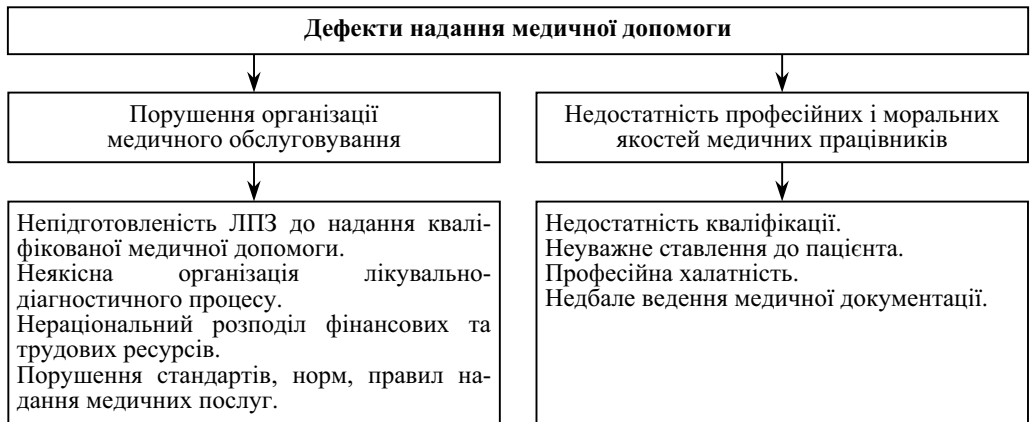


Рис. 12.3. Причини дефектів надання медичної допомоги

Причини, що обумовили виникнення дефектів, пов'язаних з порушенням організації медичного обслуговування:

• недостатня кваліфікація керівництва лікувально-профілактичного закладу, а саме:

- а) недостатні знання специфіки діяльності лікувально-профілактичного закладу;
- б) недостатні професійні знання та навички в галузі управління персоналом;

- в) відсутність лідерських якостей та вмінь управляти змінами;
- г) нестача здібностей до навчання та удосконалення майстерності керівника закладу;
- д) брак в управлінні матеріально-технічним забезпеченням, енергетичним і транспортним обслуговуванням лікувально-профілактичного закладу;
- е) недостатній контроль за якістю медичної допомоги;
- ж) нераціональний розподіл фінансових і трудових ресурсів;
- з) порушення стандартів, норм, правил надання медичної допомоги;
- і) неякісна організація праці в лікувально-профілактичному закладі.
- недостатній рівень медичного обслуговування:
- а) відсутність необхідних засобів діагностики і лікування;
- б) неякісне транспортування хворого;
- в) недостатня якість харчування;
- г) недостатня якість догляду за хворими.

Сутність дефектів надання медичної допомоги, що пояснюється *недоліками професійних і моральних якостей медичних працівників*, зумовлюють такі чинники:

- ◆ ненадання медичної допомоги хворому;
- ◆ нерозпізнане основне захворювання;
- ◆ нерозпізнане ускладнення основного захворювання;
- ◆ нерозпізнане супутнє захворювання;
- ◆ запізнiла діагностика основного або супутнього захворювання;
- ◆ немотивована відмова від госпіталізації;
- ◆ запізнiла госпіталізація;
- ◆ дефекти при проведенні інструментальних методів обстеження;
- ◆ дефекти при призначенні та проведенні медичних процедур;
- ◆ некоректне використання лікарських засобів;
- ◆ ненадання, запізнiле надання або неякісна хірургічна допомога;
- ◆ дефекти анестезії та реанімації;
- ◆ дефекти вакцинації.

Причинами дефектів надання медичної допомоги, зумовлених *недоліками професійних та моральних якостей медичних працівників*, є упущення та недбалість.

Ятрогенії

Термін «ятрогенія» почав широко застосовуватися в медичній практиці після виходу з друку в 1925 р. статті Бумке «Лікар як причина душевних розладів».

Термін ятрогенія має грецьке походження: *iatros* (лікар) та *genes* (походження). Цей термін означає психогенне захворювання, або невроз, що виникають під впливом дій лікаря, його поведінки або слів.

На початку ХХ ст. швейцарський психіатр Є. Блейлер писав, що хвороба може посилюватись, ускладнюватись або виникати внаслідок «недисциплінованого мислення медичного працівника». Це найчастіше спостерігається при обстеженні пацієнта, коли виявляються ранні ознаки хвороби і хворий занепокоєний зміною самопочуття та дуже чутливий до слів медичного працівника.

До середини ХХ ст. під ятрогенією розуміли захворювання, що виникають внаслідок необережних висловів медичного працівника. Згодом стала відмічатись тенденція називати ятрогенними всі захворювання, що виникають внаслідок лікарської помилки.

Проте не всі захворювання, що виникають внаслідок медичних втручань можна віднести до лікарських помилок. До ятрогенії відносять захворювання або смертельні випадки, що виникають внаслідок побічної дії фармакологічних препаратів.

Ятрогенні захворювання та реакції перелічені в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ), де їх можна знайти як у тризначних рубриках, так і в додатковій класифікації Е.

При аналізі ятрогенної патології визначають такі її риси:

- медико-біологічні (патогенетичні);
- медико-соціальні;
- правові.

Медико-біологічні риси ятрогенії. Розвиток ятрогенії залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, його реактивності, стресорезистентності, індивідуальної неадекватності до дій фармацевтичних препаратів, інших методів лікування та діагностики.

До медико-біологічних рис ятрогенії можна віднести добросовісну оману лікаря, що пов'язана з його недостатньою кваліфікацією, а також при введенні в лікувальну практику нових методів діагностики або лікування.

Медико-соціальні риси ятрогенії. Розвиток ятрогенії можливий через помилки в діагностиці захворювання, що пов'язані із застосуванням старого обладнання, строк використання якого закінчився. При недостатньому фінансуванні галузі охорони здоров'я такі ятрогенії вже не рідкий випадок у медичній практиці.

Правові риси ятрогенних захворювань пов'язані з необхідністю відшкодування нанесеної шкоди здоров'ю людини, внаслідок медичного втручання.

За захворювання або смерть пацієнта, спровоковані лікарською халатністю теж відноситься до ятрогенної патології. В цьому випадку мова має йти не тільки про економічні санкції, а й про кримінальну відповідальність. Ускладнення або розвиток захворювання внаслідок ненадання медичної допомоги до ятрогенії не відносяться.

Класифікація ятрогенії

На сьогодні немає єдиного загальноприйнятого варіанту класифікації ятрогенії, Тому в галузі охорони здоров'я використовують декілька варіантів класифікацій ятрогенії:

- за етіологією захворювання;
- за Міжнародним класифікатором хвороб;
- за Калитяєвським;
- за Риковим.

Класифікація за етіологією захворювання. У класифікації розрізняються ятрогенні патології, виходячи з етіології захворювання, значення для протікання хвороби і танатогенезу. За цією схемою розрізняють такі класи ятрогенії:

- I. Ятрогенії, що пов'язані з профілактичними заходами.
- II. Ятрогенії, що пов'язані з діагностикою захворювань.
- III. Ятрогенії, пов'язані з використанням фармакологічних препаратів.
- IV. Ятрогенії, спричинені променевою діагностикою або лікуванням.

V. Ятрогенії, що пов'язані з використанням медичних інструментів та матеріалів (введення в серцево-судинну систему алопластичних матеріалів, катетеризація судин, використання водіїв ритму серця та ін.).

VI. Ускладнення які виникають під час переливання крові.

VII. Смерть внаслідок наркозу.

VIII. Ятрогенії, які виникають внаслідок хірургічних втручань.

IX. Ятрогенії деонтологічного характеру.

Класифікація за Міжнародним класифікатором хвороб. Класифікацію ятрогеній розроблену на положеннях Міжнародного класифікатора хвороб, широко застосовують у ряді країн. Розрізняють такі класи ятрогенних захворювань:

1. Ятрогенії, що виникають при хірургічних захворюваннях та оперативних втручаннях, з уточненням захворювання та характеру оперативного втручання.

2. Ятрогенії, спричинені медикаментозним лікуванням.

3. Ятрогенії, спричинені профілактичними заходами.

4. Ятрогенії діагностичних заходів.

5. Смерть від наркозу, в тому числі і при премедикації.

Класифікація за Калитяєвським. Особливістю цієї класифікації є те, що кожен клас ятрогенних патологій поділено на підкласи.

I. Ятрогенії, пов'язані з лікуванням.

I.1. Медикаментозні ятрогенії.

I.1.1. Ятрогенії, зумовлені побічною дією медикаментів або їх індивідуальною переносністю.

I.1.2. Ятрогенії, зумовлені неадекватним або помилковим використанням фармакологічних препаратів.

I.2. Хірургічні ятрогенії.

I.2.1. Ятрогенії, які зумовлені ризиком та важкістю оперативного втручання або анестезії.

I.2.2. Ятрогенії, зумовлені помилками в техніці операції або анестезії, неправильно вибраній тактиці або методу хірургічного втручання.

I.3. Фізичні методи лікування.

I. 3.1. Побічна дія променевого та інших видів фізичних методів лікування та їх індивідуальною переносністю.

I.3.2. Ятрогенії, спричинені неадекватним та помилковим застосуванням променевого та інших фізичних методів лікування, неполадками апаратури.

I.4. Інші ятрогенні захворювання, пов'язані з лікуванням.

II. Ятрогенії пов'язані з діагностикою захворювань.

II.1. Захворювання, зумовлені ризиком використання самого діагностичного методу або діагностичних засобів, що використовуються.

II.2. Захворювання, зумовлені помилками при проведенні діагностичних маніпуляцій, неполадками в апаратурі. Надлишкове діагностичне обстеження.

III. Ятрогенії, пов'язані з проведенням профілактичних заходів (щеплень).

III.1. Ятрогенії, зумовлені ризиком побічної дії препарату або самого методу.

III.2. Захворювання, пов'язані з помилками під час проведення профілактичних заходів.

IV. Інформаційні ятрогенії.

V.1. Захворювання, спричинені діями медичного працівника на психічний стан пацієнта.

IV.2. Самолікування (використання фармакологічних препаратів, які не були призначені лікарем).

V. Ятрогенні псевдохвороби.

V.1. Захворювання, які були зареєстровані медичною статистикою, проте не викликали небажаних наслідків у пацієнтів.

V.2. Ятрогенії, які були наслідком помилкового діагнозу, що спричинило шкідливі наслідки для здоров'я пацієнта.

VI. Інші ятрогенії.

Класифікація за Риковим

У зв'язку з можливим впровадженням страхової медицини та розвитком приватного сектора галузі охорони здоров'я, заслуговує на увагу класифікація ятрогеній, що була запропонована В. А. Риковим. У цій класифікації обумовлені економічні санкції при виникненні ятрогенної патології.

1-а група. Ятрогенії, які виникають на попередніх етапах лікування і тому не мають відношення до лікувально-профілактичної установи, яка встановила діагноз ятрогенне захворювання.

2-а група. Ятрогенії, зумовлені аномальною реакцією організму на фармакологічні препарати та інші методи лікування. Ятрогенії цієї групи не відносяться до «помилки лікаря», тому не передбачається економічних санкцій до медичної установи.

3-а група. Ятрогенії, причиною яких були помилки діагностики та лікування. Медична установа повинна в повному обсязі нести економічну або іншу відповідальність. В Україні механізм економічних санкцій не розроблений.

4-а група. Ятрогенії, що в патогенезі захворювання не відіграють певної ролі, тобто ятрогенна хвороба накладається на фоніву чи супутню хворобу. Більшість фахівців дотримуються точки зору про відсутність економічної відповідальності медичної установи при виявленні в пацієнта ятрогенії 4-ої групи.

5-а група. Ятрогенії, що виникають в результаті самолікування. Економічні санкції до медичної установи не передбачені.

Ятрогенії, пов'язані з профілактичними заходами

Найчастіше ятрогенні патології, що пов'язані з профілактичними заходами, викликані побічною дією вакцин або ризиком побічної дії самого методу щеплення. Реакції можуть бути невираженими і нетяжкими, проте іноді виникають і небезпечні для життя і здоров'я стани: енцефалопатія, анафілактичний шок. До цієї групи ятрогеній також відносять ускладнення, які виникають при використанні речовин для боротьби з носіями хвороб та збудниками інфекцій.

Ятрогенії, пов'язані з профілактичними заходами можуть виникнути навіть при правильному застосуванні якісних вакцин. Це спостерігається при високій індивідуальній реактивності, ідіосинкразії до вакцин або сироваток.

Ятрогенії можуть виникати при недбалій організації профілактичних заходів. До такої групи ятрогенної патології відносять захворювання, пов'язані з:

- помилково вибраним шляхом введення вакцин та сироваток;
- використанням простроченого біологічного матеріалу для щеплень;
- нехтуванням медичним персоналом алергійного або загального анамнезу пацієнта;
- введенням препарату без попередньої десенсибілізації;
- передозуванням.

Ятрогенії, пов'язані з профілактичними заходами, можуть спостерігатися внаслідок передозування вітаміну D під час профілактики дитячого рахіту. Тяжкі ятрогенні отруєння спостерігаються через порушення техніки безпеки при використанні токсичних речовин.

Розрізняють дві основні групи ятрогенних захворювань, пов'язаних з діагностикою захворювань:

- ятрогенні патології, що є наслідком встановлення помилкового діагнозу;
- ятрогенні захворювання, які викликані ускладненнями від проведення діагностичної процедури.

Помилкові діагнози можуть не приводити до виникнення ятрогенної патології. Найчастіше це трапляється внаслідок помилкового діагнозу апендициту і як наслідок цього — апендектомії. За статистичними даними, до 20 % пацієнтів діагноз апендициту було встановлено помилково. В більшості таких випадків ятрогенної патології не виникає.

В інших випадках помилковий діагноз приводить до ятрогенних наслідків. Помилки в діагнозі і внаслідок цього помилкове лікування негативно впливають на протікання істинної хвороби і можуть привести до виникнення «другого» захворювання внаслідок непоказаної терапії.

До першої групи ятрогеній, спричинених помилковим діагнозом, відносять і «комп'ютерогенні» псевдохвороби. При масових обстеженнях за допомогою цілої низки загальних комп'ютерних програм, без урахування індивідуальних особливостей організму часто встановлюються помилкові діагнози. Коли за допомогою комп'ютерної програми, за показниками роботи серцево-судинної системи дослідник дає інформацію про імунну реактивність організму, помилка в діагнозі і є наслідком некоректного методу діагностики. Останніми роками катастрофічно для галузі охорони здоров'я збільшується кількість приватних діагностичних центрів, спрямованих на такі «загальні комп'ютерні методи діагностики».

До другої групи ятрогенних захворювань, пов'язаних з діагностикою, відносять:

- ускладнення від ангіографій;
- ускладнення від ендоскопічної діагностики;
- ускладнення від печінкової холангіографії;
- ускладнення пункційних біопсій.

При проведенні діагностичної процедури ятрогенні патології найчастіше виявляються відразу і мають неінфекційну природу. Переважно це кровотечі або анафілактичний шок.

Наприклад, при проведенні ангіографії ятрогенія може бути спричинена дією рентгеноконтрастних речовин — урографіту, гексобриксу. Індивідуальна чутливість організму до цих препаратів може призвести до анафілактичного шоку або гіперосмолярної коми.

При ендоскопічній діагностиці ятрогенія може виникнути внаслідок кровотечі.

Ятрогенії, викликані лікуванням пацієнта

А. Ятрогенії, пов'язані з використанням медикаментозних препаратів. Ятрогенні патології у великій кількості випадків виникають внаслідок помилкового вибору ліків, їхньої дози, ускладнень, які виникають при підвищеній індивідуальній чутливості до фармакологічного препарату. При помилково встановленому діагнозі лікар може призначити ліки, які не тільки непотрібні для організму, а й можуть спричинити виникнення ятрогенії.

Останніми роками в Україні відмічається тенденція до масового використання фармакологічних препаратів, що стимулювала реклама в пресі, на радіо та телебаченні. Це призводить до масового використання ліків з метою самолікування, недооцінки наслідків токсичної дії фармакологічних препаратів. Фізико-хімічне забруднення викликає порушення в обмінних процесах організму, напруження в роботі системи, що забезпечує гомеостаз організму.

Безвідповідальне призначення ліків: антибіотиків, сульфаніламідів, психотропних засобів, гормональних та імуностимулювальних препаратів призвело до того, що медикаментозну ятрогенію почали називати «хворобою від ліків».

Медикаментозні ятрогенії виникають внаслідок:

- помилкового призначення лікарем препарату, без урахування віку та стану пацієнта;
- передозування фармакологічної дії препарату;
- неврахування побічної дії медикаментозного препарату або перехресної дії препаратів при комплексній хіміотерапії, введення ліків без урахування їхньої кумулятивної дії.

Механізми виникнення медикаментозних ятрогеній різні. Умовно їх поділяють на такі групи:

1. Мутагенна, канцерогенна та тератогенна дія лікарських засобів.
2. Патологічні (алергійні) імунні реакції, спричинені ліками.
3. Ідіосинкразія.
4. Токсична дія фармакологічного препарату.
5. Комбінований механізм побічної дії лікарських засобів.

1. Мутагенна, канцерогенна та тератогенна дія лікарських засобів зумовлює ятрогенну патологію, що проявляється через кілька місяців або навіть років після проведення терапевтичного курсу. У світі найбільш відомі талідомідний тератогенез та кумаринова ембріопатія.

2. Патологічні (алергійні) імунні реакції, викликані лікарськими засобами. Переважна кількість медикаментозних препаратів це складні високомолекулярні сполуки, що мають властивості антигену. Інші ліки, що не мають великої молекули, можуть виступати як гаптени, що утворюють антигенні комплекси з білками, полінукліотидами, полісахарами.

Алергійна реакція на лікарські засоби може протікати по типу термінової гуморальної реакції з розвитком анафілактичного шоку.

Алергійна реакція на медикаментозні препарати має в своєму патогенезі попередню сенсibilізацію організму. Проте сенсibilізація може бути перехресною, пасивною та прихованою і тоді алергічна реакція на ліки може виникнути «несподівано». Наприклад, анафілаксія на перше введення пеніциліну може бути наслідком вживання молока, стабілізованого додаванням антибіотиків.

Другий шлях розвитку патологічних імунних станів при дії лікарських засобів — це утворення імунних комплексів, які приводять до виникнення сироватної хвороби.

Третій шлях до розвитку імунної патології, спричиненої лікарськими засобами, — алергічна реакція уповільненої дії. Наприклад, реакція Коха.

Четвертий з можливих механізмів медикаментозної ятрогенії полягає в розвитку автоімунної реакції на речовини денатурації власних клітин організму, які утворюються під дією ліків.

3. Ідіосинкразія — патологічна реакція організму на дію медикаментозних препаратів, яка має неспецифічний механізм. Ідіосинкразія і медикаментозна алергія

відносяться до різних видів ятрогенної патології. Алергія на ліки має імунний механізм. Ідіосинкразія — спадкова недостатність деяких ферментів, які беруть участь у метаболізмі ліків. Прикладом такої ідіосинкразії є примахінова гемолітична анемія, яка виникає як ятрогенне захворювання при прийомі жарознижуючих препаратів та ліків для угамування болю. Така анемія пов'язана з недостатністю в еритроцитах ферменту глюкозо-6-фосфатдегідрогенази. В таких осіб вживання названих лікарських засобів може призвести до гемолізу еритроцитів. Існує великий перелік ферментопатій, які можуть викликати розвиток ятрогенного захворювання у відповідь на введення лікарських засобів.

4. Токсична дія лікарських засобів. Ятрогенії, спричинені токсичною дією лікарських засобів, зумовлені двома факторами:

- перевищенням дози медикаментозного препарату;
- накопиченням препарату-токсину в організмі.

Ступінь токсичної дії лікарського засобу на організм різна: від ушкодження мікросомальних структур до повного некрозу клітини.

5. Комбінована дія лікарських засобів. Причиною ятрогенного захворювання може бути комбінація двох реакцій ідіосинкразії й алергійної реакції на прийом медикаментозного препарату. Наприклад, при глютенівій ентеропатії внаслідок дефіциту ферменту пептидази ентеральної не відбувається повного розщеплення глютену і «шматочки» цієї складної білкової сполуки викликають розвиток алергійної реакції.

Б. Ятрогенії, пов'язані з хірургічним втручанням. Ятрогенні захворювання, які виникли внаслідок хірургічного втручання, трапляються значно рідше, ніж інші патологічні стани, зумовлені медичними факторами. Проте саме цей діагноз ятрогенної патології найлегше встановити, тому що ятрогенні фактори при хірургічному втручанні більш очевидні. Простіше виявити, які помилки хірурга вплинули на протікання захворювання і призвели до розвитку ятрогенної патології.

Серед хірургічних ятрогеній найчастіше трапляються:

- невиправдано широкі операції;
- випадкові пошкодження органів і судин;
- тривала катетеризація великих венозних судин та ін.

Якщо хірургічне втручання призвело до розвитку спайкової хвороби, демпінг-синдрому, порушення вуглеводного обміну, то такі патологічні процеси теж розглядають як ятрогенну патологію.

У хірургічному стаціонарі можлива діагностика ятрогенної патології, що безпосередньо не пов'язана з діяльністю лікаря-хірурга і є супроводжувальною хірургічною ятрогенією. До таких медичних факторів, які призводять до тяжких ускладнень при оперативному втручанні, відносяться наркоз і аналгезія, реанімаційні заходи. До розвитку ятрогенної патології можуть призвести тривале парентеральне харчування та гемодіаліз.

Таким чином, ятрогенні патології, спричинені хірургічним втручанням мають дві основні причини. Перша зумовлена великим ризиком і складністю оперативного втручання, які ускладнюються проведенням наркозу та анестезії. При виникненні ятрогенної патології в таких умовах ні лікар, ні медична установа не повинні нести юридичної і фінансової відповідальності. Звичайно, що відсутність юридичної відповідальності може бути лише в тих випадках, коли до операції від пацієнта була отримана поінформована згода.

Якщо операція широко не впроваджена в медичну практику і може бути розцінена як наукове дослідження, то поінформована згода від пацієнта має бути отри-

мана в письмовій формі. В такому документі необхідно вказати на можливий розвиток ятрогенної патології внаслідок запропонованого оперативного втручання.

Друга причина розвитку ятрогенної патології внаслідок хірургічного втручання зумовлена помилками в техніці операції або анестезії, помилково обраним методом або тактики. Такий вид ятрогенної патології найчастіше пов'язаний з недостатньою кваліфікацією лікаря. В цьому випадку суд може призначити виплату компенсації пацієнтові або його родичам.

В. Реанімаційні ятрогенії. Реанімаційні ятрогенії — вид ятрогенної патології, розвиток якої був зумовлений проведенням реанімації або інтенсивною терапією термінальних станів.

Реанімаційні ятрогенії можуть бути умовно поділені на такі групи:

1-а група — ятрогенії, спричинені помилками медичного персоналу при хірургічних маніпуляціях:

- пункція серця;
- пункція або катетеризація вен;
- трахеотомія;
- інші маніпуляції.

2-а група — ятрогенії, зумовлені гіпоксичним ушкодженням органів і тканин, які розвиваються після успішної реанімації.

При визначенні танатогенезу значні труднощі виникають при відокремленні основного патологічного процесу від ятрогенії, яка була наслідком реанімаційних заходів. Проте в значній кількості випадків причиною смерті є не реанімаційна ятрогенія, а неефективна реанімація.

Тому з етичної точки зору, коли йдеться про захворювання, які розвиваються внаслідок реанімаційних заходів, більш коректно говорити не про ятрогенну патологію, яка спричинена медичними факторами, а про реанімаційні ускладнення.

До реанімаційних ускладнень відносять:

- *травматичні ускладнення:*

пов'язані з маніпуляціями на серці:

- ушкодження під час масажу серця;
- ушкодження під час пункції серця;
- ушкодження під час катетеризації великих вен;

пов'язані з маніпуляціями на органах дихання:

- ускладнення інтубації трахеї;
- ускладнення під час проведення трахеотомії;
- ускладнення під час штучної вентиляції легень;

- *нетравматичні ускладнення:*

ускладнення від трансфузійної терапії:

- гостре розширення серця;
- повітряна емболія;
- тромбози та емболії;
- пострасфузійний шок;
- цитратна інтоксикація;
- пірогенні реакції;
- синдром масивних трансфузій;
- інші;

ускладнення при детоксикації організму:

- промивання шлунка;
 - кишковий діаліз;
 - гемодіаліз;
 - перитонеальний діаліз;
 - ускладнення під час проведення гіпербаричної оксигенації;
 - розвиток осмотичного нефрозу при використанні методів форсованого діурезу;
- септичні ускладнення при катетеризації вен;*
- хвороби оживлення організму:*
- постанотоксична енцефалопатія;
 - кардіопульмональний синдром;
 - печінково-нирковий синдром;
 - постанотоксична ендокринопатія.

Г. Ятрогенії, пов'язані з променевою терапією. Променева ятрогенна патологія — патологічні процеси в організмі, органах або тканинах, які зумовлені медичними втручаннями, що мають променеву природу.

Променеві методи використовуються в медицині як з діагностичною, так і лікувальною метою. Розрізняють:

- фотонну (квантову);
- корпускулярну променеву терапію.

Квантову променеву терапію проводять рентгенівським (низьковольтним, ортовольтним і мегавольтним) та гамма-випромінненням.

Корпускулярну променеву терапію — альфа-, бета променями, електронами, нейтронами, пі-мезонами, протонами.

Ятрогенна променева патологія може виникнути в різні строки після проведення променевої терапії або діагностики. Ступінь розвитку ятрогенії залежить від дози йонізуючого опромінення та радіочутливості організму, органів і тканин, на які була спрямована дія променів.

Ятрогенна променева патологія, яка виникає безпосередньо після сеансу променевої терапії, має вид променевих опіків.

Ятрогенна променева хвороба може проявитися через кілька місяців або навіть років після курсу променевої терапії і бути зумовлена головним чином змінами судин, волокон і клітин сполучної тканини. Ушкодження дрібних судин і капілярів викликають розлади мікроциркуляції. Проведення курсу променевої терапії рідше призводить до патологічних змін у великих судинах: тромбоз, склероз або облітерація. Наслідком патологічних змін в судинах є циркуляторна гіпоксія, яка посилює некротичні та дистрофічні процеси, що зумовлюють розвиток вторинного склерозу тканин. Променеві ушкодження призводять до розвитку автоімунних процесів та порушення іннервації.

Клініка променевої ятрогенної патології найчастіше проявляється в розвитку реакції кровотворної системи: лейкоцитопенії; тромбоцитопенії; агранулоцитозу. При променевому ушкодженні шкіри може розвиватися радіодерміт, який може переходити в мокнучий з набряком і дрібними ерозіями. У пізні строки може розвиватись ятрогенна променева виразка.

Після курсу променевої терапії з приводу раку молочної залози може розвинути остеонекроз ключиці або ребер, який часто ускладнюється переломом. Променеві ятрогенні патології найчастіше проявляються як перикардити, променеві пневмонії, променеві езофагіти, гепатити, проктити, нефрити, цистити та інші захворювання.

Причини розвитку ятрогенної променевої патології умовно поділяють на три класи:

1. Ятрогенна патологія, пов'язана з підвищеною радіочутливістю організму. В такому випадку медична установа не несе юридичної відповідальності за розвиток ятрогенного захворювання.

2. Ятрогенна патологія, спричинена передозуванням, помилками медичного персоналу під час роботи з апаратурою, порушенням правил безпеки. В таких випадках медична установа несе юридичну і фінансову відповідальність за розвиток ятрогенного захворювання. За недостатній контроль знань медичних працівників, які працюють з апаратурою променевого опромінення, повинні нести відповідальність не тільки головний лікар, а й завідувач відповідним підрозділом.

3. Ятрогенна патологія виникає внаслідок недостатнього контролю за реакцією організму пацієнта на курс променевої терапії. В цьому випадку медична установа теж несе юридичну і фінансову відповідальність за розвиток ятрогенної патології. Проте в цьому класі ятрогенній відповідальність поряд з головним лікарем несуть завідувач відділенням, до якого був госпіталізований пацієнт, або завідувач клінічною лабораторією, якщо ятрогенне захворювання виникло через помилки в контролі за станом картини крові.

Д. Інші ятрогенії, зумовлені лікувальним втручанням. До ятрогенної патології, зумовленої лікувальним втручанням, відносять маніпуляційні ятрогенії, розвиток яких спричинений лікувальними процедурами, внаслідок яких виникли кровотечі та нагноєння, що призвели до ускладнення або розвитку супутнього захворювання.

До групи ятрогеній, викликаних лікувальним втручанням, відносять захворювання, розвиток яких зумовлений неадекватним або помилковим застосуванням різних методів лікування або використанням несправної апаратури: захворювання крові, цистити, опіки та ін. До інших видів ятрогенної патології цієї групи відносять випадки гранулематозних серозитів, спричинених чужорідними тілами (тальк, крохмаль), міосферульоз, спричинений використанням мазей та розчинів, виготовлених на нестерильній основі; ускладнення внаслідок імплантації водія ритму та ін.

Ятрогенії, пов'язані з деонтологічними помилками медичних працівників

Ятрогенні захворювання можуть виникати як наслідок деонтологічних помилок медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів, необачних, необережних висловлювань або дій.

Відомо багато прикладів, коли медичні працівники своїм необережним словом або непродуманою поведінкою спричинювали психогенні розлади в пацієнта. Одне необережне запитання або зауваження при збиранні анамнезу може викликати передчуття катастрофи, що наближається. Розвиток ятрогенного захворювання може спричинити навіть спілкування медичного персоналу, свідком якого став пацієнт. Наприклад, пацієнт часто може почути фразу: «Це тяжкий (цікавий) випадок, треба показати хворого професорові» або «Ви тільки подивіться на його кардіограму, тут екстрасистолія».

Для більшості людей, які відчули перші ознаки хвороби, характерна підвищена емоційність та стурбованість. Тому вони приділяють значну увагу не тільки словам лікаря, а й його поведінці, інтонації, виразу обличчя.

У медичній практиці слід виділити категорії пацієнтів, які становлять групу ризику розвитку психогенних ятрогенних захворювань.

Ступінь реакції пацієнтів на деонтологічні помилки медичного персоналу залежить від ряду факторів:

- психолого-фізіологічних особливостей особистості пацієнта;
- статі;
- віку;
- освіти.

Залежно від типу вищої нервової діяльності пацієнт по-різному реагуватиме на поведінку лікаря, його слова, мовчання, спілкування з колегами.

Звичайно, що в пацієнта з меланхолічним темпераментом незрозуміла фраза лікаря: «Шановний І.І., Вам слід більше уваги приділяти своєму здоров'ю. У Вас дистрофія міокарду...» може викликати значний психологічний стрес, наслідком якої можуть бути невротичні реакції. Серед цієї категорії пацієнтів часто трапляється канцерофобія або кардіофобія, при яких навіть не проконтрольована міміка лікаря або незрозумілий медичний термін можуть мати патогенне значення.

Ризик розвитку ятрогенних захворювань неоднаковий у пацієнтів різного віку, статі та освіти.

У жінок психогенні ятрогенні захворювання розвиваються частіше, ніж у чоловіків.

Вікові групи ризику ятрогенних захворювань становлять пацієнти перехідного віку:

- підлітки, гормональні перебудови в організмі яких роблять їх емоційно вразливими до навколишнього середовища, а також до змін у власному організмі;
- пацієнти у віці клімаксу, особливо вразливі є жінки при патологічному клімаксі;
- пацієнти похилого віку, частина яких бояться старості і захворювань, які характерні для літніх людей, у них з'являється страх летального прогнозу навіть легкої хвороби.

До ятрогенних факторів належить також поширення медичної інформації. Звичайно, що популяризація медичних знань має велике значення для профілактики захворювань, надання першої допомоги потерпілому тощо. Проте в даному випадку є «друга сторона медалі». За наявності в людини фобії до будь-якого захворювання такі знання можуть стати поштовхом до невротичних розладів.

Ятрогенії, зумовлені деонтологічними помилками медичних працівників, проявляються головним чином невротичними реакціями у формі різних варіантів вегетативної дисфункції. Їх розвиток обумовлює підвищена емоційність та уразливість пацієнта.

Залежно від характеру психотравми та психо-фізіологічних особливостей особистості вегетативні розлади можуть мати генералізований характер та виражаються переважно дисфункцією серцево-судинної системи (аритмія серця, зміни артеріального тиску тощо), травної системи (печія, блювання, діарея тощо) та інших систем організму в поєднанні із сенестопатіями, негативним афективним фоном.

З правової точки зору довести взаємозв'язок між неврозом та ятрогенним захворюванням дуже складно.

Щоб запобігти виникненню цього типу ятрогенних захворювань, слід ще на студентській лаві засвоїти основні принципи медичної етики і деонтології, в основі яких лежать чуйне відношення, почуття емпатії.

Згідно з чинним законодавством України, визначення ятрогенії узгоджується з правовими нормами «шкода здоров'ю», «визнання ступеня шкоди здоров'ю», «неналежає надання медичної допомоги», які визначаються в Цивільному Кодексі, Кримінальному Кодексі України, Законі України «Основи Законодавства України про охорону здоров'я».

Правові засади нанесення шкоди здоров'ю з боку лікаря закладені ще в законоположеннях стародавніх держав. Зокрема, в стародавньому Вавилоні в Кодексі царя Хаммурапі високий громадський і матеріальний статус лікаря поєднувався з великою відповідальністю за свою працю. За нанесення шкоди здоров'я внаслідок лікування необхідно було платити великий грошовий штраф. А в параграфі 218 кодексу царя Хаммурапі зазначено: «Якщо лікар проводить у когось серйозну операцію бронзовим ножом і нанесе хворому смерть або якщо він видалить комусь катаракту з ока і порушить око, то він карається відтинанням руки».

У Бамберзькому кодексі (1507 р.) та кримінальному кодексі (укладення) Карла V, відомого під назвою «Кароліна» (1532 р.), визначалося судочинство за помилки лікарів.

Зарубіжний досвід передбачає одним з найважливіших засобів правового контролю за поданням медичних послуг відповідальність лікаря і/або медичної установи перед пацієнтом за виникнення захворювань та патологічних процесів внаслідок медичного втручання.

Великобританія. Особливо жорстко суд ставиться до позовів, зумовлених захворюваннями внаслідок професійної недбалості. При виникненні ятрогенного захворювання пацієнту-позивачу важко відшкодувати заподіяну шкоду через суд внаслідок кількох чинників:

- непередбачений результат подання позову;
- фінансові збитки при сплаті роботи експертів;
- агресивне ставлення англійських лікарів до позовів з приводу ятрогенії або професійної недбалості (майже кожен лікар бачить у такому позові потенційну погрозу своїй кар'єрі і тому ставиться до суду як до місця, де він повинен боротися за свою професійну компетенцію).

Ці чинники є причиною того, що англійський пацієнт рідко звертається до суду при виникненні ятрогенного захворювання.

США. Судова система США спрямована на забезпечення покладеного на неї соціального завдання: забезпечити суспільне почуття справедливості за рахунок покладання на винного обов'язку відшкодування потерпілому заподіяної шкоди і стає на заваді небажаної для суспільства поведінки: некомпетентному, необережному, недбалому наданню медичної допомоги.

Незважаючи на той факт, що суди США дуже ліберально ставляться до позовів з приводу професійної недбалості або ятрогенії, тільки незначна кількість пацієнтів приймає рішення щодо звертання до суду з таких причин:

- специфіка позову зумовлює складність доказу вини відповідача;
- затяжний характер розгляду справи, який у середньому триває до 23 місяців;
- великі витрати, пов'язані з позовом (після відрахування всіх витрат, спричинених позовом та підтримкою його в суді, сума компенсації зменшується наполовину).

Останніми роками моральний акцент переноситься на забезпечення надійності відшкодування моральних збитків і заподіяної шкоди здоров'ю та на профілактику

професійної недбалості та ятрогеній. Велика роль у цьому надається практиці страхування відповідальності при наданні медичних послуг. У таких випадках відшкодування оплачується зі знеособлених страхових фондів і не може розглядатись як санкція в повному розумінні цього слова. Проте при цьому внески страхувальників-лікарів можуть зрости настільки, що вони будуть змушені припинити лікарську практику.

У США профілактика виникнення ятрогенних захворювань внаслідок некомпетентності лікаря та професійної недбалості проводиться за рахунок удосконалення професійного саморегулювання та зростання вимог при видачі ліцензій на право займатися лікарською діяльністю.

Нова Зеландія має 30-річний досвід компенсації особистої шкоди здоров'ю у випадках медичної невдачі. Під медичною невдачею (mishap) розуміють погіршення здоров'я пацієнта внаслідок медичного втручання. Звичайно, що це ширше поняття, ніж ятрогенія, й включає також професійну недбалість, погіршення здоров'я внаслідок помилок, які допустив лікар при встановленні діагнозу або лікуванні.

У Новій Зеландії відшкодування шкоди, якої зазнав пацієнт внаслідок медичної невдачі, виплачується з Фонду соціального страхування. Фонд існує за рахунок: внесків підприємців; осіб, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю; власників автомобілів та бюджетних коштів. Розмір відшкодування для осіб, які працювали за наймом або займалися індивідуальною трудовою діяльністю, становить 80 % від утраченого заробітку. Додатково оплачуються витрати на лікування, реабілітацію, догляд за хворим.

При ятрогенному захворюванні пацієнт зазнає й моральної шкоди. Тому Фонд соціального страхування Нової Зеландії виплачує одноразову суму для компенсації за біль, страждання тощо.

Вимоги про відшкодування заподіяної шкоди здоров'ю пацієнта розглядаються в порядку адміністративного судочинства, з можливістю оскарження рішення в суді.

Позитивним моментом новозеландської моделі є можливість для пацієнта отримати відшкодування без витрат на позов, сплати роботи експертів. Крім того, на відміну від англійської або американської моделі, відшкодування шкоди при виникненні ятрогенного захворювання, новозеландська модель обумовлює гарантоване відшкодування заподіяної шкоди пацієнту.

Недоліки новозеландської моделі відшкодування шкоди за медичні невдачі бачаться в такому:

- у випадку виникнення ятрогенії компенсацію одержує тільки пацієнт. У разі смерті пацієнта від ятрогенії родичі таких відшкодувань не отримують;
- відшкодування лікарем або медичною установою збитків пацієнтові при виникненні ятрогенного захворювання є чинником контролю якості медичного обслуговування та профілактикою лікарської недбалості.

Соціально-економічне реформування, яке здійснюється в **Україні**, спрямоване на забезпечення соціального захисту населення. Така тенденція на державному рівні опосередковано зумовила зростання кількості позовів про відшкодування шкоди, якої зазнав пацієнт внаслідок несприятливих наслідків медичного втручання. Причиною цього явища є такі чинники:

- **конс'юмеризм (активізація руху за права споживачів);**
- **розвиток медичного страхування.**

Медико-правова класифікація ятрогенних захворювань наведена в табл. 12.1.

МЕДИКО-ПРАВОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ЯТРОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

№ з/п	Вид ятрогенії	Патогенний чинник	Обставини, які зумовили або супроводжують розвиток ятрогенії	Правова відповідальність
1	Ятрогенії, спричинені використанням медикаментозних препаратів	Перевищення дози фармакологічного препарату. Мутагенна, тератогенна дія препарату. Призначення препарату без врахування віку та стану пацієнта. Неврахування побічної дії медикаментозного препарату, перекресної дії при комплексній хіміотерапії	А. Застосування неправильного лікування Результат недостатніх навичок, доповіді, кваліфікації медичного працівника	Кримінальна відповідальність ККУ, Ст. 140 Відсутність кримінальної відповідальності ККУ Ст. 140 Цивільна відповідальність ЛПЗ, ЦК Ст.441, 455, 461
		Порушення контролю вживання медикаментозних препаратів у дитячих лікарнях	Необережність медичного персоналу	Кримінальна відповідальність, ККУ, Ст. 137
		Перевищення дози медикаментозного препарату. Побічна або перекресна дія фармакологічного препарату	Недбале або несумісне ставлення медичного персоналу до своїх обов'язків А. Самолікування. Б. Порушення пацієнтом медичних приписів	Кримінальна відповідальність ККУ Ст. Ст. 367 або 425 Відсутність кримінальної та цивільної відповідальності
		Проведення клінічних випробувань лікарських засобів	Відсутність у рекламі інформації про необхідність консультації з лікарем Захворювання не мало безпосереднього зв'язку з метою дослідження	Кримінальна відповідальність: ККУ, Стаття 141
			Наявність письмової інформованої згоди пацієнта	Відсутність кримінальної відповідальності, ККУ Ст. 141
			А. Відсутність письмової інформованої згоди лісдатного пацієнта. Б. Анулювання пацієнтом інформованої згоди в ході експерименту	Кримінальна відповідальність: ККУ, Ст. 141

			Відсутність інформованої згоди дієздатного пацієнта на випробування наркотичних, отруйних, сильнодіючих радіоактивних лікарських засобів	Кримінальна відповідальність: ККУ. Ст. 141, 265, 267, 314
2	Ятрогенії, спричинені хірургічним втручанням	А. Помилки в техніці операції Б. Ускладнення в ході оперативного втручання. В. Невиправдано широка операція. Г. Залишення сторонніх предметів в організмі пацієнта. Д. Випадкові uszkodження органів і судин. Е. Тривала катетеризація великих венозних судин. Ж. Переливання крові іншої групи	Застосування неправильного лікування. Необережність медичного персоналу	Кримінальна відповідальність: ККУ Ст. Ст. 137,140
		А. Помилки в техніці операції. Б. Ускладнення в ході оперативного втручання. В. Невиправдано широка операція. Г. Залишення сторонніх предметів в організмі пацієнта. Д. Випадкові uszkodження органів і судин. Е. Тривала катетеризація великих венозних судин.	Недостатність навичок, досвіду і кваліфікації медичного працівника	Цивільна відповідальність організації ЦК Ст. Ст. 441,255,461
		Помилки в техніці проведення нової операції, яка не відповідає сукупності вимог до медико-біологічного дослідження	А. Незаконне проведення медико-біологічного дослідження (відсутність наукової обґрунтованості, переваги ризику над можливим успіхом, проведення операції в неакредитованих ЛПЗ тощо). Б. Відсутність інформованої згоди пацієнта на проведення медико-біологічного дослідження.	Кримінальна відповідальність ККУ Ст.142

№ з/п	Вид ятрогенії	Патогенний чинник	Обставини, які зумовили або супроводжують розвиток ятрогенії	Правова відповідальність
3	Реанімаційні ятрогенії	Помилки в техніці проведення операції, яка відповідає сукупності вимог до медико-біологічного досліджу	Наявність інформованої згоди пацієнта на проведення медико-біологічного досліджу	Відсутність правової відповідальності
		Переливання крові, яка інфікована вірусом СНІДу	Переливання крові, яка інфікована вірусом СНІДу, при планових операціях, пологтах, внаслідок злочинної недбалості або необережності медичного персоналу	Кримінальна відповідальність. ККУ Ст. Ст. 131,140
		Травматичні або нетравматичні ускладнення	Переливання крові, яка інфікована вірусом СНІДу в невідкладних випадках	Відсутність правової відповідальності
		Хвороби оживлення організму	Ускладнення при пункціях серця, пункції або катетеризації вен, трахеотомії тощо внаслідок браку часу на проведення процедури	Відсутність правової відповідальності
4.	Ятрогенії, які виникли внаслідок променевої терапії	Травматичні, нетравматичні ускладнення внаслідок проведення реанімації. Хвороби оживлення організму	Неефективна реанімація через нечасне надання медичної допомоги як наслідок злочинної самовпевненості, злочинної недбалості медичного персоналу.	Кримінальна відповідальність. ККУ Ст. 140
		Травматичні, нетравматичні ускладнення внаслідок проведення реанімації. Хвороби оживлення організму	Недостатність навичок, досвіду і кваліфікації медичного працівника	Цивільна відповідальність організації ЦК.Ст. Ст. 441,255,461
		Ушкодження шкіри, дрібних та великих судин. Перикардити, променеві пневмонії, езофагіти, гепатити, проктити, нефрити, цистити	Підвищена радіочутливість організму Наслідок злочинної самовпевненості, злочинної недбалості медичного персоналу	Відсутність правової відповідальності Кримінальна відповідальність. ККУ Ст. 140

5	Ятрогенії, зумовлені профілактичними заходами	Помилково вибраний шлях введення вакцин або сироваток. Нехтування анамнезом пацієнта	Наслідок злочинної самовпевненості, злочинної недбалості медичного персоналу. Недостатність навичок, досвіду і кваліфікації медичного працівника.	Кримінальна відповідальність. ККУ Ст. 140
6	Ятрогенії, зумовлені проведенням діагностики захворювань	Використання прострочених вакцин або сироваток під час проведення щеплень Наслідок помилкового діагнозу: недостатнє обстеження; використання недостатньо інформативних методів діагностики; обмеження діагностики загальними комп'ютерними методами Ускладнення від ангіографії, ендоскопічної діагностики, пункційних біопсій	Наслідок злочинної самовпевненості, злочинної недбалості медичного персоналу Анафілактичний шок, гіперосмоларна кома внаслідок підвищеної індивідуальної чутливості до рентгеноконтрастних речовин Наслідок злочинної самовпевненості, злочинної недбалості медичного персоналу Недостатність навичок, досвіду та кваліфікації медичного працівника	Кримінальна відповідальність. ККУ Ст. 140 Кримінальна відповідальність. ККУ Ст. 140 Відсутність правової відповідальності Кримінальна відповідальність. ККУ Ст. 140 Цивільна відповідальність ЦК Ст.ст. 441, 255, 461
7	Ятрогенії, зумовлені деонтологічними помилками медичного персоналу	Необережні інформація, дії та ін. (в тому числі дітям та підліткам)	Нещасні випадки внаслідок отриманої інформації. Суїцид або спроби до нього. Розвиток інших хвороб «стресу»	Кримінальна відповідальність. ККУ Ст.ст. 140, 137. Цивільна відповідальність. ЦК Ст. ст.441, 455, 461

• **Кримінальний Кодекс України.** Ст. 131 Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби. Ст. 137 Неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей. Ст. 140 Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником. Ст. 142 Незаконне проведення дослідів над людиною.

• **Цивільний Кодекс УРСР.** Ст. 441 Відповідальність організації за шкоду, заподіяну з вини її працівників. Ст. 455 Відшкодування шкоди в разі ушкодження здоров'я. Ст. 461 Відповідальність за ушкодження здоров'я і смерть громадянина, який не підлягає соціальному страхуванню.

Питання для самоконтролю

1. Які з існуючих моделей біоетики доцільно застосовувати в сучасній медичній практиці? Відповідь обґрунтуйте.

2. Перелічіть основні принципи медичного втручання в Україні.

3. Яку інформацію щодо стану свого здоров'я має право отримувати пацієнт?

4. Яким чином надання екологічної інформації сприяє охороні суспільного здоров'я? Як на Вашу думку, чи має бути екологічна інформація складовою права людини на отримання інформації про своє здоров'я? Відповідь обґрунтуйте.

5. З яких джерел громадяни мають отримувати інформацію про епідемічну ситуацію? Які складові такої інформації?

6. Чому для прийняття поінформованої згоди між лікарем (лікувальним закладом) та пацієнтом необхідно визначити категорію компетентності пацієнта?

7. Хто має давати згоду на медичне втручання за пацієнта, що знаходиться в непритомному стані?

8. Як саме держава захищає тих пацієнтів, що не спроможні надати свою згоду на медичне втручання?

9. Яку інформацію потрібно надавати невиліковно хворим?

10. Чи обов'язкові профілактичні щеплення проти грипу?

11. Які етичні засади примусового лікування? Чи потрібно дотримуватися принципу поінформованої згоди при примусовому лікуванні?

12. Чим відрізняється лікарська помилка від дефекту надання медичної допомоги?

13. Недооцінка тяжкості стану хворого призвела до смерті пацієнта на дому. Хто має нести юридичну відповідальність лікувальний заклад чи особисто лікар?

14. Яку з класифікацій ятрогеній потрібно застосовувати в Україні? Відповідь обґрунтуйте.

15. Перелічіть основні види ятрогеній, які можуть бути спричинені лікуванням пацієнта.

16. Який міжнародний досвід відшкодування шкоди за медичні невдачі доцільно використовувати в Україні? Відповідь обґрунтуйте.

Список використаної та рекомендованої літератури

А. Нормативно-правові акти

1. Загальна декларація прав людини, проголошена Генеральною асамблеєю ООН (від 10.10.1948).

2. Международный кодекс медицинской этики. ВМА, Лндок, Англия, 1949 г.

3. Конвенція про захист прав і основних свобод (від 4.11.1950).

4. Європейська соціальна хартія (від 18.10.1961).
5. Міжнародний пакт про громадські та політичні права та Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (від 16.12.1966).
6. Конвенція про права дитини (від 2.11.1989).
7. Конвенція про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини» від 4квітня 1997 р.
8. «Декларація про права пацієнта» 34-та Всесвітня Медична Асамблея 1981 р. — Лісабон, Португалія.
9. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»// ВВР. — 1992. — № 43.
10. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р.
11. Закон України «Про органи і служби у справах неповнолітніх та спеціальні установи для неповнолітніх» від 24.01.1995 р.
12. Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними» від 15.02.1995 р.
13. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 3.03.1998 р.
14. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р.
15. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6.04.2000 р.
16. Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5.07.2001 р.
17. Кримінальний кодекс України від 5.04.2001 р.
18. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб».
19. Закон України «Про охорону навколишнього середовища».
20. Спільний Наказ МОЗ України, МВС України, Генеральної прокуратури України, Міністерства юстиції України «Інструкція про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби та психотропні речовини» № 306/680/66/5 від 10.10.1997 р.
21. Наказ МОЗ України та МВС України «Порядок проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами» № 158/417 від 16.06.1998.

Б. Навчально-методичні, наукові видання та підручники

1. *Акопов В.И.* Врач и больной: мораль, право, проблемы. — Ростов-на-Дону, 1994.
2. *Баєва О.В.* Основи менеджменту охорони здоров'я. Навч. посібник. — К.: МАУП, 2007. — 327 с.
3. *Баєва О.В.* Етико-правові аспекти менеджменту медичного обслуговування. Курс лекцій. — Черкаси. — 1998.
4. *Баєва О.В.* Біоетика з основами медичної деонтології. — Хрестоматія. — Черкаси, 1997.
5. *Беликов Е.С.* Медико-экспертная квалификация ятрогений // Архив патологии. — 1998. — № 4. — Т.60. — С. 50—52.
6. *Бедрин Л.М.* Ответственность медицинских и фармацевтических работников за профессиональные нарушения. — Ярославль, 1996.
7. *Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э.* Безопасность пациента как интегральный критерий качества стационарной медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — №1 (8). — С. 18—20.
8. *Вековишина С.В.* Введение в биоэтику // www.philsci.univ.kiev.ua/biblio/bioetica/ Vekov.htm
9. *Власов В.В.* Невидимые проблемы медицинской этики: медицинская практика и исследования // Кардиология. — 2002. — № 5. — Т. 42. — С. 81—84.
10. *Глуховський В.В.* Права пацієнтів: європейський досвід і реформа охорони здоров'я в Україні / Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. проф. В.М. Лехан. — К.: Сфера, 2001. — С. 135—143.
11. *Грандо А.А.* Врачебная этика и деонтология. — К., 1989.
12. *Грандо А.А., Грандо С.А.* Врачебная этика. — К.: РИА «Триумф», 1994.
13. Деонтология в медицине — В 2 т. // Под ред. Б.В. Петровского — М.: Медицина, 1988.
14. *Демин Е.В.* Онкология и этика. Сосуществование и сотрудничество// Вопросы онкологии. — 2001. — Т.47. — № 3. — С.366-369

15. Долишня І. Етика психофармакотерапії// <http://neuro.health-ua.com/article/15.html>
16. Дуброва В.П., Егоров К.Н. Этико-психологические аспекты работы врача общей практики с онкологическими больными// Медицинские новости. — Минск, 2003. — № 2. — С. 3—11.
17. Иванюшкин А.А. О содержании проблемы медицинской тайны в медицинской этике // Вестник АМН СССР. — 1986. — №4. — С. 84—94.
18. Иванюта О.М. Замдборг Ю.Л. Врач и больной. — К., 1988. — Серия 8, №6, 1988.
19. Еренков В.А. Медицинский работник и больной. — Кишинев, 1976.
20. Красильников А.П. Ятрогении и безопасность медицинской помощи // Медицинские новости. — 1996. — №4. — С. 3—10.
21. Літвінов В.Б., Мішель В.Я., Здорик Ф.О., Маркова М.В. Правові та етичні аспекти психофармакотерапії // Архів психіатрії. — 2002. — № 2. — С. 24—28.
22. Літвак А., Погорілий В., Тишук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. — Одеса: ТЕС, 2001. — С. 6.
23. Ліщинські О. Основні принципи сучасної біоетики // Соціогуманітарні проблеми людини. — 2005. — № 1
24. Лук'янова О.М., Шкіряк-Нижник З.А. Біомедична етика у науковій та практичній медицині // Перинатологія та педіатрія. — 2001. — 4. — С. 3—4.
25. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. — М.: Бек, 1995.
26. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. — М., 1989.
27. Международные системы страхования ответственности медицинских работников // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения (обзор печати). — 2004. — № 5 (41).
28. Огарков И.Ф. Врачебные нарушения и уголовная ответственность за них. — М., 1996.
29. Остапенко А.П. Врачебная тайна и гласность в работе с больными // Советская медицина. — 1989.
30. Пелещук А.П., Мусієнко Л.П. Етика взаємовідносин лікаря і пацієнта. — К.: Здоров'я, 1993. — 88 с.
31. Подкорытов В.С. Современная биомедицинская этика в психиатрии// Вісник Асоціації психіатрів України. — 2003. — № 1—2. — С. 139—154.
32. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / Ред. Р. Б. Солтман, Р. Буссе, 3. Моссиалос: Пер. с англ. — М.: Весь мир, 2002. — С. 8, 59—63.
33. Рудий В.М. Систематизація медико-санітарного законодавства України // Систематизація законодавства в Україні: проблеми теорії і практики. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. — К.: Інститут законодавства Верховної Ради України, 1999. — С. 542—545.
34. Рыков В.А., Крипальский Л.Н., Даровский Б.П. Медико-страховая классификация ятрогенной патологии и некоторые подходы к ее оценке//Архив патологии. — 1997. — Т. 59. — № 2. — С. 66—68.
35. Сенюта І. Етичні гарантії і права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування / www.lawyer.org.ua/?w=r&i=12&d=417].
36. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.Е. Ятрогенная патология — актуальная судебно-медицинская проблема // Судебно-медицинская-экспертиза. — 1998. — № 3. — С. 3—8.
37. Сергеев В.В., Захаров С.О. Медицинские и юридические аспекты врачебных ошибок // Здравоохранение Российской Федерации. — 2000. — № 1. — С. 7—9.
38. Смольняков А.И., Федоренко Е.Г. Врачебная этика. — К., 1982.
39. Томили В.В., Соседко Ю.И. Обоснование основных понятий дефектов оказания медицинской помощи//Судебно-медицинская экспертиза. — 2000. — № 6. — С. 4—7.
40. Турак Й.А. Етичні та правові засади медичного втручання. — Ужгород:Закарпаття. — 2002. — 189 с.
41. Фурса В.Т. О деонтологии, культуре труда, этике в медицине // Фельдшер и акушерка. — 1990. — №2. — С. 53—56.
42. Шутик Ю.П., Глушков В.А. О врачебной тайне // Клиническая хирургия. — 1986. — №11. — С. 40—43.
43. Шевчук С.В., Рудий В.М. До питання про приведення законодавства України про охорону здоров'я у відповідність з правовими стандартами Ради Європи // Проблеми гармонізації законодавства України з міжнародним правом. Матеріали науково-практичної конференції, жовтень 1998 року. — К., Інститут законодавства Верховної Ради України. — С. 434—436.

ГЛОСАРІЙ

- Акціонерні товариства** — господарські товариства, які мають статутний фонд, поділений на визначену кількість акцій рівної номінальної вартості і несуть відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства.
- Амбулаторія** — амбулаторно-поліклінічний заклад, що надає медичну допомогу в межах закладу і вдома з однієї або декількох основних лікарських спеціальностей.
- Амбулаторія загальної практики — сімейної медицини** — лікувально-профілактичний заклад, який у межах своєї діяльності забезпечує проведення комплексу профілактичних заходів із запобігання і зниження захворюваності, інвалідності й смертності, раннього виявлення захворювань, надає прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню кваліфіковану первинну лікувально-профілактичну допомогу, здійснює його диспансеризацію та моніторинг за станом здоров'я.
- Аптека** — заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, підприємств, установ і організацій лікарськими засобами й виробами медичного призначення.
- Аптечна база (склад)** — установа, що здійснює прийом, збереження і відпуск лікарських засобів, предметів санітарії й гігієни, медичного обладнання, інструментів та інших медичних товарів закладам охорони здоров'я (аптекам, лікарням тощо) й іншим організаціям.
- Аптечний кіоск** — структурний підрозділ аптеки, який створюється на підприємствах, установах та організаціях для роздрібної торгівлі готовими лікарськими засобами, що відпускаються без рецептів лікаря.
- Аптечний пункт** — структурний підрозділ аптеки, який створюється в лікувально-профілактичних закладах для торгівлі готовими лікарськими засобами.
- Аптечного закладу паспорт** — документ, складений суб'єктом господарювання при створенні або реконструкції аптечного закладу, погоджений з територіальними органами державної санітарно-епідеміологічної служби, державного контролю якості лікарських засобів і місцевими органами виконавчої влади. Документ засвідчує відповідність наявних приміщень та устаткування аптечного закладу (його структурного підрозділу) встановленим вимогам і можливість їх використання для оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами.
- Асклепейони** — храми в Стародавній Греції, збудовані на честь Асклепія, в яких надавалася медична допомога жертвям храму.
- Асоціації** — договірні об'єднання, створені з метою постійної координації господарської діяльності. Асоціація не має права втручатися у виробничу й комерційну діяльність будь-кого з її учасників.
- Атестація** — форма морального і матеріального стимулювання медичних працівників, яка спрямована на удосконалення діяльності медичних установ, поліпшення медичного обслуговування населення.
- Атестація лікарів** проводиться з метою підвищення відповідальності за ефективність і якість роботи, більш раціональної розстановки кадрів з урахуванням їхньої, професійної майстерності, досвіду та складності виконуваних робіт. Лікарі ма-

ють проходити атестацію не рідше одного разу на 5 років. Основні завдання атестації: визначення рівня професійної підготовки лікарів; оцінювання трудової діяльності лікарів; оцінювання можливості подальшого використання спеціалістів; підвищення кваліфікації лікарів.

Атестації лікарів, види: атестація на визначення знань і практичних навичок із присвоєнням або підтвердженням звання «лікар-спеціаліст»; атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії; атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Бюро судово-медичної експертизи — спеціальний заклад охорони здоров'я, завдання якого — проведення судово-медичної експертизи, надання консультативної допомоги органам дізнання, слідства та суду з питань судово-медичної експертизи, апробації і впровадження в практику науково-дослідних робіт у галузі судової медицини.

Валетудінарії — військові лікарні в Стародавньому Римі.

Виробництво (виготовлення) — діяльність, пов'язана з випуском продукції, яка включає всі стадії технологічного процесу, а також реалізацію продукції власного виробництва.

Вторинна лікувально-профілактична допомога — медична допомога, що надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику й лікування, ніж лікарі загальної практики в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

Господарська діяльність — будь-яка діяльність, у тому числі підприємницька, юридичних осіб, а також фізичних осіб — суб'єктів підприємницької діяльності, пов'язана з виробництвом (виготовленням) продукції, торгівлею, наданням послуг, виконанням робіт.

Дезінфекційна станція — спеціалізований санітарно-епідемічний заклад охорони здоров'я, що забезпечує організацію і проведення знезаражувальних заходів у місті, спрямованих на запобігання виникненню й поширенню інфекційних захворювань.

Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення — урядовий орган державного управління, що діє в складі МОЗ України та йому підпорядковується.

Державна Фармакопея України — правовий акт, який містить загальні вимоги до лікарських засобів, фармакопейні статті, а також методики контролю якості лікарських засобів.

Державний реєстр лікарських засобів України — нормативний документ, який містить відомості про лікарські засоби, дозволені для виробництва й застосування в медичній практиці.

Дефекти діагностики — помилкове або несвоєчасне виявлення патологічного процесу у хворого на різних етапах надання медичної допомоги.

Дефекти лікування — неякісне лікування, що збільшило розвиток наявної патології або призвело до іншого несприятливого наслідку.

Дефекти надання медичної допомоги — неналежне виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків, яке зумовило помилкову профілактику, діагностику, лікування пацієнта або спричинило несприятливий наслідок.

Дефекти організації медичної допомоги — порушення в лікувально-профілактичному закладі правил, норм і порядку надання медичної допомоги, які регламентовані наказами Міністерства охорони здоров'я України, положеннями, інструкціями та іншими нормативними документами.

Дефекти профілактики — допущення помилок при проведенні щеплень, а саме: недотримання графіка вакцинації; використання недоброякісних вакцин; помилки в техніці проведення щеплень; неврахування анамнезу пацієнта.

Диспансери — спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади, що надають медичну допомогу населенню з певних груп захворювань та забезпечують диспансеризацію населення. Диспансери можуть мати у своєму складі стаціонар. Диспансери з чисельністю лікарів амбулаторного приймання менше п'яти створюватись та функціонувати не можуть.

Добровільне медичне страхування — самостійний або додатковий вид медичного страхування започаткований на комерційній основі, програма якого визначається договором страховика та страхувальника.

Допомога — безпосередня допомога у вигляді піклування, або опосередкована допомога у вигляді відшкодування витрат, понесених відповідною особою.

Дрогерії — аптечні магазини або магазини санітарії й гігієни, власникам яких заборонялося використовувати в назві слово «аптечний».

Едили — спеціальні міські чиновники в Стародавньому Римі, на яких покладался контроль за харчовими продуктами, водопостачанням, наглядачі за повіями та ін.

Заклади охорони здоров'я — підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників. **Здоров'я** — стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Ідіосинкразія — патологічна реакція організму на дію медикаментозних препаратів, яка має неспецифічний механізм.

Інтернет-технології в охороні здоров'я — технології, які забезпечують інформаційну підтримку клінічної медицини з питань консультування та лікування хворих, надають можливість доступу до електронних баз бібліотек, медичних журналів тощо.

Кваліфікація молодших спеціалістів з медичною освітою визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями: друга, перша, вища.

Клініка — лікувально-профілактичні заклади (лікарні, пологові будинки та ін.), що входять до складу медичних науково-дослідних закладів або підпорядковані медичним науково-дослідним закладам.

- Клінічна ординатура** — дворічна форма післядипломного підвищення кваліфікації лікарів.
- Клінічна рекомендація** — документ, розроблений за відповідною системою, який описує оптимальні дії лікаря з профілактики, діагностики, лікування та реабілітації в різних клінічних ситуаціях і допомагає йому приймати правильні клінічні рішення.
- Клінічний заклад охорони здоров'я** — лікувально-профілактичний заклад, який не менше ніж на 50 відсотків використовується для розміщення структурних наукових і навчальних підрозділів (кафедри, лабораторії та ін.) вищих медичних навчальних закладів III, IV рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних інститутів і спільної роботи із забезпечення лікувально-діагностичного процесу, підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів та проведення й упровадження в практику медичних наукових досліджень.
- Консорціуми** — тимчасові статутні об'єднання промислового й банківського капіталу для досягнення спільної мети;
- Концерни** — статутні об'єднання підприємств промисловості, наукових організацій, транспорту, банків, торгівлі тощо на основі повної фінансової залежності від одного або групи підприємств;
- Корпорації** — договірні об'єднання, створені на основі поєднання виробничих, наукових та комерційних інтересів, із делегуванням окремих повноважень централізованого регулювання діяльності кожного з учасників.
- Легалізація** — це надання юридичної сили документам, які були видані на території іноземної держави
- Лікарня** — лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим. Лікарня, що надає стаціонарну медичну допомогу хворим із лікарських спеціальностей одного профілю, називається однопрофільною, а з декількох лікарських спеціальностей — багатопрофільною. У своєму складі можуть мати поліклініку чи амбулаторію.
- Лікарська помилка** — комплексне поняття, яке включає неадекватне даному медичному випадку професійне мислення або дію.
- Ліцензіат** — суб'єкт господарювання, який одержав ліцензію на проведення певного виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню.
- Ліцензійні умови** — установлені з урахуванням вимог законів вичерпний перелік організаційних, кваліфікаційних та інших спеціальних вимог, обов'язкових для виконання при здійсненні видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню.
- Ліцензія** — документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на провадження зазначеного в ньому виду господарської діяльності протягом визначеного строку за умови виконання ліцензійних умов.
- Ліцензування** — видача, переоформлення та анулювання ліцензій, видача дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ та ліцензійних реєстрів, контроль за додержанням ліцензіатами ліцензійних умов, видача розпоряджень про усунення порушень ліцензійних умов, а також розпоряджень про усунення порушень законодавства у сфері ліцензування.
- Медико-санітарна допомога** — комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими й хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.
- Медико-санітарною частиною** — багатопрофільний лікувально-профілактичний заклад, організований за типом міської поліклініки або міської лікарні з поліклінікою, призначений виключно для надання медичної допомоги працівникам

промислових підприємств, будівельних організацій, підприємств транспорту. До складу медико-санітарної частини можуть входити й інші заклади охорони здоров'я.

Медична практика — діяльність, пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищенню санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими й хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту.

Медичне страхування — система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Міська лікарня швидкої медичної допомоги — багатопрофільний лікарняний заклад, який надає виключно екстрену стаціонарну допомогу.

Модель Ейтховена, або «континентальна модель», модель за якою надавачі медичних послуг забезпечують населення медичною допомогою в рамках державних зобов'язань при посередництві страхових компаній. Такі програми мають назву програм обов'язкового медичного страхування, які дозволяють забезпечити населення гарантованою медичною допомогою, збільшити ефективність охорони здоров'я та обмежити витрати. За ефективністю ця система поступається тільки державному медичному страхуванню та державній системі охорони здоров'я.

Модель Хехста (пряма модель загального державного медико-соціального страхування) — в основу моделі покладено державну координацію системи взаємовідносин в охороні здоров'я й забезпечення процесу надання медичної допомоги. На органи державного управління в галузі охорони здоров'я покладається відповідальність за збирання коштів у вигляді цільового податку. Для організації роботи галузі необхідна галузева податкова інспекція зі збору коштів, повне управління фінансами, чітка система держзамовлення.

Надавач медичних послуг — фізична чи юридична особа, яка має відповідну кваліфікацію та відповідно до чинного законодавства надає медичні послуги.

Недбалість — неякісно виконана робота медичного персоналу. Робота може бути виконана неякісно, недбало, з недбалим, неуважним ставленням до пацієнта. Неохайні дії медичного персоналу, які призвели до порушення стерильності, також можуть кваліфікуватись як недбалість. До недбалості можна віднести такі причини несприятливих наслідків медичної допомоги: неякісний патронаж і догляд за хворим, вагітною жінкою, дитиною з групи ризику на дому; неуважне ставлення до пацієнта; самовпевненість при обстеженні або лікуванні хворого; відмова від обстеження або недостатнє обстеження при підозрі на алкогольне сп'яніння; відсутність динамічного догляду за хворим; необґрунтоване переведення хворого з одного лікувально-профілактичного закладу до іншого; передчасне виписування хворого із стаціонару.

Несприятливий наслідок медичної допомоги — негативний розвиток захворювання внаслідок лікування, профілактичних або діагностичних заходів, що стало причиною: смерті пацієнта; загрози смерті; значної стійкої втрати працездатності; повної втрати професійної працездатності; переривання вагітності; психічного розладу; захворювання на наркоманію; зараження на СНІД або на інші тяжкі інфекційні захворювання; тривалого розладу здоров'я.

Обов'язкове медичне страхування — форма соціального медичного страхування в країнах із розвинутою системою охорони здоров'я, яке є частиною системи соціального страхування.

Однопрофільні лікарняні заклади — лікувально-профілактичні заклади, які створюються для надання медичної допомоги населенню певної території (міста, району). У своєму складі можуть мати поліклініку чи амбулаторію.

Оптова торгівля лікарськими засобами — діяльність із придбання лікарських засобів у виробників лікарських засобів або інших суб'єктів господарювання, зберігання та продажу лікарських засобів з аптечних складів (баз) іншим суб'єктам оптової або роздрібною торгівлі лікарськими засобами, які отримали на це відповідні ліцензії, та безпосередньо лікувально-профілактичним закладам і виробникам лікарських засобів.

Організація — специфічне соціальне утворення, систематично орієнтоване на виробництво товарів і (або) послуг.

Охорона здоров'я — система заходів, спрямованих на забезпечення збереження й розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

Паспорт аптечного закладу — документ, складений суб'єктом господарювання при створенні або реконструкції аптечного закладу, погоджений з: територіальними органами державної санітарно-епідеміологічної служби; державного контролю якості лікарських засобів; місцевими органами виконавчої влади.

Паспорт аптечного закладу засвідчує відповідність наявних приміщень та устаткування аптечного закладу (його структурного підрозділу) встановленим вимогам і можливість їх використання для оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Патологоанатомічне бюро (центр) — науково-практичний лікувальний заклад особливого типу, що виконує функції координаційного й організаційно-методичного центру патологоанатомічної служби в підвідомчому регіоні.

Пацієнт — будь-яка особа, що звернулася за медичною допомогою або скористалася нею, незалежно від стану, в якому вона перебуває: хвора, здорова чи особа, яка погодилася на медико-біологічні дослідження.

Первинна медико-санітарна допомога — гарантований державою вид надання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику й лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високо спеціалізованої допомоги.

Передатестаційні курси — складаються з передатестаційного циклу та відповідного тестового іспиту і мають проходити не пізніше як за рік, що передуює атестації. Проводиться на факультетах або в інститутах післядипломної освіти лікарів.

Підприємництво — самостійна ініціатива, систематична, на власний ризик діяльність по виробництву продукції, виконанню робіт, наданню послуг та заняття торгівлею з метою одержання прибутку.

Післядипломна освіта провізорів — навчання, що включає навчання в інтернатурі, циклову підготовку в інститутах або на факультетах удосконалення провізорів, курси інформації та стажування.

Поінформована згода — добровільна згода пацієнта на проходження певного курсу лікування, терапевтичної або діагностичної процедури після отримання від лікаря адекватної інформації.

Поліклініка — амбулаторно-поліклінічний заклад, який надає медичну допомогу з багатьох лікарських спеціальностей у межах закладу та вдома.

Права пацієнта — основні права людини, яка потребує медичної допомоги, на охорону власного здоров'я з точки зору забезпечення доступу до медичного забезпечення, рівноправності, якості та ефективності такої допомоги.

Пункт охорони здоров'я (здоров пункт) — амбулаторно-поліклінічні заклади, які надають первинну медико-соціальну допомогу, створюється на підприємствах, в установах, організаціях і входить до складу поліклініки або амбулаторії.

Реалізований ризик захворювання — випадок у медичній практиці в результаті дії ймовірних факторів, відвернути який медичні працівники були неспроможні.

Реєстрація документа — фіксування факту створення або надходження документа шляхом поставлення на ньому умовного позначення — реєстраційного індексу з подальшим записом у реєстраційних формах необхідних відомостей про документ.

Роздрібна торгівля лікарськими засобами — діяльність із придбання, зберігання, продажу лікарських засобів через аптеку та її структурні підрозділи безпосередньо громадянам для особистого споживання, закладам охорони здоров'я, установам та організаціям без права подальшого перепродажу.

Санітарно-епідеміологічна станція — спеціалізований заклад охорони здоров'я, який виконує функції санітарного нагляду на підвідомчій території, що організує запобігання й ліквідацію інфекційних, паразитарних і професійних захворювань.

Система Беверіджа — система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом.

Система Бісмарка — система організації охорони здоров'я, що ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби.

Система Семашко — система організації та фінансування галузі охорони здоров'я з державного бюджету при строго централізованому управлінні та контролі з боку держави.

Сімейна медицина — форма первинної медико-санітарної допомоги, за якої лікар загальної практики (сімейний лікар) опікується членами прикріплених сімей протягом усього життя і несе повну відповідальність за стан їхнього здоров'я.

Соціальні норми й нормативи — показники необхідного споживання продуктів харчування, непродовольчих товарів і послуг та забезпечення освітніми, медичними, житлово-комунальними, соціально-культурними послугами.

Соціальні стандарти державні — встановлені законами, іншими нормативно-правовими актами соціальні норми і нормативи або їхній комплекс, на базі яких визначаються рівні основних державних соціальних гарантій

Спеціалізація лікаря — здобуття лікарем однієї із зазначених у номенклатурі лікарських спеціальностей, затверджених МОЗ України. Підготовка спеціалістів (первинна спеціалізація) проводиться через інтернатуру.

Спеціалізовані лікарняні заклади — лікувально-профілактичні заклади, які створюються з метою надання спеціалізованої медичної допомоги населенню регіону (республіки, області, міста, в містах Київ, Севастополь). У своєму складі можуть мати поліклініку чи амбулаторію.

Стандарт — нормативно-технічний документ, який установлює одиниці, вимоги до продукції (послуги) і до виробничих процесів, вимоги, які гарантують безпеку людей та зберігання матеріальних цінностей.

Стандарт медичної допомоги — документ, у якому з метою добровільного та багаторазового використання встановлюються правила надання медичної допомоги.

Стандартизація — процес установлення й застосування в різноманітних сферах народного господарства стандартів і контролю за їх дотриманням.

Страхова медицина — система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.

Страховик — юридична особа (страхові медичні організації, компанії, фонди), які створені та функціонують у формі товариств і здійснюють страхову діяльність відповідно до отриманої ліцензії.

Суб'єкт господарювання — зареєстрована в установленому законодавством порядку юридична особа незалежно від її організаційно-правової форми та форми власності, яка здійснює господарську діяльність, крім органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також фізична особа — суб'єкт підприємницької діяльності.

Суб'єкт медичний — виробник медичних послуг — зареєстрований та ліцензований в установленому порядку лікувально-профілактичний заклад будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, який надає медичні послуги.

Телемедичні технології — технології, які реалізуються з використанням телекомунікаційних технологій і надають можливість отримати лікувально-діагностичні консультації, моніторинг на відстані, використовуються при проведенні управлінських, освітніх, наукових та просвітницьких заходів.

Тематичне удосконалення медичних працівників — підвищення кваліфікації за окремими розділами відповідної спеціальності. Проводиться в період між передатестаційними курсами.

Технологічний регламент виготовлення лікарського засобу — нормативний документ, у якому визначено технологічні методи, технічні засоби, норми та нормативи виготовлення лікарського засобу.

Товариство з обмеженою відповідальністю — господарське товариство, що має статутний фонд, розділений на частки, розмір яких визначається установчими документами.

Торгівля — будь-які операції, що здійснюються договорами купівлі-продажу, міни, поставки та іншими цивільно-правовими договорами, які передбачають передачу прав власності на товари.

Третинна лікувально-профілактична допомога — медична допомога, що надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються, в республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МОЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я.

Упущення — не проведений професійний захід, що визначило ймовірність розвитку патологічного процесу або постановку помилкового діагнозу.

Фармакопейна стаття — нормативно-технічний документ, який установлює вимоги до лікарського засобу, його упаковки, умов і терміну зберігання та методів контролю якості лікарського засобу.

Фельдшерські, фельдшерсько-акушерські пункти, сільські лікарські амбулаторії та ділничні лікарні — амбулаторно-поліклінічні заклади, які надають первинну

медико-соціальну допомогу, організовуються в сільських населених пунктах, об'єктах будівництва за межами населених пунктів і підпорядковані міським або районним лікарням.

Формуляр — документ, у якому наведено перелік лікарських засобів, представлено оптимальні схеми лікування захворювання лікарськими препаратами та надано короткий інформацію щодо лікарських засобів.

Хибний погляд — помилкова думка (помилковий діагноз), який зумовив неадекватні дії медичного персоналу. Причиною хибного погляду є невідповідність знання сутності захворювання об'єктивній дійсності. Така невідповідність може бути зумовлена обмеженням рівнем розвитку медичної науки і практики або абсолютизацією результатів лабораторної та функціональної діагностики.

Хоспіс — лікарняний заклад особливого типу, до функцій якого входить надання медичної допомоги невиліковним хворим, який функціонує за рахунок місцевого бюджету, додаткового фінансування підприємствами, спонсорами, добродійних пожертвувань організацій, фізичних та юридичних осіб.

Центр — лікувально-профілактичний заклад або його структурний підрозділ, диспансер, пологовий будинок та інші, які виконують функцію головного закладу з організації і надання медичної та медикаментозної допомоги закріпленому населенню.

Центр здоров'я — заклад санітарної просвіти, який є координаційним і організаційно-методичним центром санітарно-просвітницької роботи на підвідомчій території, який покликаний проводити комплекс організаційних, наукових і практичних заходів, що забезпечують систематичне гігієнічне навчання і виховання населення шляхом поширення наукових медичних і гігієнічних знань.

Центр медичної статистики — заклад, що забезпечує координацію обласних центрів медичної статистики і лікувально-профілактичних закладів України зі збирання, оброблення й аналізу медичної статистичної інформації, упроваджує міжнародну систему обліку і статистики.

Центральна міська лікарня — лікувально-профілактичний заклад, на який покладено функції органу управління охорони здоров'я міста.

Центральна районна лікарня — лікувально-профілактичний заклад, на який покладено функції органу управління охорони здоров'я району.

Штадт-фізик — посада міського лікаря, що утримувався за рахунок міської казни, обов'язки якого полягали в проведенні заходів по боротьбі з епідеміями, в керівництві лікарнями, в контролі за діяльністю практикуючих лікарів, аптекарів, акушерок, боротьбі із знахарями та виконанні судово-медичних функцій. Посада була впроваджена у XV ст. в Німеччині.

Ятрогенія — захворювання та патологічні процеси, що виникають під впливом медичних втручань, які були проведені з профілактичною, діагностичною або лікувальною метою і класифікуються як нещасний випадок з юридичної точки зору.

ЗАКОН УКРАЇНИ ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Розділ I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Законодавство України про охорону здоров'я

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з цих Основ та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

Стаття 2. Міжнародні договори України в галузі охорони здоров'я

Якщо міжнародним договором, в якому бере участь Україна, встановлено інші правила, ніж ті, що передбачені законодавством України про охорону здоров'я, то застосовуються правила міжнародного договору.

Стаття 3. Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я

У цих Основах та інших актах законодавства про охорону здоров'я основні поняття мають таке значення:

здоров'я — стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів;

охорона здоров'я — система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя;

заклади охорони здоров'я — підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників;

медико-санітарна допомога — комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями та реабілітацію хворих та інвалідів.

Зміст інших понять і термінів визначається законодавством України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Стаття 4. Основні принципи охорони здоров'я

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;

відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;

попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Стаття 5. Охорона здоров'я — загальний обов'язок суспільства та держави

Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, у межах

своїєї компетенції подавати допомогу хворим, інвалідам та потерпілим від нещасних випадків, сприяти працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Розділ II. ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ ГРОМАДЯН У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття 6. Право на охорону здоров'я

Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає:

а) життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;

б) безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;

в) санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;

г) безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;

д) кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я;

е) достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;

є) участь в обговоренні проєктів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я;

ж) участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;

з) можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;

и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;

і) відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;

ї) оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;

й) можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лі-

кування та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальноновизнані права людини і громадянина.

Законодавством України може бути визначено й інші права громадян у галузі охорони здоров'я.

Громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я у формах і обсязі, передбачених міжнародними договорами, в яких бере участь Україна.

Стаття 7. Гарантії права на охорону здоров'я

Держава згідно з Конституцією України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я шляхом:

- а) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- б) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- в) подання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України;
- г) здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в галузі охорони здоров'я;
- д) організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- е) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у галузі охорони здоров'я.

Розділ III. ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття 12. Охорона здоров'я — пріоритетний напрям державної діяльності

Охорона здоров'я — один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію.

Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу.

Стаття 13. Формування державної політики охорони здоров'я

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у галузі охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України.

Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я в Республіці Крим, місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою Республіки Крим, органами місцевого і регіонального самоврядування та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях.

Стаття 14. Реалізація державної політики охорони здоров'я

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади.

Особисту відповідальність за неї несе Президент України.

Президент України у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України передбачає звіт про стан реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

Міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в галузі охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення галузі, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в галузі охорони здоров'я.

Рада Міністрів Республіки Крим, Представники Президента України та підпорядковані їм органи місцевої державної адміністрації, а також виконавчі комітети сільських, селищних і міських Рад народних депутатів реалізують державну політику охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством.

Стаття 15. Органи охорони здоров'я

Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділ охорони здоров'я Ради Міністрів Республіки Крим та органи місцевої державної адміністрації.

Стаття 16. Заклади охорони здоров'я

Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами при наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної та фармацевтичної практики визначаються актами законодавства України.

Заклад охорони здоров'я здійснює свою діяльність на підставі статуту, що затверджується власником або уповноваженим ним органом.

Незалежно від юридичного статусу закладу охорони здоров'я керівництво ним може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Керівнику закладу охорони здоров'я має бути забезпечена незалежність у вирішенні всіх питань, пов'язаних з охороною здоров'я.

Кабінет Міністрів України та уповноважені ним органи, а також в межах своїх повноважень органи місцевого самоврядування мають право припинити діяльність будь-якого закладу охорони здоров'я у разі порушення ним законодавства про охорону здоров'я, невиконання державних вимог щодо якості медичної допомоги та іншої діяльності в галузі охорони здоров'я або вчинення дій, що суперечать його статуту.

Стаття 17. Індивідуальна підприємницька діяльність в галузі охорони здоров'я

Держава підтримує і заохочує індивідуальну підприємницьку діяльність в галузі охорони здоров'я.

Дозвіл (ліцензія) на здійснення такої діяльності видається в порядку, передбаченому законодавством. Спори про відмову у видачі дозволу (ліцензії) розглядаються у судовому порядку.

Заняття медичною та фармацевтичною практикою без наявності відповідної ліцензії тягне за собою відповідальність, передбачену законодавством.

Стаття 18. Фінансування охорони здоров'я

Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

Кошти Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, фінансування державних і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань.

Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя.

За рахунок Державного бюджету України, бюджету Республіки Крим, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування фінансуються загальнодоступні для населення заклади охорони здоров'я. Кошти, не використані закладом охорони здоров'я, не вилучаються і відповідне зменшення фінансування на наступний період не проводиться.

Відомчі та інші заклади охорони здоров'я, що обслуговують лише окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою, не пов'язаною із станом здоров'я людини ознакою, фінансуються, як правило, за рахунок підприємств, установ і

організацій, які вони обслуговують. Допускається фінансова підтримка таких закладів за рахунок державного або місцевого бюджетів, якщо працівники відповідного відомства, підприємства, установи або організації становлять значну частину населення даної місцевості.

Всі заклади охорони здоров'я мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями і окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги в галузі охорони здоров'я.

Держава забезпечує створення і функціонування системи медичного страхування населення. Страхування громадян здійснюється за рахунок Державного бюджету України, коштів підприємств, установ і організацій та власних внесків громадян. Питання організації медичного страхування населення і використання страхових коштів

визначаються відповідним законодавством.

Стаття 19. Матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я

Держава організує матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я в обсязі, необхідному для подання населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги. Всі заклади охорони здоров'я мають право самостійно вирішувати питання свого матеріально-технічного забезпечення. Держава сприяє виробництву медичної апаратури, інструментарію, обладнання, лабораторних реактивів, ліків, протезних і гігієнічних засобів та інших виробів, необхідних для охорони здоров'я, а також розвитку торгівлі цими виробами.

З цією метою забезпечується реалізація державних програм пріоритетного розвитку медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, заохочуються підприємництво і міжнародне співробітництво в галузі матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, створюється система відповідних податкових, цінових, митних та інших пільг і регуляторів.

Держава може обмежувати експорт товарів, необхідних для охорони здоров'я, і сировини для їх виготовлення, якщо це може зашкодити інтересам охорони здоров'я населення України.

Для забезпечення належної якості виробів, необхідних для охорони здоров'я, їх застосування дозволяється лише після обов'язкової апробації, здійснюваної у порядку, погодженому з Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 20. Наукове забезпечення охорони здоров'я

Держава сприяє розвитку наукових досліджень у галузі охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність закладів і працівників охорони здоров'я. Дослідження, що проводяться академічними і відомчими науковими установами, навчальними закладами та іншими науковими установами і підрозділами або

окремими науковцями, фінансуються на конкурсній основі з державного бюджету, а також за рахунок будь-яких інших джерел фінансування, що не суперечать законодавству.

Всі державні програми у галузі охорони здоров'я та найважливіші заходи щодо їх здійснення підлягають обов'язковій попередній науковій експертизі у провідних національних і міжнародних установах, визначених Кабінетом Міністрів України.

Вищою науковою медичною установою України із статусом самоврядної організації і незалежною у проведенні досліджень і розробці напрямів наукового пошуку є Академія медичних наук України.

Стаття 21. Податкові та інші пільги в галузі охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я, особи, які здійснюють підприємницьку діяльність в галузі охорони здоров'я, а також суб'єкти господарювання, що виробляють продукцію, необхідну для забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, користуються

податковими та іншими пільгами, передбаченими законодавством.

Стаття 22. Державний контроль і нагляд в галузі охорони здоров'я

Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного

середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної Фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Стаття 23. Вищий нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я

Вищий нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я здійснюють Генеральний прокурор України і підпорядковані йому прокурори.

Стаття 24. Участь громадськості в охороні здоров'я

Органи та заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я і проведення громадської експертизи з цих питань.

При органах та закладах охорони здоров'я можуть створюватися громадські консультативні або наглядові ради, які сприятимуть їх діяльності та забезпечуватимуть інформованість населення і громадський контроль в галузі охорони здоров'я.

У визначенні змісту та шляхів виконання загальнодержавних та місцевих програм охорони здоров'я, здійсненні відповідних конкретних заходів, вирішенні кадрових, наукових та інших проблем організації державної діяльності в цій галузі можуть брати участь фахові громадські організації працівників охорони здоров'я та інші об'єднання громадян, в тому числі міжнародні.

Розділ IV. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВИХ І БЕЗПЕЧНИХ УМОВ ЖИТТЯ

Стаття 25. Підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення

Держава забезпечує життєвий рівень населення, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання його здоров'я.

З цією метою на основі науково обґрунтованих медичних, фізіологічних та санітарно-гігієнічних вимог встановлюються єдині мінімальні норми заробітної плати, пенсій, стипендій, соціальної допомоги та інших доходів населення, організується натуральне, в тому числі безплатне, забезпечення найбільш вразливих верств населення продуктами харчування,

одягом, ліками та іншими предметами першої необхідності, здійснюється комплекс заходів щодо задоволення життєвих потреб біженців, безпритульних та інших осіб, які не мають певного місця проживання, безплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їх життя і здоров'я.

Медичні, фізіологічні та санітарно-гігієнічні вимоги щодо життєвого рівня населення затверджуються Верховною Радою України.

Стаття 26. Охорона навколишнього природного середовища

Держава забезпечує охорону навколишнього природного середовища як важливої передумови життя і здоров'я людини шляхом охорони живої і неживої природи, захисту людей від негативного екологічного впливу, шляхом досягнення гармонійної взаємодії особи, суспільства та природи, раціонального використання і відтворення природних ресурсів.

Відносини у галузі охорони навколишнього природного середовища регулюються відповідним законодавством України і міжнародними договорами.

Стаття 27. Забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя територій і населених пунктів

Санітарно-епідемічне благополуччя територій і населених пунктів забезпечується системою державних стимулів та регуляторів, спрямованих на суворе дотримання санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил та норм, комплексом спеціальних санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів та організацією державного санітарного нагляду.

В Україні встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до планування і забудови населених пунктів; будівництва і експлуатації промислових та інших об'єктів; очистки і знешкодження промислових та комунально-побутових викидів, відходів і покидьків; утримання та використання жилих, виробничих і службових приміщень

та територій, на яких вони розташовані; організації харчування і водопостачання населення; виробництва, застосування, зберігання, транспортування та захоронення радіоактивних, отруйних і сильнодіючих речовин; утримання і забою свійських та диких тварин, а також до іншої діяльності, що може загрожувати санітарно-епідемічному благополуччю територій і населених пунктів.

Стаття 28. Створення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку

З метою забезпечення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, високого рівня працездатності, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та відвернення іншої можливої шкоди для здоров'я становляються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей, а також до якості машин, обладнання, будівель, поживчих товарів та інших об'єктів, які можуть мати шкідливий вплив на здоров'я. Всі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково погоджуються з органами охорони здоров'я в порядку, встановленому законодавством.

Власники і керівники підприємств, установ і організацій зобов'язані забезпечити в їх діяльності виконання правил техніки безпеки, виробничої санітарії та інших вимог щодо охорони праці, передбачених законодавством про працю, не допускати шкідливого впливу на здоров'я людей та навколишнє середовище.

Держава забезпечує нагляд і контроль за створенням сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту і відпочинку, сприяє громадському контролю з цих питань.

Стаття 29. Збереження генофонду народу України

В інтересах збереження генофонду народу України, запобігання демографічній кризі, забезпечення здоров'я майбутніх поколінь і профілактики спадкових захворювань держава

здійснює комплекс заходів, спрямованих на усунення факторів, що шкідливо впливають на генетичний апарат людини, а також створює систему державного генетичного моніторингу, організує медико-генетичну допомогу населенню, сприяє збагаченню і поширенню наукових знань в галузі генетики і демографії.

Забороняється медичне втручання, яке може викликати розлад генетичного апарату людини.

Стаття 30. Запобігання інфекційним захворюванням, небезпечним для населення

Держава забезпечує планомірне науково обгрунтоване попередження, лікування, локалізацію та ліквідацію масових інфекційних захворювань.

Особи, які є носіями збудників інфекційних захворювань, небезпечних для населення, усуваються від роботи та іншої діяльності, яка може сприяти поширенню інфекційних хвороб, і підлягають медичному нагляду і лікуванню за рахунок держави з виплатою в разі потреби допомоги по соціальному страхуванню. Щодо окремих особливо небезпечних інфекційних захворювань можуть здійснюватися обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікувальні та карантинні заходи в порядку, встановленому законами України.

У разі загрози виникнення або поширення епідемічних захворювань Президентом України відповідно до законів України та рекомендацій органів охорони здоров'я можуть запроваджуватися особливі умови і режими праці, навчання, пересування і перевезення на всій території України або в окремих її місцевостях, спрямовані на запобігання поширенню та ліквідацію цих захворювань.

Органи місцевої державної адміністрації та регіонального і місцевого самоврядування зобов'язані активно сприяти здійсненню протиепідемічних заходів.

Перелік особливо небезпечних і небезпечних інфекційних захворювань та умови визнання особи інфекційно хворою або носієм збудника інфекційного захворювання визначаються Міністерством охорони здоров'я України і публікуються в офіційних джерелах.

Стаття 31. Обов'язкові медичні огляди

З метою охорони здоров'я населення організуються профілактичні медичні огляди неповнолітніх, вагітних жінок, працівників підприємств, установ і організацій з шкідливими і небезпечними умовами праці, військовослужбовців та осіб, професійна чи інша діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення або підвищеною небезпечністю для оточуючих. Власники та керівники підприємств, установ і організацій

несуть відповідальність за своєчасність проходження своїми працівниками обов'язкових медичних оглядів та за шкідливі наслідки для здоров'я населення, спричинені допуском до роботи осіб, які не пройшли обов'язкового медичного огляду.

Перелік категорій населення, які повинні проходити обов'язкові медичні огляди, періодичність, джерела фінансування та порядок цих оглядів визначаються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 32. Сприяння здоровому способу життя населення

Держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, здійснення заходів, спрямованих на підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, в тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі лікарсько-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, на боротьбу із шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя.

В Україні проводиться державна політика обмеження куріння та вживання алкогольних напоїв. Реклама тютюнових виробів, алкогольних напоїв та інших товарів, шкідливих для здоров'я людини, здійснюється відповідно до Закону України «Про рекламу»

З метою запобігання шкоди здоров'ю населення забороняється проведення без спеціального дозволу Міністерства охорони здоров'я України розрахованих на масову аудиторію лі-

кувальних сеансів та інших аналогічних заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу.

Розділ V. ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА

Стаття 33. Забезпечення лікувально-профілактичною допомогою

Громадянам України надається лікувально-профілактична допомога поліклініками, лікарнями, диспансерами, клініками науково-дослідних інститутів та іншими акредитованими закладами охорони здоров'я, службою швидкої медичної допомоги, а також окремими медичними працівниками, які мають відповідний дозвіл (ліцензію).

Для забезпечення лікувально-профілактичною допомогою громадян України, які мають відповідні пілги, встановлені законодавством, створюються спеціальні лікувально-профілактичні заклади.

Стаття 34. Лікуючий лікар

Лікуючий лікар може обиратися безпосередньо пацієнтом або призначатися керівником закладу охорони здоров'я чи його підрозділу. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження і лікування пацієнта. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря.

Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.

Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого у разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Стаття 35. Види лікувально-профілактичної допомоги

Держава гарантує подання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої і високо спеціалізованої допомоги.

Первинна лікувально-профілактична допомога подається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються.

Стаття 36. Направлення хворих на лікування за кордон

Громадяни України можуть направлятися для лікування за кордон у разі необхідності подання того чи іншого виду медичної допомоги хворому та неможливості її подання в закладах охорони здоров'я України.

Державні органи зобов'язані сприяти виїзду громадян України за кордон і перебуванню там в період лікування.

Порядок направлення громадян України за кордон для лікування встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Стаття 37. Подання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях

Медичні працівники зобов'язані подавати першу невідкладну допомогу при нещасних випадках і гострих захворюваннях. Медична допомога забезпечується службою швидкої медичної допомоги або найближчими лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності з подальшим відшкодуванням витрат.

У невідкладних випадках, коли подання медичної допомоги через відсутність медичних працівників на місці неможливе, підприємства, установи, організації та громадяни зобов'язані надавати транспорт для перевезення хворого до лікувально-профілактичного закладу. В цих випадках першу невідкладну допомогу також повинні подавати співробітники міліції, пожежної охорони, аварійних служб, водії транспортних засобів та представники інших професій, на яких цей обов'язок покладено законодавством і службовими інструкціями.

У разі загрози життю хворого медичні працівники та інші громадяни мають право використати будь-який наявний транспортний засіб для проїзду до місця перебування хворого з метою подання невідкладної допомоги або транспортування його в найближчий лікувально-профілактичний заклад.

Подання безплатної допомоги громадянам в екстремальних ситуаціях (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення тощо) покладається насамперед на спеціалізовані бригади постійної готовності служби екстреної медичної допомоги з відшкодуванням необхідних витрат місцевих закладів охорони здоров'я в повному обсязі за рахунок централізованих фондів.

Громадянам, які під час невідкладної або екстремальної ситуації брали участь у рятуванні людей і сприяли поданню медичної допомоги, гарантується у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безплатне лікування та матеріальна компенсація шкоди, заподіяної їх здоров'ю та майну.

Відповідальність за несвоєчасне і неякісне забезпечення подання медичної допомоги, що призвело до тяжких наслідків, несуть органи влади і спеціальні заклади, які обслуговують лікувальні заклади.

Стаття 38. Вибір лікаря і лікувального закладу

Кожний пацієнт має право вільного вибору лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги.

Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим в будь-якому державному лікувально-профілактичному закладі за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

Стаття 39. Обов'язок надання медичної інформації

Лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я.

Пацієнт має право знайомитися з історією своєї хвороби та іншими документами, що можуть слугувати для подальшого лікування.

В особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Таким же чином лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані.

Стаття 40. Лікарська таємниця

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Стаття 41. Звільнення від роботи на період хвороби

На період хвороби з тимчасовою втратою працездатності громадянам надається звільнення від роботи з виплатою у встановленому законодавством України порядку допомоги по соціальному страхуванню.

Стаття 42. Загальні умови медичного втручання

Медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта.

Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток в умовах гострої потреби, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування є меншою, ніж та, що очікується в разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими

методами неможливе.

Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визнаються допустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на відвернення реальної загрози життю та здоров'ю пацієнта, застосовуються за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта, а лікар живає всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди життю та здоров'ю пацієнта.

Стаття 43. Згода на медичне втручання

Згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників. У невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна.

Якщо відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків.

Якщо відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування.

Стаття 44. Застосування методів профілактики, діагностики, лікування і лікарських засобів

У медичній практиці лікарі зобов'язані застосовувати методи профілактики, діагностики і лікування та лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України.

В інтересах вилікування хворого та за його згодою, а щодо неповнолітніх та осіб, яких було визнано судом недієздатними, — за згодою їх батьків, опікунів або піклувальників лікар може застосовувати нові, науково обґрунтовані, але ще не допущені до загального застосування методи діагностики, профілактики,

лікування та лікарські засоби. Щодо осіб віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років чи визнаних судом обмежено дієздатними застосування таких методів та засобів проводиться за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників.

Порядок застосування зазначених методів діагностики, профілактики, лікування і лікарських засобів встановлює Міністерство охорони здоров'я України.

Стаття 45. Медико-біологічні експерименти на людях

Застосування медико-біологічних експериментів на людях допускається із суспільно корисною метою за умови їх наукової обґрунтованості, переваги можливого успіху над ризиком спричинення тяжких наслідків для здоров'я або життя, гласності застосування експерименту, повної інформованості і добровільної згоди особи, яка підлягає експерименту, щодо вимог його застосування, а також за умови збереження в необхідних випадках лікарської таємниці. Забороняється проведення науково-дослідного експерименту на хворих, ув'язнених або військовополонених, а також терапевтичного експерименту на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв'язку з метою дослідження.

Порядок проведення медико-біологічних експериментів регулюється законодавчими актами України.

Стаття 46. Донорство крові та її компонентів

Здача крові для лікувального застосування здійснюється громадянами добровільно. Забороняється взяття донорської крові примусово, а також від людей, захворювання яких можуть передаватись реципієнту або заподіяти шкоду його здоров'ю. Органи і заклади охорони здоров'я при сприянні власників і керівників підприємств, установ та організацій зобов'язані всебічно розвивати донорство.

Донорам надаються пільги, передбачені законодавством України.

Стаття 47. Трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів

Застосування методу пересадки від донора до реципієнта органів та інших анатомічних матеріалів здійснюється у визначеному законодавством порядку при наявності їх згоди або згоди їх законних представників за умови, якщо використання інших засобів і методів для підтримання життя, відновлення або поліпшення здоров'я

не дає бажаних результатів, а завдана при цьому шкода донору є меншою, ніж та, що загрожувала реципієнту.

Стаття 48. Штучне запліднення та імплантація ембріона

Застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими Міністерством охорони здоров'я України, на прохання дієздатної жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці.

Розкриття анонімності донора може бути здійснено в порядку, передбаченому законодавством.

Стаття 49. Застосування методів стерилізації

Застосування методів стерилізації може здійснюватися за власним бажанням або добровільною згодою пацієнта в акредитованих закладах охорони здоров'я за медичними показаннями, що встановлюються Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 50. Добровільне штучне переривання вагітності

Операція штучного переривання вагітності (аборт) може бути проведена за бажанням жінки у акредитованих закладах охорони здоров'я при вагітності строком не більше 12 тижнів.

Аборт при вагітності від 12 до 28 тижнів за соціальними і медичними показаннями може бути зроблено в окремих випадках і в порядку, що встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Стаття 51. Зміна (корекція) статевої належності

На прохання пацієнта відповідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються Міністерством охорони здоров'я України, йому може бути проведено шляхом медичного втручання в акредитованих закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності.

Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, видається медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі.

Стаття 52. Подання медичної допомоги хворому в критичному для життя стані

Медичні працівники зобов'язані подавати медичну допомогу у повному обсязі хворому, який знаходиться в критичному для життя стані. Така допомога може також подаватися спеціально створеними закладами охорони здоров'я, що користуються пільгами з боку держави.

Активні заходи щодо підтримання життя хворого припиняються в тому випадку, коли стан людини визначається як незворотня смерть.

Порядок припинення таких заходів, поняття та критерії смерті визначаються Міністерством охорони здоров'я України відповідно до сучасних міжнародних вимог.

Медичним працівникам забороняється здійснення еутаназії — навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань.

Стаття 53. Спеціальні заходи профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань

З метою охорони здоров'я населення органи і заклади охорони здоров'я зобов'язані здійснювати спеціальні заходи профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань (туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепра, хронічний алкоголізм, наркоманія), а також карантинних захворювань.

Порядок здійснення госпіталізації та лікування таких хворих, у тому числі і у примусовому порядку, встановлюється законодавчими актами України.

Розділ VI. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИМИ І ПРОТЕЗНИМИ ЗАСОБАМИ

Стаття 54. Порядок забезпечення лікарськими засобами та імунобіологічними препаратами

Громадяни забезпечуються лікарськими засобами та імунобіологічними препаратами через аптечні та лікувально-профілактичні заклади.

Порядок забезпечення громадян безплатно або на пільгових умовах лікарськими засобами та імунобіологічними препаратами визначається законодавством України.

Аптечні і лікувально-профілактичні заклади можуть відпускати лише такі лікарські засоби та імунобіологічні препарати, які дозволені для застосування Міністерством охорони здоров'я України, і несуть відповідальність за забезпечення належного режиму їх зберігання та реалізації, а також за підтримання обов'язкового асортименту лікарських засобів та імунобіологічних препаратів, в тому числі необхідного запасу на випадок епідемічних захворювань, стихійного лиха та катастроф.

Міністерство охорони здоров'я України регулярно інформує працівників охорони здоров'я і населення про лікарські засоби та імунобіологічні препарати, дозволені до застосування.

Стаття 55. Виробництво лікарських засобів та імунобіологічних препаратів

Виробництво нових лікарських засобів та імунобіологічних препаратів для медичних цілей допускається з дозволу Міністерства охорони здоров'я України після встановлення їх лікувальної або профілактичної ефективності.

Якість лікарських засобів та імунобіологічних препаратів повинна відповідати вимогам Державної Фармакопеї України і технічним умовам, затвердженим у встановленому порядку.

Контроль за якістю лікарських засобів та імунобіологічних препаратів, що виготовляються підприємствами України, здійснюється Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 56. Забезпечення протезною допомогою

Громадяни у необхідних випадках забезпечуються протезами, ортопедичними, коригуючими виробами, окулярами, слуховими апаратами, засобами лікувальної фізкультури і спеціальними засобами пересування.

Категорії осіб, які підлягають безплатному або пільговому забезпеченню зазначеними виробами і предметами, а також умови і порядок забезпечення ними встановлюються законодавством України.

Розділ VII. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

Стаття 57. Заохочення материнства. Гарантії охорони здоров'я матері та дитини

Материнство в Україні охороняється і заохочується державою.

Охорона здоров'я матері та дитини забезпечується організацією широкої мережі жіночих, медико-генетичних та інших консультацій, пологових будинків, санаторіїв та будинків відпочинку для вагітних жінок і матерів з дітьми, ясел, садків та інших дитячих закладів; наданням жінці відпустки у зв'язку з вагітністю і пологами з виплатою допомоги по соціальному страхуванню та встановленням перерв у роботі для годування дитини; виплатою у встановленому порядку допомоги у зв'язку з народженням дитини і допомоги на час догляду за хворою дитиною; заборонаю застосування праці жінок на важких і шкідливих для

здоров'я виробництвах, переведенням вагітних жінок на легку роботу із збереженням середнього заробітку; поліпшенням і оздоровленням умов праці та побуту; усуненням негативних екологічних факторів; державною і громадською допомогою сім'ї та іншими заходами у порядку, встановленому законодавством України.

З метою охорони здоров'я жінки їй надається право самій вирішувати питання про материнство.

Стаття 58. Забезпечення медичною допомогою вагітних жінок і новонароджених

Заклади охорони здоров'я забезпечують кожній жінці кваліфікований медичний нагляд за перебігом вагітності, стаціонарну медичну допомогу при пологах і лікувально-профілактичну допомогу матері та новонародженій дитині.

Стаття 59. Піклування про зміцнення та охорону здоров'я дітей і підлітків

Батьки зобов'язані піклуватися про здоров'я своїх дітей, їх фізичний та духовний розвиток, ведення ними здорового способу життя. У разі порушення цього обов'язку, якщо воно завдає істотної шкоди здоров'ю дитини, винні у встановленому порядку можуть бути позбавлені батьківських прав.

З метою виховання здорового молодого покоління з гармонійним розвитком фізичних і духовних сил держава забезпечує розвиток широкої мережі дитячих садків, шкіл-інтернатів, оздоровниць, таборів відпочинку та інших дитячих закладів.

Дітям, які перебувають на вихованні в дитячих закладах і навчаються в школах, забезпечуються необхідні умови для збереження і зміцнення здоров'я та гігієнічного виховання. Умови навчально-трудового навантаження, а також вимоги щодо режиму проведення занять визначаються за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 60. Забезпечення дітей і підлітків медичною допомогою

Медична допомога дітям і підліткам забезпечується лікувально-профілактичними і оздоровчими закладами, дитячими поліклініками, відділеннями, диспансерами, лікарнями, санаторіями та іншими закладами охорони здоров'я. До державних дитячих санаторіїв путі-ми дітям надаються безплатно.

Діти і підлітки перебувають під диспансерним наглядом.

Стаття 61. Дитяче харчування

Держава забезпечує дітей віком до трьох років виготовленими переважно на промисловій основі з екологічно чистої сировини якісними дитячими сумішами та іншими продуктами дитячого харчування.

Контроль за виконанням санітарно-гігієнічних та інших нормативних вимог щодо продуктів дитячого харчування покладається на органи державного санітарного нагляду.

Стаття 62. Контроль за охороною здоров'я дітей у дитячих виховних і навчальних закладах

Контроль за охороною здоров'я дітей та проведенням оздоровчих заходів у дитячих виховних і навчальних закладах здійснюють органи та заклади охорони здоров'я разом з органами і закладами народної освіти за участю громадських організацій.

Стаття 63. Державна допомога громадянам у здійсненні догляду за дітьми з дефектами фізичного та психічного розвитку

Діти з дефектами фізичного або психічного розвитку, які потребують медико-соціальної допомоги і спеціального догляду, за бажанням батьків або осіб, які їх замінюють, можуть утримуватися в будинках дитини, дитячих будинках та інших спеціалізованих дитячих закладах за державний рахунок.

Сім'ям або особам та закладам, на утриманні яких перебувають такі діти, подається медико-соціальна допомога у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Стаття 64. Пільги, що надаються матерям в разі хвороби дітей

При неможливості госпіталізації або відсутності показань до стаціонарного лікування хворої дитини мати або інший член сім'ї, який доглядає дитину, може звільнитися від роботи з виплатою допомоги з фондів соціального страхування у встановленому порядку.

При стаціонарному лікуванні дітей віком до шести років, а також тяжкохворих дітей старшого віку, які потребують за висновком лікарів материнського догляду, матері або іншим членам сім'ї надається можливість перебувати з дитиною в лікувальному закладі із забезпеченням безплатного харчування і умов для проживання та виплатою допомоги по соціальному страхуванню у встановленому порядку.

Стаття 65. Контроль за трудовим і виробничим навчанням та умовами праці підлітків

Виробниче навчання підлітків дозволяється відповідно до законодавства за тими професіями, які відповідають їх віку, фізичному і розумовому розвитку та стану здоров'я. Трудове та виробниче навчання здійснюється під систематичним медичним контролем.

Контроль за умовами праці підлітків, а також проведенням спеціальних заходів, спрямованих на запобігання захворюванням підлітків, здійснюють органи і заклади охорони здоров'я разом з власниками підприємств, установ, організацій, а також органами професійно-технічної освіти, органами народної освіти, громадськими організаціями.

Стаття 66. Обов'язкові медичні огляди працюючих підлітків

Медичний огляд підлітків є обов'язковим для вирішення питання про прийняття їх на роботу. Медичні огляди працюючих підлітків повинні проводитись регулярно, але не рідше одного разу на рік.

Розділ VIII. МЕДИКО-САНІТАРНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ І ВІДПОЧИНКУ

Стаття 67. Медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності

Санаторно-курортні заклади здійснюють свою діяльність у порядку, передбаченому законодавством про курорти. З метою забезпечення подання в них належної лікувально-профілактичної допомоги відкриття санаторно-курортного закладу, становлення його спеціалізації (медичного профілю) та медичних показань і протипоказань для санаторно-курортного лікування здійснюється за погодженням з Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним на це органом.

Потреба у санаторно-курортному лікуванні визначається лікарем за станом здоров'я хворого і оформляється медичними документами відповідно до встановленого Міністерством охорони здоров'я України зразка.

Органи охорони здоров'я зобов'язані подавати санаторно-курортним закладам науково-методичну і консультативну допомогу.

Державний контроль за поданням лікувально-профілактичної допомоги в санаторно-курортних закладах здійснюють Міністерство охорони здоров'я України і уповноважені ним органи, які мають право у встановленому законодавчими актами порядку зупиняти діяльність цих закладів через порушення законодавства про охорону здоров'я або законних прав та інтересів громадян.

Стаття 68. Медико-санітарне забезпечення відпочинку

Власники та керівники будинків відпочинку, пансіонатів, туристських баз, інших підприємств, установ і організацій, діяльність яких пов'язана з організацією відпочинку населення, зобов'язані створити здорові і безпечні умови для відпочинку, фізкультурно-оздоровчих занять, додержувати законодавства про охорону здоров'я і санітарно-гігієнічних норм, забезпечити можливість подання особам, які відпочивають, необхідної лікувально-профілактичної допомоги.

Державний контроль за медико-санітарним забезпеченням відпочинку населення здійснюють органи охорони здоров'я.

Розділ IX. МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА

Стаття 69. Медико-соціальна експертиза втрати працездатності

Експертиза тимчасової непрацездатності громадян здійснюється у закладах охорони здоров'я лікарем або комісією лікарів, які встановлюють факт необхідності надання відпустки у зв'язку з хворобою, каліцтвом, вагітністю та пологами, для догляду за хворим членом сім'ї, у період карантину, для протезування, санаторно-курортного лікування, визначають необхідність і строки тимчасового переведення працівника у зв'язку з хворобою на іншу роботу у встановленому порядку, а також приймають рішення про направлення на медико-соціальну експертну комісію для визначення наявності та ступеня тривалої або стійкої втрати працездатності.

Експертиза тривалої або стійкої втрати працездатності здійснюється медико-соціальними експертними комісіями, які встановлюють ступінь та причину інвалідності, визначають для інвалідів роботи і професії, доступні їм за станом здоров'я, перевіряють правильність використання праці інвалідів згідно з висновком експертної комісії та сприяють відновленню працездатності інвалідів.

Висновки органів медико-соціальної експертизи про умови і характер праці інвалідів є обов'язковими для власників та адміністрації підприємств, установ і організацій.

Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Стаття 70. Військово-лікарська експертиза

Військово-лікарська експертиза визначає придатність до військової служби призовників, військовослужбовців та військовозобов'язаних, встановлює причинний зв'язок захворювань, поранень і травм з військовою службою та визначає необхідність і умови застосування медико-соціальної реабілітації та допомоги військовослужбовцям.

Військово-лікарська експертиза здійснюється військово-лікарськими комісіями, які створюються при військових комісаріатах і закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України, Служби безпеки України та інших військових формувань.

Порядок організації та проведення військово-лікарської експертизи встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Стаття 71. Судово-медична і судово-психіатрична експертизи

Проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи призначається особою, яка проводить дізнання, слідчим, прокурором або судом у порядку, становленому законодавством, для вирішення питань, що потребують спеціальних знань в галузі судової медицини або судової психіатрії.

Організаційне керівництво судово-медичною і судово-психіатричною службами здійснює Міністерство охорони здоров'я України.

Стаття 72. Патологоанатомічні розтини

Патологоанатомічні розтини трупів проводяться з метою встановлення причин і механізмів смерті хворого.

В обов'язковому порядку патологоанатомічні розтини здійснюються при наявності підозри на насильницьку смерть, а також коли смерть хворого настала в закладі охорони здоров'я, за винятком випадків, передбачених частиною третьою цієї статті.

За наявністю письмової заяви близьких родичів або задокументованого волевиявлення покійного і відсутності підозри на насильницьку смерть, виходячи з релігійних та інших поважних мотивів, патологоанатомічний розтин може не проводитися.

Порядок проведення патологоанатомічного розтину визначається Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 73. Альтернативна медична експертиза

У разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи та в інших передбачених законодавством випадках на вимогу громадянина проводиться альтерна-

тивна медична (медико-соціальна, військово-лікарська) експертиза або патологоанатомічний розтин.

Альтернативна медична експертиза здійснюється фахівцями відповідного профілю і кваліфікації. Громадяни самостійно обирають експертну установу та експертів.

Порядок та умови проведення альтернативної медичної експертизи визначаються Кабінетом Міністрів України.

Розділ X. МЕДИЧНА І ФАРМАЦЕВТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ

Стаття 74. Заняття медичною і фармацевтичною діяльністю

Медичною і фармацевтичною діяльністю можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам.

Як виняток за спеціальним дозволом Міністерства охорони здоров'я України або уповноваженого ним органу охорони здоров'я особам без спеціальної освіти дозволяється діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини.

Єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної і фармацевтичної діяльності, у тому числі в галузі народної і нетрадиційної медицини, встановлюються Міністерством охорони здоров'я України. Відповідальність за дотримання зазначених кваліфікаційних вимог несуть керівники закладу охорони здоров'я і ті органи, яким надано право видавати дозвіл (ліцензію) на заняття індивідуальною підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я.

Особи, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн, допускаються до професійної діяльності після перевірки їх кваліфікації у порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я України, якщо інше не передбачено законодавством або міжнародними договорами, в яких бере участь Україна.

Стаття 75. Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників

Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників здійснюються відповідними середніми спеціальними і вищими навчальними та науковими закладами, закладами підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів, а також через інтернатуру, клінічну ординатуру, аспірантуру і докторантуру згідно з законодавством про освіту.

Навчальні плани та програми підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників у встановленому порядку погоджуються з Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 76. Присяга лікаря України

Випускники медичних спеціальностей вищих медичних навчальних закладів приносять Присягу лікаря України.

Текст Присяги лікаря України затверджується Кабінетом Міністрів України.

Стаття 77. Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників

Медичні і фармацевтичні працівники мають право на:

- а) заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;
- б) належні умови професійної діяльності;
- в) підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;
- г) вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;
- д) безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;
- е) обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

- є) соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;
 - ж) встановлення у державних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості;
 - з) скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;
 - и) пільгові умови пенсійного забезпечення;
 - і) пільгове надання житла та забезпечення телефоном;
 - ї) безплатне користування квартирою з опаленням і освітленням тим, хто проживає в сільській місцевості, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва власного житла, придбання автомобіля-транспортного;
 - й) першочергове одержання лікувально-профілактичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами;
 - к) створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;
 - л) судовий захист професійної честі та гідності.
- Законодавством може бути передбачено інші права та пільги для медичних і фармацевтичних працівників. На них також можуть поширюватися пільги, що встановлюються для своїх працівників підприємствами, установами і організаціями, яким вони подають медико-санітарну допомогу.

Стаття 78. Професійні обов'язки медичних і фармацевтичних працівників

Медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані:

- а) сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;
- б) безплатно подавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;
- в) поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;
- г) дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;
- д) постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;
- е) подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Медичні та фармацевтичні працівники несуть також інші обов'язки, передбачені законодавством.

Розділ XI. МІЖНАРОДНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО

Стаття 79. Міжнародне співробітництво в галузі охорони здоров'я

Україна — учасник міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я, член Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та інших міжнародних організацій. Держава гарантує зазначеним організаціям належні умови діяльності на території України, сприяє розширенню і поглибленню участі України у заходах, що ними проводяться.

Відповідно до своїх міжнародно-правових зобов'язань держава бере участь у реалізації міжнародних програм охорони здоров'я; здійснює обмін екологічною і медичною інформацією; сприяє професійним та науковим контактам працівників охорони здоров'я, обміну прогресивними методами і технологіями, експорту та імпорту медичного обладнання, лікарських препаратів та інших товарів, необхідних для здоров'я, діяльності спільних підприємств в галузі охорони здоров'я; організує спільну підготовку фахівців, розвиває і підтримує всі інші форми міжнародного співробітництва, що не суперечать міжнародному праву і національному законодавству.

Заклади охорони здоров'я, громадяни та їх об'єднання мають право відповідно до чинного законодавства самостійно укладати договори (контракти) з іноземними юридичними і фізичними особами на будь-які форми співробітництва, брати участь у діяльності відповідних міжнародних організацій, здійснювати зовнішньоекономічну діяльність.

Неправомірні обмеження міжнародного співробітництва з боку державних органів і посадових осіб можуть бути оскаржені у встановленому порядку, в тому числі і до суду.

Розділ XII. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

Стаття 80. Відповідальність за порушення законодавства про охорону здоров'я

Особи, винні у порушенні законодавства про охорону здоров'я, несуть цивільну, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

Відомості Верховної Ради (ВВР). — 1993. — № 4. — С.19.

Із змінами, внесеними згідно з:

Декретом N 23-92 від 31.12.92, ВВР. — 1993. — № 11. — С. 93.

Законами:

N 2978-XII (2978-12) від 03.02.93, ВВР. — 1993. — № 15. — С. 132.

N 4039a-XII (4039a-12) від 25.02.94, ВВР. — 1994. — № 28. — С. 235.

N 183/94-ВР від 23.09.94, ВВР. — 1994. — № 41. — С.376.

N 200/94-ВР від 13.10.94, ВВР. — 1994. — № 45. — С.404.

N 70/97-ВР від 14.02.97, ВВР. — 1997. — № 15. — С.115.

N 1489-III (1489-14) від 22.02.2000, ВВР. — 2000. — № 19. — С. 143.

N 380-IV (380-15) від 26.12.2002, ВВР. — 2003. — № 10—11. — С. 86.

ЗАКОН УКРАЇНИ Про лікарські засоби

Цей Закон регулює правовідносини, пов'язані зі створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, визначає права та обов'язки підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів державної виконавчої влади і посадових осіб.

Розділ I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Законодавство про лікарські засоби

Законодавство про лікарські засоби складається з цього Закону та інших актів законодавства, прийнятих відповідно до нього.

Стаття 2. Визначення термінів

У законодавстві про лікарські засоби терміни вживаються у такому значенні:

лікарські засоби — речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для запобігання вагітності, профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму.

До лікарських засобів належать: діючі речовини (субстанції); готові лікарські засоби (лікарські препарати, ліки, медикаменти); гомеопатичні засоби; засоби, які використовуються для виявлення збудників хвороб, а також боротьби із збудниками хвороб або паразитами; лікарські косметичні засоби та лікарські домішки до харчових продуктів;

готові лікарські засоби (лікарські препарати, ліки, медикаменти) — дозовані лікарські засоби в тому вигляді та стані, в якому їх застосовують;

діючі речовини (субстанції) — біологічно активні речовини, які можуть змінювати стан і функції організму або мають профілактичну, діагностичну чи лікувальну дію та використовуються для виробництва готових лікарських засобів;

допоміжні речовини — додаткові речовини, необхідні для виготовлення готових лікарських засобів;

наркотичні лікарські засоби — лікарські засоби, віднесені до наркотичних відповідно до законодавства;

отруйні лікарські засоби — лікарські засоби, віднесені до отруйних Міністерством охорони здоров'я України;

сильнодіючі лікарські засоби — лікарські засоби, віднесені до сильнодіючих Міністерством охорони здоров'я України;

радіоактивні лікарські засоби — лікарські засоби, які застосовуються в медичній практиці завдяки їх властивості до іонізуючого випромінювання;

Державний реєстр лікарських засобів України — нормативний документ, який містить відомості про лікарські засоби, дозволені для виробництва і застосування в медичній практиці;

фармакопейна стаття — нормативно-технічний документ, який встановлює вимоги до лікарського засобу, його упаковки, умов і терміну зберігання та методів контролю якості лікарського засобу;

технологічний регламент виготовлення лікарського засобу (далі — технологічний регламент) — нормативний документ, в якому визначено технологічні методи, технічні засоби, норми та нормативи виготовлення лікарського засобу;

Державна Фармакопея України — правовий акт, який містить загальні вимоги до лікарських засобів, фармакопейні статті, а також методики контролю якості лікарських засобів;

якість лікарського засобу — сукупність властивостей, які надають лікарському засобу здатність задовольняти споживачів відповідно до свого призначення і відповідають вимогам, встановленим законодавством;

термін придатності лікарських засобів — час, протягом якого лікарський засіб не втрачає своєї якості за умови зберігання відповідно до вимог нормативно-технічної документації.

Зміст інших термінів визначається законодавством та спеціальними словниками термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Стаття 3. Державна політика у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів

Державна політика у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів спрямовується на підтримку наукових досліджень, створення та впровадження нових технологій, а також розвиток виробництва високоефективних та безпечних лікарських засобів, забезпечення потреб населення ліками належної якості та в необхідному асортименті шляхом здійснення відповідних загальнодержавних програм, пріоритетного фінансування, надання пільгових кредитів, встановлення податкових пільг тощо.

З метою реалізації права громадян України на охорону здоров'я держава забезпечує доступність найнеобхідніших лікарських засобів, захист громадян у разі заподіяння шкоди їх здоров'ю внаслідок застосування лікарських засобів за медичним призначенням, а також встановлює пільги і гарантії окремим групам населення та категоріям громадян щодо забезпечення їх лікарськими засобами в разі захворювання.

Стаття 4. Державне управління у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів

Верховна Рада України визначає державну політику і здійснює законодавче регулювання відносин у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів.

Кабінет Міністрів України через систему органів державної виконавчої влади проводить в життя державну політику у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, організує розробку та здійснення відповідних загальнодержавних та інших програм у межах своїх повноважень,

забезпечує контроль за виконанням законодавства про лікарські засоби.

Управління у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів у межах своєї компетенції здійснюють Міністерство охорони здоров'я України, Державний комітет України з медичної та мікробіологічної промисловості та спеціально уповноважені ними державні органи.

Розділ II. СТВОРЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Стаття 5. Суб'єкти створення лікарських засобів

Лікарські засоби можуть створюватись підприємствами, установами, організаціями та громадянами. Автор(співавтором) лікарського засобу є фізична особа(особи), творчою працею якої(яких) створено лікарський засіб.

Вона(вони) має право на винагороду за використання створеного нею лікарського засобу. Винагорода може здійснюватись у будь-якій формі, що не заборонена законодавством.

Автор(співавтори) може подати заявку до Державного комітету України з питань інтелектуальної власності на одержання патенту на лікарський засіб. Підставою для видачі патенту є позитивний висновок Міністерства охорони здоров'я України або уповноваженого ним на здійснення державної реєстрації лікарських засобів органу щодо його патентоспроможності.

Майнові і немайнові права, пов'язані із створенням та виробництвом лікарського засобу, регулюються відповідно до законодавства.

Стаття 6. Доклінічне вивчення лікарських засобів

Доклінічне вивчення лікарських засобів передбачає хімічні, фізичні, біологічні, мікробіологічні, фармакологічні, токсикологічні та інші наукові дослідження з метою вивчення їх специфічної активності та безпечності.

Порядок проведення доклінічного вивчення лікарських засобів, вимоги до умов проведення окремих досліджень, а також порядок проведення експертиз матеріалів доклінічного

вивчення лікарських засобів встановлюються Міністерством охорони здоров'я України з урахуванням норм, що застосовуються у міжнародній практиці.

Стаття 7. Клінічні випробування лікарських засобів

Клінічні випробування лікарських засобів проводяться з метою встановлення або підтвердження ефективності та нешкідливості лікарського засобу. Вони можуть проводитись у спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах, які визначаються Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.

Для проведення клінічних випробувань лікарських засобів підприємства, установи, організації або громадяни подають відповідну заяву до Міністерства охорони здоров'я України або уповноваженого ним органу.

До заяви додаються матеріали, які містять загальну інформацію про лікарський засіб, результати його доклінічного вивчення, зразки лікарського засобу та проект програми клінічних досліджень.

Рішення про клінічні випробування лікарського засобу приймається за наявності: позитивних висновків експертизи матеріалів доклінічного вивчення щодо ефективності лікарського засобу та його безпечності;

переконливих даних про те, що ризик побічної дії лікарського засобу буде значно нижчим за очікуваний позитивний ефект.

Порядок проведення експертизи матеріалів клінічних випробувань встановлюється Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.

Замовник клінічних випробувань має право о держувати інформацію про хід проведення клінічних випробувань лікарського засобу, знайомитися з результатами клінічної експертизи, порушувати клопотання про заміну спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу, де проводяться клінічні випробування.

Клінічні випробування лікарських засобів проводяться після обов'язкової оцінки етичних та морально-правових аспектів програми клінічних випробувань комісіями з питань етики, які створюються і діють при лікувально-профілактичних закладах, де проводяться клінічні випробування. Положення про комісії з питань етики затверджується Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.

Рішення про затвердження програми клінічних випробувань та їх проведення приймається Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.

Клінічні випробування лікарських засобів вітчизняного чи іноземного виробництва проводяться за повною або скороченою програмою з урахуванням норм, що застосовуються у міжнародній практиці. В окремих випадках за рішенням Міністерства охорони здоров'я України або уповноваженого ним органу клінічні випробування можуть не проводитися.

Стаття 8. Захист прав пацієнта (добровольця)

Клінічні випробування лікарських засобів проводяться за наявності письмової згоди пацієнта(добровольця) на участь у проведенні клінічних випробувань або письмової згоди його законного представника на проведення клінічних випробувань за участю неповнолітнього чи недієздатного пацієнта.

Пацієнт (доброволець) або його законний представник повинен отримати інформацію щодо суті та можливих наслідків випробувань, властивостей лікарського засобу, його очікуваної ефективності, ступеня ризику.

Замовник клінічних випробувань лікарського засобу зобов'язаний перед початком клінічних випробувань укласти договір про страхування життя та здоров'я пацієнта(добровольця) в порядку, передбаченому законодавством.

Керівник клінічних випробувань зобов'язаний зупинити клінічні випробування чи окремі їх етапи в разі виникнення загрози здоров'ю або життю пацієнта(добровольця) у зв'язку з їх проведенням, а також за бажанням пацієнта(добровольця) або його законного представника.

Міністерство охорони здоров'я України або уповноважений ним орган приймає рішення про припинення клінічних випробувань лікарського засобу чи окремих їх етапів

у разі виникнення загрози здоров'ю або життю пацієнта(добровольця) у зв'язку з їх проведенням, а також у разі відсутності чи недостатньої ефективності його дії, порушення етичних норм.

Стаття 9. Державна реєстрація лікарських засобів

Лікарські засоби допускаються до застосування в Україні після їх державної реєстрації, крім випадків, передбачених цим Законом.

Державна реєстрація лікарських засобів проводиться на підставі заяви, поданої до Міністерства охорони здоров'я України або уповноваженого ним органу.

У заяві про державну реєстрацію лікарського засобу зазначаються:

назва та адреса виробника; назва лікарського засобу і його торговельна назва; назва діючої речовини (латинською мовою);

синоніми;

форма випуску;

повний склад лікарського засобу;

показання та протипоказання;

дозування;

умови відпуску;

способи застосування;

термін та умови зберігання;

інформація про упаковку;

дані щодо реєстрації лікарського засобу в інших країнах.

До заяви додаються: матеріали доклінічного вивчення, клінічного випробування та їх експертиз; фармакопейна стаття або матеріали щодо методів контролю якості лікарського засобу, проект технологічного регламенту або відомості про технологію виробництва; зразки лікарського засобу; його упаковка; документ, що підтверджує сплату реєстраційного збору.

За результатами розгляду зазначених матеріалів Міністерство охорони здоров'я України або уповноважений ним орган у місячний термін приймає рішення про реєстрацію або відмову в реєстрації лікарського засобу.

Рішенням про державну реєстрацію затверджується фармакопейна стаття або методи контролю якості лікарського засобу, здійснюється погодження технологічного регламенту або технології виробництва, а також лікарському засобу присвоюється реєстраційний номер, який вноситься до Державного реєстру лікарських засобів України.

У Державному реєстрі лікарських засобів України зазначаються: торговельна назва лікарського засобу; виробник; міжнародна непатентована назва; синоніми; хімічна назва чи склад; фармакологічна дія; фармакотерапевтична група; показання; протипоказання; запобіжні заходи; взаємодія з іншими лікарськими засобами; способи застосування та дози; побічна дія; форми випуску; умови та терміни зберігання; умови відпуску.

На зареєстрований лікарський засіб заявнику видається посвідчення, в якому зазначається строк дії, протягом якого лікарський засіб дозволяється до застосування в Україні.

Лікарський засіб може застосовуватись в Україні протягом п'яти років з дня його державної реєстрації. За бажанням особи, яка подала заяву про державну реєстрацію лікарського засобу, термін, протягом якого він дозволяється до застосування на території України, за рішенням реєструючого органу може бути скорочено.

У разі виявлення невідомих раніше небезпечних властивостей лікарського засобу Міністерство охорони здоров'я України або уповноважений ним орган може прийняти рішення про повну або тимчасову заборону на його застосування.

Після закінчення терміну, протягом якого зареєстрований лікарський засіб було дозволено до застосування в Україні, лікарський засіб може застосовуватись за умови його пере-реєстрації.

Рішення про відмову у державній реєстрації лікарського засобу приймається, якщо не підтверджуються висновки щодо його ефективності та безпечності.

Про відмову в реєстрації лікарського засобу Міністерство охорони здоров'я України або уповноважений ним орган у десятиденний строк надсилає заявнику письмову мотивовану відповідь. Рішення про відмову може бути оскаржено у становленому законом порядку.

Порядок державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу та розміри збору за державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарського засобу визначаються Кабінетом Міністрів України.

Не підлягають державній реєстрації лікарські засоби, які виготовляються в аптеках за рецептами лікарів та за замовленням лікувально-профілактичних закладів із дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин.

Розділ III. ВИРОБНИЦТВО ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Стаття 10. Умови виробництва лікарських засобів

Виробництво лікарських засобів здійснюється фізичними або юридичними особами на підставі спеціального дозволу (ліцензії), що видається в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України або уповноваженим ним органом.

Підставою для видачі спеціального дозволу (ліцензії) на виробництво лікарських засобів є наявність відповідної матеріально-технічної бази, кваліфікованого персоналу (кваліфікації в окремого громадянина в разі індивідуального виробництва), а також умов щодо контролю за якістю лікарських засобів, що вироблятимуться.

Загальні вимоги до матеріально-технічної бази для виробництва лікарських засобів, для проведення виробничого контролю їх якості, а також технологічних регламентів встановлюються Державним комітетом України з медичної та мікробіологічної промисловості.

Стаття 11. Загальні вимоги до виробництва лікарських засобів

Для виробництва лікарських засобів можуть використовуватись діючі, допоміжні речовини і пакувальні матеріали, дозволені до застосування Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.

Виробництво лікарських засобів здійснюється за технологічним регламентом з додержанням вимог фармакопейних статей та інших державних стандартів, технічних умов з урахуванням міжнародних норм щодо виробництва лікарських засобів.

У разі зміни діючої, допоміжної речовини виробник лікарського засобу зобов'язаний здійснити реєстрацію лікарського засобу.

Стаття 12. Маркування лікарських засобів

Маркування, що наноситься на етикетку, зовнішню та внутрішню упаковку лікарського засобу, повинно містити такі відомості: назву лікарського засобу; назву та адресу його виробника; реєстраційний номер; номер серії; способи застосування; дозу діючої речовини в кожній одиниці та їх кількість в упаковці; термін придатності; умови зберігання; запобіжні заходи.

Під час державної реєстрації(перереєстрації) можуть затверджуватись додаткові вимоги до маркування та упаковки у зв'язку з особливостями застосування лікарського засобу.

Лікарські засоби, призначені для клінічних досліджень, повинні мати позначення «Для клінічних досліджень».

До кожного лікарського засобу, що реалізується, додається інструкція про застосування лікарського засобу, яка повинна містити:

- назву лікарського засобу;
- загальну характеристику (хімічну назву, основні фізико-хімічні властивості, склад);
- відомості про фармакологічні властивості;
- показання для застосування;
- протипоказання;
- взаємодію з іншими лікарськими засобами;
- способи застосування та дози;
- побічну дію;

запобіжні заходи;
форми випуску;
умови та строки зберігання;
умови відпуску.

Розділ IV. ДЕРЖАВНИЙ КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Стаття 13. Поняття та завдання державного контролю якості лікарських засобів

Державний контроль якості лікарських засобів — це сукупність організаційних та правових заходів, спрямованих на додержання суб'єктами господарської діяльності незалежно від форм власності та підпорядкування вимог законодавства щодо забезпечення якості лікарських засобів.

Державний контроль якості лікарських засобів здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством України.

Стаття 14. Органи державного контролю

Спеціальним органом державного контролю якості лікарських засобів є Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів Міністерства охорони здоров'я України з безпосередньо підпорядкованими їй державними інспекціями з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі.

Державну інспекцію з контролю якості лікарських засобів очолює Головний державний інспектор України — заступник Міністра охорони здоров'я України, який призначається на посаду і звільняється з неї Президентом України. Його заступники є заступниками Головного державного інспектора України з контролю якості лікарських засобів.

Начальники державних інспекцій з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі є одночасно головними державними інспекторами, а їх заступники — відповідно заступниками головних державних інспекторів з контролю якості лікарських засобів.

Інші спеціалісти державних інспекцій, на яких покладено здійснення державного контролю за якістю лікарських засобів, одночасно є державними інспекторами з контролю якості лікарських засобів.

Положення про Державну інспекцію з контролю якості лікарських засобів затверджується Кабінетом Міністрів України.

Державний контроль за додержанням умов виробництва лікарських засобів здійснюють Державний комітет України з медичної та мікробіологічної промисловості та уповноважені ним державні органи.

Стаття 15. Повноваження посадових осіб органів державного контролю

Посадові особи органів державного контролю в межах компетенції, визначеної законодавством, мають право:

перевіряти додержання вимог законодавства щодо якості лікарських засобів під час їх виробництва, зберігання, транспортування та реалізації суб'єктами господарської діяльності;

безперешкодно проводити огляд будь-яких виробничих, складських, торговельних приміщень суб'єктів господарської діяльності (з урахуванням встановленого режиму роботи) за наявності рішення про перевірку;

одержувати від суб'єктів господарської діяльності необхідні відомості про додержання вимог стандартів, технічних умов, фармакопейних статей і технологічних регламентів, а також про забезпечення якості лікарського засобу під час виробництва,

транспортування, зберігання та реалізації;

відбирати зразки лікарських засобів для лабораторної перевірки їх якості. Вартість відібраних зразків та проведення контролю їх якості включається до виробничих витрат суб'єктів, у яких ці зразки відібрано. Порядок відбору зразків лікарських засобів визначається Кабінетом Міністрів України;

давати обов'язкові для виконання приписи про усунення порушень стандартів і технічних умов, фармакопейних статей і технологічних регламентів, а також про усунення порушень під час виробництва, зберігання, транспортування та реалізації лікарських засобів;

передавати матеріали перевірок, що містять ознаки злочину, органам дізнання чи попереднього слідства;

накладати штрафи на суб'єктів господарської діяльності незалежно від форм власності у разі порушення ними стандартів і технічних умов, фармакопейних статей і технологічних регламентів під час виробництва, зберігання, транспортування та реалізації лікарських засобів;

складати протоколи про адміністративні правопорушення та накладати адміністративні штрафи;

звертатися до органів, уповноважених видавати спеціальний дозвіл (ліцензію) на здійснення виробництва, оптової закупівлі, оптової та роздрібною реалізацію лікарських засобів, з пропозицією про скасування виданих ліцензій у разі порушення суб'єктами господарської діяльності умов, за яких видано ліцензії, а також стандартів і технічних умов, фармакопейних статей і технологічних регламентів;

зупиняти чи забороняти виробництво лікарських засобів у разі систематичного або грубого порушення вимог стандартів та технічних умов, фармакопейних статей і технологічних регламентів;

забороняти зберігання, реалізацію та використання лікарських засобів, якість яких не відповідає встановленим вимогам.

Законні вимоги посадових осіб, які здійснюють державний контроль якості лікарських засобів, є обов'язковими для виконання.

Посадові особи органів державного контролю несуть відповідальність за розголошення інформації, яка стала їм відома внаслідок виконання службових обов'язків і охороняється відповідно до законодавства.

Стаття 16. Правовий захист посадових осіб органів державного контролю

Посадові особи органів державного контролю перебувають під захистом закону.

Втручання в дії посадових осіб органів державного контролю, що перешкоджає виконанню їх службових обов'язків, тягне за собою відповідальність згідно із законодавством України.

Життя та здоров'я посадових осіб органів державного контролю підлягають обов'язковому державному страхуванню на випадок каліцтва або захворювання, одержаного під час виконання ними службових обов'язків. Порядок та умови страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України.

Розділ V. ВВЕЗЕННЯ В УКРАЇНУ ТА ВИВЕЗЕННЯ З УКРАЇНИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Стаття 17. Порядок ввезення в Україну лікарських засобів

На територію України можуть ввозитись лікарські засоби, зареєстровані в Україні, за наявності сертифіката якості, що видається виробником.

Контроль за ввезенням на митну територію України лікарських засобів здійснюється Державною інспекцією з контролю якості лікарських засобів.

Незареєстровані лікарські засоби можуть ввозитись на митну територію України для:

проведення доклінічних досліджень і клінічних випробувань;

реєстрації лікарських засобів в Україні (зразки препаратів у лікарських формах);

експонування на виставках, ярмарках, конференціях тощо без права реалізації;

індивідуального використання громадянами.

Порядок ввезення лікарських засобів у зазначених випадках визначається Міністерством охорони здоров'я України.

У випадках стихійного лиха, катастроф, епідемічного захворювання тощо за окремим рішенням Міністерства охорони здоров'я України дозволяється ввезення незареєстрованих

в Україні лікарських засобів зарубіжних країн за наявності документів, що підтверджують їх реєстрацію і використання в цих країнах.

Стаття 18. Вивезення лікарських засобів з України

Вивезення лікарських засобів з України здійснюється в порядку, передбаченому законодавчими актами України.

Розділ VI. РЕАЛІЗАЦІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Стаття 19. Порядок реалізації лікарських засобів

Оптова закупівля, оптова і роздрібна реалізація лікарських засобів на території України здійснюються підприємствами, установами, організаціями та громадянами на підставі спеціального дозволу (ліцензії), який видається в порядку, встановленому

Кабінетом Міністрів України.

У ліцензії на оптову закупівлю, оптову та роздрібну реалізацію лікарських засобів зазначаються групи лікарських засобів, закупівлю та реалізацію яких може здійснювати суб'єкт господарської діяльності залежно від наявних у нього умов щодо забезпечення їх зберігання та якості.

Вимоги частини першої цієї статті не поширюються на діяльність, пов'язану з оптовою закупівлю, оптовою і роздрібною реалізацією лікарських засобів, які можуть відпускатися населенню без рецепта лікаря. Реалізація зазначених лікарських засобів здійснюється відповідно до правил торгівлі, що затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 20. Загальні вимоги до реалізації лікарських засобів

На території України можуть реалізовуватись лише зареєстровані лікарські засоби, крім випадків, передбачених цим Законом.

Реалізація лікарських засобів здійснюється лише за наявності сертифіката якості, що видається виробником.

Стаття 21. Реалізація (відпуск) лікарських засобів громадянам

Реалізація (відпуск) лікарських засобів громадянам здійснюється за рецептами та без рецептів лікарів.

Забороняється реалізація (відпуск) громадянам неякісних лікарських засобів або таких, термін придатності яких минув або на які відсутній сертифікат якості, що видається виробником.

Правила приписування лікарських засобів, а також перелік лікарських засобів, які можуть реалізовуватись без рецептів лікарів, затверджуються Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 22. Забезпечення населення лікарськими засобами на випадок стихійного лиха, катастроф, епідемічних захворювань

Для утворення і збереження загальнодержавних запасів лікарських засобів на випадок стихійного лиха, катастроф, епідемічних захворювань Кабінет Міністрів України або уповноважений ним орган утворює та визначає спеціалізовані державні установи та організації. З цією метою він може також укладати відповідні договори з суб'єктами підприємницької діяльності будь-яких форм власності.

Порядок створення та використання загальнодержавних запасів лікарських засобів, їх обсяги визначаються Кабінетом Міністрів України.

Уряд Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації створюють власні запаси лікарських засобів на випадок стихійного лиха, катастроф, епідемічних захворювань.

Стаття 23. Утилізація та знищення лікарських засобів

Неякісні лікарські засоби, включаючи ті, термін придатності яких закінчився, підлягають утилізації та знищенню.

Утилізація та знищення лікарських засобів проводяться відповідно до правил, що затверджуються Міністерством охорони здоров'я України, та інших вимог законодавства.

Розділ VII. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 24. Фінансове забезпечення

Фінансування створення, доклінічного вивчення, клінічного випробування, виробництва, контролю якості лікарських засобів здійснюється за рахунок Державного бюджету України, бюджету Автономної Республіки Крим і місцевих бюджетів, позабюджетних фондів, коштів підприємств, установ, організацій та громадян, а також будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством.

Витрати на фінансування наукових робіт по створенню нових лікарських засобів відносяться на рахунок собівартості продукції в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

Стаття 25. Матеріально-технічне забезпечення

Держава організує матеріально-технічне забезпечення створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів в обсязі, необхідному для надання населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги.

Нормативи мінімального забезпечення населення державними закладами охорони здоров'я, що здійснюють реалізацію лікарських засобів, визначаються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 26. Інформаційне забезпечення

Держава створює умови для інформаційного забезпечення у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів в Україні.

Міністерство охорони здоров'я України забезпечує інформування про зареєстровані та про виключені з Державного реєстру лікарських засобів України лікарські засоби.

Реклама лікарських засобів здійснюється відповідно до Закону України «Про рекламу»

Стаття 27. Відповідальність за порушення законодавства про лікарські засоби

Особи, винні в порушенні законодавства про лікарські засоби, несуть дисциплінарну, адміністративну, цивільно-правову або кримінальну відповідальність згідно із законодавством.

Стаття 28. Міжнародне співробітництво

Україна бере участь у міжнародному співробітництві у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів. Із цією метою розробляються і виконуються міжнародні наукові програми, здійснюються обмін інформацією, прогресивними методами та технологіями створення і виробництва лікарських засобів, їх експорт та імпорт, професійний і науковий контакт працівників охорони здоров'я тощо.

Держава розвиває і підтримує всі форми міжнародного співробітництва у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, що не суперечать законодавству України.

Відомості Верховної Ради (ВВР). — 1996. — N 22. С.86

Із змінами, внесеними згідно із Законами

№ 70/97-вр від 14.02.97, ВВР, 1997, № 15, ст.115

№ 783-XIV (783-14) від 30.06.99, ВВР, 1999, № 34, ст. 274

**ПРОЕКТ СТАТУТУ
КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА ЦРЛ**

ПОГОДЖЕНО

рішенням _____ районної ради
від _____ 200__ р. № ____

ЗАТВЕРДЖЕНО

розпорядженням Голови _____ районної
державної адміністрації _____ області
від _____ 200__ р. № ____

СТАТУТ

**комунального некомерційного підприємства
«_____ центральна районна лікарня»
_____ районної ради _____ о бласті**

1. Загальні положення

1.1. Комунальне некомерційне підприємство «_____ центральна районна лікарня» (далі — Лікарня) створене за рішенням _____ районної ради (далі — Засновник) від _____ 2004 р. № ____ шляхом реорганізації бюджетної установи «_____ центральна районна лікарня» і є правонаступником зазначеної бюджетної установи.

1.2. Лікарня заснована на базі майна, що знаходиться у спільній власності територіальних громад сіл та селищ _____ району _____ області.

1.3. Лікарня належить до сфери управління _____ районної державної адміністрації _____ області (далі — Орган управління).

1.4. Повна назва — комунальне некомерційне підприємство «_____ центральна районна лікарня», скорочена назва — «_____ ЦРЛ».

1.5. Юридична адреса Лікарні — _____.

2. Мета і предмет діяльності Лікарні

2.1. Основною метою діяльності Лікарні є:

- надання населенню згідно з вимогами відповідних нормативно-правових актів медичних послуг, спрямованих на збереження, поліпшення та відновлення здоров'я;
- здійснення іншої діяльності, необхідної для належного забезпечення профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я та медичного контролю за перебігом вагітності й надання медичної допомоги при пологах;
- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування.

2.2. Предметом діяльності Лікарні є:

- безпосереднє забезпечення медичного обслуговування населення _____ району _____ області шляхом надання йому безоплатної кваліфікованої планової стаціонарної та спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги, а також швидкої й невідкладної медичної (лікувально-профілактичної) допомоги у відповідності з договорами

про надання медичних послуг, що закуповуються за рахунок коштів районного бюджету, з використанням власних кадрових та матеріально-технічних ресурсів;

- організація надання населенню _____ району _____ області медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших медичних закладів шляхом спрямування пацієнтів до цих закладів в порядку, встановленому законодавством;

- надання медичних та інших послуг фізичним та іншим юридичним особам на безоплатній та платній основі у випадках та на умовах, визначених відповідними законами України, нормативно-правовими актами Кабінету Міністрів України та виданими на їх виконання нормативними актами місцевих органів виконавчої влади, а також на підставі та умовах, визначених договорами про добровільне медичне страхування.

3. Умови та порядок надання медичних послуг у Лікарні

3.1. Лікарня має право безпосередньо надавати лише ті види медичних послуг та медичної (лікувально-профілактичної) допомоги, що дозволені їй на підставі відповідної ліцензії та результатів державної акредитації.

3.2. У разі, коли особа, яка звернулася до Лікарні, потребує медичних послуг, що не можуть бути надані безпосередньо Лікарнею з використанням її власних кадрових та матеріально-технічних ресурсів, Лікарня зобов'язана направити таку особу до іншого закладу охорони здоров'я чи фахівця, який може забезпечити надання відповідних послуг.

3.3 Єдиною підставою для отримання медичних послуг у Лікарні є стан здоров'я особи та необхідність надання таких послуг, підтверджена наявністю в конкретної особи відповідних медичних показань. Лікарня не має права відмовляти в наданні медичних послуг будь-якій особі через те, що постійне місце її проживання знаходиться поза межами _____ району _____ області чи з огляду на інші, не пов'язані зі станом здоров'я обставини.

3.4. Черговість доступу осіб, які звернулися до Лікарні, до медичних послуг регулюється виключно медичними критеріями та терміновістю надання послуг, що ґрунтуються на оцінці ступеню загрози життю та здоров'ю конкретної особи.

3.5. Госпіталізація у стаціонарні відділення Лікарні здійснюється лише у разі наявності в пацієнта медичних показань, що зумовлюють необхідність цілодобового медичного контролю за станом здоров'я пацієнта та/або цілодобового безперервного медичного втручання, які не можуть бути забезпечені поза стаціонаром, або у разі, коли госпіталізація є обов'язковою у зв'язку з вимогами законодавства.

3.6. Рішення про госпіталізацію у стаціонарні відділення Лікарні приймається лікарем, уповноваженим на це Керівником Лікарні, після ознайомлення із станом здоров'я особи та отримання згоди цієї особи, її законного представника (за винятком випадків, коли згідно з законом така згода для госпіталізації не є потрібною).

3.7. У разі, коли стан здоров'я особи вимагає невідкладної госпіталізації до Лікарні, але при цьому в Лікарні відсутні вільні місця, або Лікарня не має права надавати необхідні зазначеній особі медичні послуги за умовами ліцензування та державної акредитації, або госпіталізація зазначеної особи до Лікарні є неможливою за епідеміологічними умовами та критеріями, Лікарня після надання невідкладної допомоги забезпечує в разі потреби перевезення пацієнта до іншого закладу охорони здоров'я за попереднім погодженням цього питання з відповідним закладом охорони здоров'я. При цьому до іншого закладу охорони здоров'я, куди спрямовується пацієнт, передається копія відповідної медичної документації інформацією про стан здоров'я особи та заходи, вжиті у Лікарні.

3.8. Якщо інше не передбачено законодавством, виписка з стаціонарних відділень Лікарні здійснюється у разі:

3.8.1. коли стан здоров'я госпіталізованої особи не вимагає подальшого лікування в умовах стаціонару;

3.8.2. наявності бажання госпіталізованої особи чи її законного представника;

3.8.3. коли госпіталізована особа порушує правила внутрішнього розпорядку Лікарні, але при цьому відсутня небезпека того, що відмова від продовження перебування такої особи в стаціонарі чи припинення надання їй медичних послуг можуть спричинити безпосередню загрозу для її життя чи здоров'я або для життя чи здоров'я інших осіб.

3.9. Якщо законний представник госпіталізованої особи наполягає на виписці цієї особи із стаціонарного відділення Лікарні, а стан здоров'я зазначеної особи вимагає продовження лікування в стаціонарних умовах, Керівник Лікарні чи уповноважений ним лікар може відмовити у виписці до моменту винесення рішення у цій справі відповідним органом опіки та піклування чи судом, за винятком випадків, коли законодавством встановлений інший порядок вирішення цього питання.

3.10. Особа, яка вимагає виписки зі стаціонарного відділення Лікарні за власним бажанням, повинна бути поінформована лікарем про можливі наслідки, які можуть бути спричинені для її здоров'я припиненням лікування у стаціонарі. Така особа має письмово засвідчити факт виписки з лікарні за власним бажанням та отримання зазначеної у цьому пункті інформації лікаря. У випадку відмови особи від такого засвідчення лікар зобов'язаний зробити відповідний запис у медичній документації зазначеної особи.

3.11. Якщо законний представник, опікун чи піклувальник не забирає неповнолітню чи недієздатну особу після виписки із стаціонарного відділення Лікарні, Лікарня має невідкладно повідомити про це місцеву раду за місцем проживання виписаної особи. Транспортування такої особи до постійного місця проживання забезпечується за рахунок коштів відповідної місцевої ради.

3.12. При наданні медичних послуг Лікарня зобов'язана забезпечувати дотримання відповідних пов'язаних з наданням медичної допомоги особистих немайнових прав особи, встановлених Цивільним кодексом України та іншими законами України.

4. Відшкодування вартості та оплата медичних послуг, що надаються Лікарнею

4.1. Громадянам, які постійно проживають на території _____ району _____ області, всі медичні послуги, за винятком тих, що входять до переліку платних послуг, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138, Лікарня надає безоплатно за рахунок фінансових ресурсів, що передаються їй згідно з договором про закупівлю медичних послуг за кошти районного бюджету _____ району, та інших власних коштів.

4.2. Медичні послуги у рамках швидкої та невідкладної медичної допомоги громадянам, які не проживають постійно на території _____ району _____ області, надаються безоплатно. Собівартість інших медичних послуг, що надаються Лікарнею таким громадянам (за винятком послуг, що входять до переліку платних послуг, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138), підлягає відшкодуванню за рахунок коштів відповідного районного чи міського бюджету за місцем проживання таких осіб на основі відповідного подання, підписаного Керівником Лікарні, а в разі незгоди сторони, що має відшкодувати кошти — за рішенням суду.

4.3. Питання про компенсацію собівартості витрат Лікарні на надання послуг, не пов'язаних з наданням швидкої та невідкладної медичної допомоги безпритульним особам та особам без постійного місця проживання вирішується Органом управління окремо в кожному конкретному випадку, виходячи з обставин цього випадку.

4.4. Вартість платних послуг, що входять до переліку, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138, відшкодовується за рахунок особистих коштів громадян, а у випадках, визначених законодавством України — за рахунок інших джерел за цінами, встановленими згідно з вимогами законодавства.

4.5. Вартість медичних послуг, наданих Лікарнею у зв'язку з настанням визначеного законом страхового випадку особам, застрахованим за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням від нещасного випадку на виробництві та професійного захворюван-

ня, які спричинили втрату працездатності, відшкодовується за рахунок коштів відповідного фонду соціального страхування в порядку, встановленому законом.

4.6. Вартість послуг Лікарні, пов'язаних з наданням медичної допомоги інвалідам в рамках індивідуальної програми реабілітації згідно з Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» відшкодовується за рахунок коштів фонду соціального захисту інвалідів.

4.7. Особа, зазначена у пункті 3.8.1 цього Статуту, з моменту, визначеного Керівником Лікарні, усі витрати на забезпечення покриття собівартості її перебування в стаціонарних відділеннях Лікарні відшкодовує за власний рахунок. Собівартість витрат, пов'язаних з продовженням перебування у стаціонарних відділеннях Лікарні неповнолітніх чи недієздатних осіб, стан здоров'я яких не вимагає подальшого лікування в стаціонарі, відшкодовується батьками чи іншими законними представниками таких осіб.

4.8. Особа, яка перебуває у стані алкогольного сп'яніння, всі витрати за надання Лікарнею медичних послуг несе за власний рахунок у разі коли сп'яніння є єдиною та безпосередньою причиною, що зумовила необхідність надання такій особі медичної допомоги, а факт сп'яніння підтверджений результатом дослідження, проведеного в порядку, встановленому законодавством.

4.9. Надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, особам, які мають статус біженців, здійснюється в порядку та на умовах, визначених відповідними законами, міжнародними договорами, згода на обов'язковість надана Верховною Радою України, та постановами Кабінету Міністрів України.

4.10. У разі залучення Лікарні до надання медичних послуг в рамках здійснення заходів з ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, природного, соціально-політичного характеру фінансове покриття вартості зазначених медичних послуг забезпечується за рахунок коштів резервного фонду Державного бюджету України, обласного та районного бюджетів у порядку та на умовах, встановлених законодавством.

4.11. У разі залучення Лікарні до надання медичних послуг в рамках здійснення заходів боротьби з епідеміями та у випадках масових отруєнь людей фінансове покриття вартості зазначених медичних послуг забезпечується за рахунок бюджетних асигнувань на заходи боротьби з епідеміями з Державного бюджету України чи обласного бюджету в порядку та на умовах, встановлених законодавством.

5. Юридичний статус Лікарні

5.1. Лікарня є самостійним господарюючим суб'єктом із статусом комунального некомерційного підприємства та наділена усіма правами юридичної особи з дня її державної реєстрації.

5.2. Лікарня діє на підставі Конституції України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Господарського та Цивільного кодексів України, Закону України «Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти», інших законів України, указів Президента України, Постанов Кабінету Міністрів України, загальнообов'язкових для всіх закладів охорони здоров'я наказів та інструкцій Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язкових нормативних актів інших центральних органів виконавчої влади, відповідних рішень місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування та цього Статуту.

5.3. Лікарня має самостійний баланс, розрахунковий, валютний та інші рахунки в установах банків, печатку, штампи та фірмові бланки із своїм найменуванням.

5.4. Лікарня відповідає за своїми зобов'язаннями коштами та іншим майном, що є в її розпорядженні, крім основних фондів. У разі недостатності таких коштів та майна у лікарні відповідальність за її зобов'язаннями несе власник.

5.5. Лікарня не несе відповідальності за зобов'язаннями держави, Засновника та Органу управління.

5.6. Лікарня має право укладати угоди, набувати майнові та особисті немайнові права, бути позивачем і відповідачем у суді.

5.7. Лікарня має право вступати до асоціацій, консорціумів, концернів та інших об'єднань підприємств лише за погодженням із Засновником.

6. Майно Лікарні

6.1. Майно Лікарні становлять основні фонди та оборотні кошти, а також інші цінності, вартість яких відображається у самостійному балансі Лікарні.

6.2. Майно лікарні, що перебуває у спільній комунальній власності територіальних громад _____ району _____ області, надається Лікарні безоплатно і закріплюється за нею на праві оперативного управління. Здійснюючи право оперативного управління, Лікарня володіє та користується зазначеним майном. У разі ліквідації Лікарні майно, що належить до спільної комунальної власності територіальних громад району, підлягає безоплатній передачі на баланс Органу управління.

6.3. Лікарня має право розпоряджатися закріпленим за нею на праві оперативного управління майном, що перебуває у комунальній власності і належить до основних фондів Лікарні, лише за дозволом Органу управління, погодженим з Наглядовою Радою Лікарні (далі — Наглядова Рада).

6.4. Лікарня має право розпоряджатися закріпленим за нею на праві оперативного управління іншим майном, що перебуває у комунальній власності і не належить до основних фондів Лікарні, лише після виконання договору про закупівлю медичних послуг за кошти районного бюджету відповідно до законодавства України.

6.5. Джерелами формування майна Лікарні є:

- майно, передане їй Органом управління;
- кошти, отримані за договором про закупівлю медичних послуг з районного бюджету, доходи, одержані від надання медичних послуг на платній основі за рахунок інших джерел фінансування, а також від інших видів господарської діяльності; кредити банків та інших кредиторів; капітальні вкладення та дотації з бюджетів; інші джерела, не заборонені законодавством України.

7. Права та обов'язки Лікарні

7.1. Лікарня має право самостійно:

7.1.1. визначати стратегію та основні напрямки свого розвитку відповідно до державних програм та замовлень, плану фінансування та плану розвитку Лікарні;

7.1.2. організовувати свою діяльність щодо забезпечення виконання договору про надання медичних послуг за рахунок коштів районного бюджету та виконання інших укладених договорів;

7.1.3. надавати медичні послуги поза межами договору про надання таких послуг за рахунок коштів районного бюджету за цінами (тарифами), що встановлюються нею самостійно або на договірній основі, а у випадках, передбачених законодавством України, — за фіксованими (регульованими) державними цінами (тарифами);

7.1.4. приймати рішення про розподіл свого доходу з урахуванням вимог положень п.п. 7.3.7 та 10.2 цього Статуту.

7.2. За погодженням з Органом управління та Наглядовою Радою Лікарня має право: самостійно здійснювати іншу ніж надання медичних послуг господарську діяльність за наявності незавантажених для виконання договору про надання медичних послуг за кошти районного бюджету виробничих потужностей та за умови, що здійснення такої господарської діяльності не матиме негативного впливу:

7.2.1. на якість та доступність медичного обслуговування для населення;

7.2.2. на одержання кредитів під виконання договору про надання медичних послуг за кошти районного бюджету;

7.2.3. на створення філіалів, відділень та інших відособлених підрозділів з правом відкриття поточних і розрахункових рахунків і затвердження положень про них.

7.3. Лікарня зобов'язана:

7.3.1. забезпечувати надання медичних послуг відповідно до договору про надання медичних послуг за рахунок коштів районного бюджету та інших укладених договорів;

7.3.2. забезпечувати своєчасну сплату податків і зборів (обов'язкових платежів) до бюджету та до державних цільових фондів згідно з законодавством України;

7.3.3. забезпечувати цільове використання закріпленого за нею майна та виділених бюджетних коштів;

7.3.4. здійснювати будівництво, реконструкцію, модернізацію, капітальний ремонт основних фондів, а також забезпечувати своєчасне освоєння нових виробничих потужностей;

7.3.5. створювати належні умови для високопродуктивної праці, забезпечувати додержання законодавства про працю, соціальне страхування, правил та норм охорони праці, техніки безпеки;

7.3.6. здійснювати заходи з удосконалення організації своєї діяльності;

7.3.7. здійснювати заходи з удосконалення організації заробітної плати працівників з метою посилення їх матеріальної заінтересованості як у результатах особистої праці, так і у загальних підсумках діяльності лікарні, забезпечувати економне і раціональне використання споживання і своєчасні розрахунки з працівниками підприємства;

7.3.8. виконувати норми і вимоги щодо охорони довкілля, раціонального використання і відтворення природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки.

8. Організаційна структура та організація роботи Лікарні

• Організаційна структура Лікарні визначається за такими принципами:

— Схема організаційної структури Лікарні є додатком до цього Статуту.

— Порядок внутрішньої організації та сфера діяльності структурних підрозділів Лікарні затверджуються Керівником Лікарні за погодженням з Наглядовою Радою.

— Структурні підрозділи Лікарні використовують надане їм майно на основі права оперативного використання майна в обсязі, що встановлюється Керівником Лікарні.

— З метою забезпечення своєї господарської діяльності Лікарня наймає працівників, які мають відповідну професійну підготовку та кваліфікацію, що відповідають вимогам чинного законодавства.

— Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників Лікарні затверджуються її Керівником.

— Надання медичних послуг Лікарнею забезпечується у цілодобовому режимі в порядку, що встановлюється Керівником Лікарні з урахуванням вимог відповідного законодавства щодо забезпечення доступності для населення невідкладної медичної допомоги та законодавства про працю.

9. Управління Лікарнею та громадський контроль за її діяльністю

9.1. Управління Лікарнею здійснює _____ районна державна адміністрація (Орган управління) на основі відповідних повноважень, делегованих їй _____ районною радою.

9.2. Орган управління:

• за погодженням з Засновником та Наглядовою Радою призначає на посаду та звільняє з посади Керівника Лікарні;

• за погодженням із Засновником затверджує статут Лікарні та зміни до нього;

• здійснює контроль за додержанням статуту та приймає рішення у зв'язку з його порушенням;

• здійснює контроль за ефективністю використання майна, що є у комунальній власності територіальних громад району та закріплене за Лікарнею;

• погоджує фінансовий план та план розвитку Лікарні, що затверджуються її Керівником, та здійснює фінансовий контроль за її господарською діяльністю;

- укладає з Лікарнею договори про надання медичних послуг за рахунок коштів районного бюджету;
- звітує перед Засновником та Наглядовою Радою про виконання переданих йому повноважень щодо управління Лікарнею.
- Орган управління не має права втручатися в оперативну діяльність Керівника Лікарні та у діяльність Наглядової Ради.
- Поточне (оперативне) управління Лікарнею здійснює її Керівник, який призначається на посаду та звільняється з неї за контрактом Органом управління.

9.3. Керівник Лікарні:

- самостійно вирішує питання діяльності Лікарні за винятком тих, що віднесені законодавством та цим Статутом до компетенції Засновника, Органу управління та Наглядової Ради;
- несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану і плану розвитку Лікарні, результати її господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності підприємства, якість послуг, що надаються Лікарнею, використання наданого Лікарні комунального майна і доходу згідно з вимогами законодавства, цього Статуту та укладених Лікарнею договорів;
- самостійно визначає структуру управління і встановлює штати Лікарні;
- діє без довіреності від імені Лікарні, представляє її у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами, підписує від її імені документи та делегує право підпису документів іншим посадовим особам Лікарні;
- користується правом розпорядження майном та коштами Лікарні відповідно до законодавства та цього Статуту;
- укладає договори, видає довіреності, відкриває в установах банків розрахункові та інші рахунки;
- у межах своєї компетенції видає накази та інші акти, дає вказівки, обов'язкові для всіх підрозділів та працівників Лікарні;
- забезпечує контроль за веденням та зберіганням медичної та іншої документації;
- у строки і в порядку, встановлені законодавством, повідомляє відповідні органи про будь-які зміни в даних про Лікарню, внесення яких є обов'язковим до Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб — суб'єктів підприємницької діяльності;
- приймає рішення про прийняття на роботу, звільнення з роботи працівників Лікарні, а також інші передбачені законодавством про працю рішення в сфері трудових відносин;
- звітує про діяльність Лікарні перед Засновником, Органом управління та Наглядовою Радою, готує на їх запит відповідні документи;
- вирішує інші питання, віднесені законодавством, Органом управління, цим Статутом та контрактом між Органом управління та Керівником Лікарні до компетенції Керівника Лікарні.

9.4. Громадський контроль за діяльністю Лікарні здійснює Наглядова Рада, яка є ініціативним та дорадчим органом Засновника та дорадчим органом Керівника Лікарні.

9.5. До складу Наглядової Ради входять:

- одна особа з числа жителів району, призначена рішенням _____ районної ради;
- по одній особі від кожної з територіальних громад району, призначеній рішенням відповідної селищної та сільських рад;
- одна особа, обрана таємним голосуванням на загальних зборах трудового колективу Лікарні (з правом дорадчого голосу).

9.6. Наглядова Рада є правомочною на період поточної каденції _____ районної ради та рад територіальних громад, що входять до складу району. Після обрання нового складу районної ради та рад територіальних громад району новообраний склад зазначених місцевих рад, керуючись положеннями пунктів 9.7.1 та 9.7.2 цього Статуту обирає нових членів Наглядової Ради.

9.7. Інші члени Наглядової Ради, ніж особа, зазначена у пункті 9.7.3 цього Статуту, не можуть бути працівниками Лікарні.

9.8. Більшістю голосів шляхом таємного голосування члени Наглядової Ради обирають зі свого числа Голову, заступника Голови та Секретаря Наглядової Ради.

9.9. Всі члени Наглядової Ради здійснюють свою діяльність на громадських засадах без оплати і на час участі у засіданні Наглядової Ради мають право на звільнення від виконання своїх трудових обов'язків за місцем роботи із збереженням заробітної плати на підставі письмового повідомлення Голови Наглядової Ради чи особи, що його заміщує.

9.10. У засіданнях Наглядової Ради з правом дорадчого голосу беруть участь Керівник Лікарні та представник профспілкової організації працівників Лікарні.

9.11. Засідання Наглядової Ради проводяться не рідше ніж один раз у три місяці після закінчення кварталу, але в разі необхідності можуть проводитися частіше. Засідання Наглядової Ради скликає її Голова або в разі відсутності Голови — заступник Голови Наглядової Ради.

Засідання Наглядової Ради є правомочним у разі участі в ньому не менше половини членів Наглядової Ради.

9.12. До повноважень Наглядової Ради належать:

9.12.1. Подання Засновнику та Органу управління пропозицій та думки з питань щодо:

- зміни або припинення договору про надання Лікарнею медичних послуг за рахунок коштів районного бюджету;
- продажу старого та придбання чи прийняття у дарунок чи у якості гуманітарної допомоги нового обладнання;
- репрофілювання чи припинення діяльності Лікарні, її реорганізації, розширення чи обмеження предмету її діяльності;
- преміювання Керівника Лікарні;
- укладання та розірвання контракту з Керівником Лікарні.

9.12.2. Подання Керівнику Лікарні, Засновнику та Органу управління пропозицій та думок з питань:

- ◆ фінансового плану Лікарні;
- ◆ річного звіту про виконання фінансового та інвестиційного планів Лікарні;
- ◆ банківських кредитів та асигнувань;
- ◆ використання коштів резервного фонду Лікарні, зазначеного у пункті 10.2 цього Статуту;

9.12.3. Розробка регламенту діяльності Наглядової Ради Лікарні та подання його на затвердження Засновнику;

9.12.4. Затвердження правил внутрішнього розпорядку діяльності Лікарні за поданням Керівника Лікарні;

Розгляд скарг і пропозицій, поданих особами, які користуються послугами Лікарні (за винятком справ, що підлягають розгляду органами державного

9.12.5. Управління, контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я та суду);

9.12.6. Внесення пропозицій органу, який виступає замовником за договором про надання Лікарнею медичних послуг за кошти районного бюджету, щодо можливого внесення змін до зазначеного договору;

9.12.7. Погодження змін до статуту Лікарні та подання думки щодо цих змін Засновнику та Органу управління;

9.12.8. Інші повноваження, що витікають з цього Статуту.

9.13. Дорадчо-консультативним органом Керівника Лікарні з питань медицини та етики є Лікарська Рада Лікарні. Регламент діяльності Лікарської Ради, яким встановлюються засади організації та сфера діяльності її діяльності, затверджується Керівником Лікарні.

10. Господарська та соціальна діяльність Лікарні

10.1. Головними критеріями ефективності господарської діяльності Лікарні є виконання її фінансового плану та зобов'язань, встановлених договором про надання Лікарнею медичних послуг за кошти районного бюджету.

10.2. Якщо по завершенню фінансового року після здійснення всіх витрат на забезпечення надання медичних послуг згідно з договором про надання таких послуг за рахунок

коштів районного бюджету, покриття матеріально-технічних і прирівняних до них витрат, витрат на оплату праці, оплату відсотків по кредитах банків, сплати податків та інших обов'язкових платежів у розпорядженні Лікарні є залишок коштів, то ці кошти зараховуються до резервного фонду Лікарні, який має бути розміщений на спеціальному цільовому рахунку Лікарні. До цього резервного фонду також зараховуються кошти, що передаються лікарні у вигляді добровільних благодійних пожертв та гуманітарної допомоги.

10.3. Кошти резервного фонду можуть бути використані тільки для розвитку людських та матеріально-технічних ресурсів Лікарні з метою поліпшення якості медичних послуг, надання яких згідно з розділом 2 цього Статуту складає мету і предмет діяльності Лікарні, та на покриття фінансового дефіциту, що утворився протягом попереднього звітного періоду.

10.4. Для покриття дефіциту фінансових ресурсів Лікарня має право взяти банківську позику, використати кошти резервного фонду або отримати додаткові кошти від Засновника.

10.5. Рішення про використання коштів резервного фонду для покриття фінансового дефіциту Лікарні може бути прийняте тільки Засновником на основі відповідної погодженої пропозиції Керівника та Наглядової Ради Лікарні.

10.6. Умови оплати праці працівників Лікарні визначаються контрактом між Керівником Лікарні та найманим працівником з врахуванням положень п. 7.3.7 цього Статуту.

Мінімальний розмір заробітної плати працівників Лікарні не може бути нижчим, ніж посадові оклади (ставки заробітної плати) для відповідних категорій працівників бюджетних установ охорони здоров'я, затверджені Кабінетом Міністрів України.

10.7. Лікарня здійснює бухгалтерський, оперативний облік і веде бухгалтерську та статистичну звітність в порядку та за формами, встановленими Кабінетом Міністрів України для суб'єктів господарської діяльності, що мають статус підприємства.

10.8. Лікарня належить до затвердженого _____ районною радою переліку суб'єктів господарської діяльності _____ району, на які не поширюється дія Закону України «Про відновлення платоспроможності боржника та визнання його банкрутом».

10.9. Лікарня здійснює володіння та користування природними ресурсами у встановленому законодавством порядку.

11. Ліквідація та реорганізація Лікарні

11.1. Ліквідація та реорганізація Лікарні здійснюється за рішенням Засновника відповідно до законодавства.

11.2. У разі реорганізації та ліквідації Лікарні працівникам, які звільняються, забезпечуються соціально-правові гарантії, передбачені відповідним законодавством України.

11.3. Лікарня вважається реорганізованою або ліквідованою з дня відповідного запису до Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб — суб'єктів підприємницької діяльності.

12. Заключні положення

12.1. Питання, не врегульовані цим Статутом, регулюються відповідними актами законодавства.

Директор Лікарні (підпис, прізвище та ініціали)

Голова Наглядової Ради Лікарні (підпис, прізвище та ініціали)

ЗАТВЕРДЖЕНО
розпорядженням Київської міської
державної адміністрації
від 12 жовтня 2005 р. N 1882

СТАТУТ
дитячої поліклініки N 2 Деснянського району м. Києва

I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Дитяча поліклініка № 2 Деснянського району м. Києва (надалі іменується Установа) є бюджетною (неприбутковою) установою, що заснована на комунальній власності територіальної громади м. Києва і підпорядкована управлінню охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації та Головному управлінню охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) та створена відповідно до рішення Київської міської ради від 24.04.2003 N 364/524 «Про дитячі лікувально-профілактичні заклади Деснянського району».

1.2. Установа у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, постановами Верховної Ради України, указами і розпорядженнями Президента України, декретами, постановами і розпорядженнями Кабінету Міністрів України, рішеннями Київської міської ради, розпорядженнями Київської міської державної адміністрації, розпорядженнями Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації, наказами Міністерства охорони здоров'я України, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), управління охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації, цим Статутом та іншими нормативними актами.

1.3. Установа є юридичною особою, має самостійний баланс, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік, веде статистичну звітність у встановленому законодавством порядку.

1.4. Місцезнаходження Установи:

02222, м. Київ-222,
вул. Курчатова, 18-а.

1.5. Установа користується правом оперативного управління щодо закріпленого за ним майна, має штамп встановленого зразка, печатку із власним найменуванням, зразок якої затверджується начальником Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

II. МЕТА І ПРЕДМЕТ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВИ

2.1. Установа створюється і функціонує з метою досягнення найкращих кінцевих результатів в наданні медичної допомоги населенню.

Головним завданням Установи є забезпечення потреб населення у первинній медико-санітарній допомозі, кваліфікованій і спеціалізованій медичній допомозі.

2.2. Предметом діяльності Установи є медична практика:

- надання невідкладної медичної допомоги хворим при гострих та раптових захворюваннях, травмах, отруєннях та інших нещасних випадках;
- кваліфіковане і в повному обсязі обстеження хворих, що звернулися до Установи;
- своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги населенню під час амбулаторного прийому в Установі та при наданні медичної допомоги вдома хворим, які за станом

здоров'я та характером захворювання не можуть відвідувати Установу, потребують постійного режиму та систематичного догляду;

— лікування хворих, включаючи повний комплекс заходів для консервативного і оперативного лікування хворих, відновлювальні заходи;

— відновлення репродуктивного здоров'я;

— розробка, впровадження та здійснення прогресивних методів лікування;

— створення належних умов для здійснення лікувально-оздоровчої практики;

— у випадках необхідності своєчасна госпіталізація хворих в стаціонари лікарень, клінік НДІ;

— всі види медичної, консультативної, лікувальної, діагностичної та профілактичної діяльності відповідно до законодавства України, медична практика;

— експертиза тимчасової непрацездатності хворих, видача та продовження листків непрацездатності, надання трудових рекомендацій хворим, що потребують переведення на інші ділянки роботи, своєчасне направлення хворих на МСЕК.

Установа має право застосовувати в своїй діяльності за медичними показаннями наркотичні, психотропні сильнодіючі засоби, спирти та прекурсори в порядку, визначеному законами України.

III. ПРИНЦИПИ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВИ

3.1. Відносини Установи з відвідувачами, пацієнтами визначаються законами України, а з підприємствами, установами, організаціями та громадянами в усіх сферах господарської діяльності будуються на договірних засадах згідно з чинним законодавством України.

3.2. Функціональна діяльність Установи і оплата праці працівників здійснюються за рахунок бюджетних коштів, а також коштів, отримання яких передбачено діючим законодавством України.

IV. УПРАВЛІННЯ УСТАНОВОЮ

4.1. Управління Установою здійснюється головним лікарем (надалі — Керівник) на основі єдиначальності.

4.2. Керівник Установи призначається на посаду і звільняється з посади наказом начальника управління охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації за погодженням з Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) у встановленому порядку.

Заступники Керівника Установи та головний бухгалтер призначаються на посаду і звільнюються з посади наказом Керівника за погодженням з управлінням охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації та Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

Інші працівники Установи призначаються на посаду і звільнюються з посади наказом Керівника Установи.

Керівник Установи несе персональну відповідальність за діяльність Установи.

4.3. Керівник вирішує самостійно всі питання діяльності Установи за винятком питань, що відносяться до компетенції профспілкових органів, в межах своїх повноважень видає накази і дає вказівки, обов'язкові для всіх працівників, вживає заходи до заохочення працівників та накладає стягнення.

4.4. Керівник діє від імені Установи, без доручення представляє його інтереси у всіх підприємствах, установах та організаціях, в межах наданих повноважень.

Керівник Установи укладає договори, видає доручення, має право першого підпису на фінансових, банківських та інших документах.

4.5. Керівник Установи у межах встановлених фондів оплати праці та граничної чисельності визначає штатний розпис і подає на затвердження в управління охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації.

В. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРАЦІ ТА ЗАРОБІТНА ПЛАТА

5.1. Установа для найбільш повного використання трудового потенціалу і створення умов для високоефективної діяльності кожного працівника:

5.1.1. проводить атестацію та раціоналізацію робочих місць, визначає їх необхідну кількість;

5.1.2. встановлює форми організації праці працівників, здійснює тарифікацію і організовує впровадження передових методів і прийомів праці;

5.1.3. встановлює режим робочого часу, а також тривалість додаткових відпусток згідно з чинним трудовим законодавством України;

5.1.4. встановлює працівникам грошові надбавки до посадового окладу за високу якість, складність та напруженість в праці, професійну майстерність та інші доплати і надбавки до заробітної плати згідно з чинним законодавством України.

5.2. Оплата праці працівників Установи здійснюється згідно з відповідними постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я, іншими нормативно-правовими актами та внутрішніми нормативними документами.

VI. МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНА БАЗА І КОШТИ УСТАНОВИ

6.1. Матеріально-технічну базу і кошти Установи складають основні фонди та оборотні кошти, а також інші матеріальні цінності та фінансові ресурси, вартість яких відображена у його самостійному балансі.

6.2. Майно Установи належить до комунальної власності територіальної громади м. Києва і закріплюється за ним на праві оперативного управління.

6.3. Установа є неприбутковою. Витрати на утримання Установи фінансуються за рахунком коштів місцевого бюджету та інших джерел, передбачених законодавством України.

6.4. Установа має право за згодою власника або уповноваженого ним органу у встановленому законодавством України порядку відчужувати закріплене за ним майно іншим підприємствам, установам і організаціям, здавати в оренду, передавати в тимчасове безоплатне користування приміщення, господарські споруди, обладнання, транспортні засоби, інвентар та інші матеріальні цінності, а також списувати їх з балансу у встановленому порядку.

VII. ОБЛІК, ЗВІТНІСТЬ, КОНТРОЛЬ

7.1. Перевірка окремих напрямків діяльності Установи здійснюється податковими та іншими уповноваженими державними органами відповідно до чинного законодавства України.

7.2. Ревізія та перевірка діяльності Установи в разі необхідності здійснюється власником або уповноваженим ним органом у порядку, визначеному законодавством України.

7.3. Установа підзвітна управлінню охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації та Головному управлінню охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

VIII. ПРИПИНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВИ

8.1. Припинення діяльності Установи здійснюється шляхом його реорганізації або ліквідації, за рішенням власника чи уповноважених ним органів, за рішенням суду або господарського суду у порядку, встановленому законодавством України.

8.2. У разі припинення діяльності Установи працівникам, що звільняються, гарантується додержання їх прав і інтересів відповідно до трудового законодавства України.

8.3. У випадку ліквідації Установи його активи мають бути передані за рішенням власника іншій неприбутковій організації відповідного виду або зараховані до доходу бюджету.

Заступник голови — керівник апарату

Б. Стичинський

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
21.06.2007 N 347
Міністр Ю.О. Гайдаєв

СТАТУТ
державного закладу
«Спеціалізований (спеціальний) Санаторій «Ірпінь»
Міністерства охорони здоров'я України

1. Загальні положення

1.1. Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний) Санаторій «Ірпінь» Міністерства охорони здоров'я України (далі — Санаторій) є державним спеціалізованим (спеціальним) санаторно-курортним закладом.

1.2. Санаторій є неприбутковою установою та працює цілорічно.

1.3. Санаторій підпорядковується Міністерству охорони здоров'я України, діє на підставі цього Статуту і у своїй діяльності керується Конституцією України(254к/96-ВР), Законами України, Указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України та іншими чинними нормативно-правовими актами. МОЗ України проводить чергові та позапланові перевірки діяльності Санаторію.

1.4. Санаторій є юридичною особою, має печатку, штампи із зазначенням своєї назви, бланки, знак(и) для товарів та послуг, рахунки в органах державного казначейства, а також інші атрибути юридичної особи відповідно до чинного законодавства України.

1.5. Санаторій — є закладом охорони здоров'я, що забезпечує надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів курортів, природних комплексів із сприятливими для лікування умовами тощо) та із застосуванням фізіотерапевтичних методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів санаторно-курортного лікування.

1.6. Відносини з фізичними та юридичними особами здійснюються на договірних засадах у відповідності до вимог чинного законодавства України.

1.7. Назва Санаторію українською та російською мовами:

1.7.1. Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний) Санаторій «Ірпінь» Міністерства охорони здоров'я України

1.7.2. Государственное учреждение «Специализированный (специальный) Санаторий «Ірпінь» Министерства здравоохранения Украины.

1.8. Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний) Санаторій «Ірпінь» Міністерства охорони здоров'я України є правонаступником Санаторію «Ірпінь» Міністерства охорони здоров'я України.

1.9. Місцезнаходження Санаторію: Україна, м. Ірпінь, Пушкінська, 31, індекс 08200.

1.10. Місцезнаходження Санаторію є його юридичною адресою.

2. Мета та напрямки діяльності

2.1. Метою створення та функціонування Санаторію є надання кваліфікованої лікувально-діагностичної допомоги з реабілітації хворих, відповідно до спеціалізації Санаторію.

Напрями спеціалізації Санаторію визначаються МОЗ з урахуванням лікувальних властивостей природних лікувальних ресурсів курортів.

2.2. Основними напрямками діяльності Санаторію є:

2.2.1. Здійснення медичної практики відповідно до спеціалізації та згідно з отриманою ліцензією;

2.2.2. Надання комплексного лікування з максимальним використанням кліматичних факторів та природних лікувальних ресурсів регіону, а також інших лікувальних та нетрадиційних методів

відповідного лікування з метою закріплення результатів, досягнутих на госпітальному етапі, ліквідації залишкових явищ оперативних втручань, скорочення періоду відновлення порушених функцій та запобігання переходу патологічного процесу у хронічний перебіг, тощо;

2.2.3. Розробка та впровадження нових ефективних методів діагностики, лікування та реабілітації, а також організації форм роботи передових санаторно-курортних установ;

2.2.4. Проведення аналізу ефективності лікування хворих на санаторному етапі;

2.2.5. Здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації медичного, педагогічного та обслуговуючого персоналу Санаторію;

2.2.6. Співпраця з профільними науково-дослідними інститутами і кафедрами медичних університетів, проведення науково-практичних робіт з питань розроблення, впровадження та використання нових методів лікування та реабілітації;

2.2.7. Участь в організації та проведенні семінарів, науково-практичних конференцій, експертних комісій, консиліумів, медичних рад тощо та контроль за якістю лікувально-діагностичного процесу;

2.2.8. Зміцнення матеріально-технічної бази Санаторію та організація її експлуатації;

2.2.9. Здійснення у межах своєї компетенції заходів щодо розвідки, обліку раціонального використання та охорони, лікувальних ресурсів на прилеглий території курорту відповідно до вимог законодавства;

2.2.10. Участь у виконанні заходів і робіт для визначення та узгодження меж округу і зон санітарної охорони родовищ природних лікувальних ресурсів у встановленому порядку;

2.2.11. Розробка заходів для поліпшення благоустрою Санаторію та санітарного стану курортів;

2.2.12. Додержання санітарно-епідеміологічного режиму;

2.2.13. Надання послуг населенню, в тому числі й платних у встановленому законодавством України порядку.

2.3. Інша діяльність, що не суперечить законодавству України та Статуту Санаторію.

3. Майно та фінансова діяльність

3.1. Майно Санаторію становлять основні фонди, обігові, оборотні і грошові засоби, а також інші матеріальні цінності, вартість яких відображається в самостійному балансі.

3.2. Приватизація або зміна форми власності будь якого-майна Санаторію, забороняється.

3.3. Майно та кошти Санаторію є державною власністю та належать йому на праві оперативного управління.

3.4. Джерелами формування майна Санаторію є:

3.4.1. Майно, передане йому Міністерством охорони здоров'я України;

3.4.2. Кошти Державного бюджету України;

3.4.3. Кошти, а також інше майно, набуте Санаторієм внаслідок своєї діяльності;

3.4.4. Благодійна допомога;

3.4.5. Власні надходження Санаторію, які надійшли як плата за послуги, що ним надаються в порядку, встановленому чинним законодавством України;

3.4.6. Плата за оренду майна Санаторію;

3.4.7. Надходження від реалізації майна Санаторію, в установленому порядку.

3.4.8. Інших джерел, що не заборонені чинним законодавством України.

3.5. Кошти та майно Санаторію використовуються згідно законодавства України та Статуту.

3.6. Передача майна Санаторієм в оренду, в тому числі приміщення лікувальних та спальних корпусів Санаторію, укладання інвестиційних договорів або будь-яких інших угод, що тягнуть відмову від майна або земельної ділянки (їх частини) здійснюється з письмового погодження МОЗ України, після висновків відповідних структурних підрозділів МОЗ України відповідно до законодавства України.

3.7. Перевірка наявності, порядку використання майна, фінансової діяльності Санаторію здійснюється відповідними державними органами України в установленому порядку та Міністерством охорони здоров'я.

3.8. Санаторій веде бухгалтерську, медичну та статистичну звітність згідно з законодавством України.

3.9. Відносини Санаторію з іншими підприємствами, організаціями і громадянами в усіх сферах виробничої діяльності здійснюються на основі договорів.

3.10. Земельна ділянка закріплена за Санаторієм у порядку визначеним законодавством України.

3.11. Санаторій забезпечує своєчасну сплату податків та інших відрахувань згідно з законодавством України.

3.12. Санаторій провадить зовнішньоекономічну діяльність у відповідності до законодавства України.

4. Управління та структура

4.1. Керівником Санаторію є головний лікар, який здійснює керівництво Санаторієм на засадах єдиноначальності.

4.2. У зв'язку з особливими умовами праці, завданнями, цілями та функціями Санаторію, призначення на посаду головного лікаря здійснюється на підставі наказу, який видається після укладання контракту між громадянином України та Міністерством охорони здоров'я України в особі Міністра. Звільнення з посади головного лікаря здійснюється Міністерством охорони здоров'я України на підставі наказу МОЗ України, виданого у відповідності до законодавства України.

4.3. Головний лікар вирішує самостійно всі питання, що пов'язані з діяльністю Санаторію, за винятком питань, які відносяться до компетенції Міністерства охорони здоров'я України та трудового колективу, а також звітує про це перед МОЗ України.

4.4. Головний лікар несе персональну відповідальність за фінансово-господарську та лікувальну діяльність Санаторію, порушення законодавства України, вчиненим особисто та/або працівниками Санаторію.

4.5. У межах своєї компетенції головний лікар видає накази, розпорядження, обов'язкові для виконання усіма працівниками Санаторію та здійснює контроль за їх виконанням.

4.6. Головний лікар діє від імені Санаторію, без доручення представляє його інтереси в усіх органах державної влади, місцевого самоврядування, судах, підприємствах, установах та організаціях.

4.7. При здійсненні діяльності Санаторію головний лікар забезпечує:

4.7.1. Дотримання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики.

4.7.2. Дотримання вимог Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (2801-12).

4.7.3. Організацію бухгалтерського обліку та контроль за фінансовою звітністю Санаторію.

4.7.4. Розробку структури та штатного розпису Санаторію та подає їх на затвердження до МОЗ України.

4.7.5. Належний рівень побутових умов для перебування хворих, лікування дорослих та дітей, які лікуються в Санаторії.

4.7.6. Організацію культурно-масових заходів для дітей, які перебувають у Санаторії.

4.8. Головний лікар:

4.8.1. Укладає договори та угоди, які пов'язані з діяльністю Санаторію.

4.8.2. Видає довіреності на представництво та захист інтересів в суді та інші довіреності, які необхідні для забезпечення діяльності Санаторію.

4.8.3. Відкриває в органах державного казначейства рахунки, які необхідні для забезпечення діяльності Санаторію.

4.8.4. Має право першого підпису на фінансових документах.

4.8.5. Розпоряджається коштами та майном Санаторію відповідно до чинного законодавства України та Статуту.

4.8.6. Приймає на роботу та звільняє з роботи працівників Санаторію згідно з чинним законодавством України.

4.8.7. Призначає: заступників головного лікаря та керівників підрозділів, розподіляє функції та повноваження між ними щодо управління роботою Санаторію.

4.8.8. Затверджує положення про структурні підрозділи Санаторію, посадові інструкції працівників та інші необхідні документи.

4.8.9. Веде переговори щодо укладення колективного договору, укладає колективний договір, звітує та несе відповідальність за його виконання.

- 4.8.10. Накладає дисциплінарні стягнення на працівників Санаторію.
- 4.8.11. Зобов'язаний організувати проведення попередніх та періодичних медичних оглядів працівників Санаторію згідно вимог Кодексу законів про працю України(322-08).
- 4.8.12. Створює належні умови працівникам для високопродуктивної праці, забезпечує додержання законодавства про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування.
- 4.8.13. Несе персональну відповідальність за збереження, відчуження, списання майна та втрати у будь-якій формі, майна Санаторію.
- 4.8.14. Несе персональну відповідальність за будь-які порушення вчинені при зміні балансової вартості майна Санаторію.
- 4.8.15. Забезпечує виконання норм та вимог щодо охорони навколишнього природного середовища, раціонального використання і відтворення природних ресурсів, а також забезпечення екологічної безпеки.
- 4.8.16. Вчиняє інші дії в порядку та межах встановлених законодавством України.
- 4.9. Профіль діяльності відділень Санаторію визначається головним лікарем за погодженням з МОЗ України.

5. Повноваження трудового колективу

- 5.1. Трудовий колектив Санаторію складають фізичні особи, які своєю працею приймають участь у його діяльності на підставі трудових договорів.
- 5.2. Основною формою здійснення повноважень трудового колективу є загальні збори, які відбуваються при необхідності, але не рідше ніж два рази на рік.
- 5.3. Загальні збори трудового колективу розглядають проект колективного договору та приймають рішення щодо схвалення або відхилення цього проекту.
- 5.4. Трудовий колектив за поданням власника або уповноваженого ним органу і профспілкового комітету на основі типових правил затверджує правила внутрішнього трудового розпорядку.
- 5.5. Сторони Колективного договору звітують на загальних зборах колективу, один перед одним, не менш ніж один раз на рік.
- 5.6. Посадові особи Санаторію провадять свою діяльність відповідно до Статуту, Колективного договору та посадових інструкцій згідно з чинним законодавством України

6. Реорганізація і ліквідація

- 6.1. Реорганізація (злиття, приєднання, поділ, виділення, перетворення) і ліквідація Санаторію здійснюються за рішенням Міністерства охорони здоров'я України або за рішенням суду, в установленому законодавством порядку.
- 6.2. У разі ліквідації Санаторію його активи повинні бути передані іншій неприбутковій організації відповідного виду або зараховані до доходу бюджету.
- 6.3. В період реорганізації та ліквідації закладу працівники Санаторію забезпечуються соціально-правовим захистом, передбаченим чинним законодавством України.
- 6.4. Витрати, пов'язані з припиненням діяльності Санаторію, покриваються за рахунок бюджетних асигнувань.
- 6.5. Припинення діяльності Санаторію здійснюється з моменту внесення запису до Єдиного державного реєстру щодо припинення діяльності юридичної особи.

7. Чинність Статуту та внесення змін до Статуту

- 7.1. Цей Статут набуває чинності після його реєстрації в порядку установленому законодавством України.
- 7.2. У випадках зміни чинного законодавства України відповідні статті Статуту Санаторію підлягають змінам.
- 7.3. Зміни та доповнення до цього Статуту затверджуються наказом Міністерства охорони здоров'я України.
- 7.4. Зміни та доповнення до Статуту вносяться в тому порядку, в якому приймався та затверджувався цей Статут.

ЗАРЕЄСТРОВАНО

ухвалою виконкому _____
(назва районної Ради)

Ради народних депутатів

_____ (області, міста)

Від «__» _____ р.

№ _____

Голова виконкому

(П. І. Б.)

ЗАТВЕРДЖЕНО

засновником (засновниками)

Директор _____
(назва підприємства,

організації-засновника)

СТАТУТ _____

(повна назва малого підприємства)

1. Загальні положення

1.1. Мале _____

(повна назва малого підприємства із зазначенням виду діяльності)

(надалі — «Підприємство»),

(скорочена назва)

створено за ухвалою _____

повна назва засновників юридичних осіб, громадян із зазначенням:

чи є це підприємство заново створеним або виділеним зі складу діючого далі — «Засновни-
ки» або «Засновник», зареєстроване ухвалою виконкому _____
(назва Ради)районної Ради народних депутатів від «__» _____ р. № _____ і здійснює
свою діяльність згідно з Конституцією, Господарчим Кодексом України і законами України
«Про власність», «Про систему оподаткування», постановою Ради Міністрів України від 22
вересня 1990 р. N 278 «Про заходи щодо створення і розвитку малих підприємств», діючих
нормативних актів і цього Статуту.1.2. Підприємство є юридичною особою, має самостійний баланс, розрахунковий і інші
рахунки в установі банків, печатку зі своєю назвою, кутовий штамп, бланки, товарний знак і
інші реквізити.1.3. Підприємство працює на принципах повного господарського розрахунку, самофіна-
нсування і самоврядування.1.4. Держава, її органи, засновники (засновник) не несуть відповідальності за зо-
бов'язаннями підприємства. Підприємство не відповідає за зобов'язаннями держави, її ор-
ганів, засновників (засновника), а також інших підприємств, організацій, установ.

1.5. Юридична адреса підприємства: _____

(поштовий індекс, область, місто, вулиця, будинок)

2. Завдання і функції підприємства2.1. Головним завданням підприємства є (одним реченням викласти ГОЛОВНЕ завдання
підприємства, яке визначається при створенні підприємства)

2.2. Для виконання свого головного завдання підприємство забезпечує: _____

(у цьому пункті необхідно викласти основні функції підприємства, якими воно забезпечує виконання головного завдання)

2.3. Підприємство має право створювати (засновувати) у своєму складі філії, цехи, майстерні і інші структурні одиниці і підрозділи, у тому числі ті, що мають статус юридичної особи.

2.4. Підприємство має право здійснювати зовнішньоекономічну діяльність згідно з діючим законодавством у обсязі своїх завдань і функцій, за винятком деяких видів, перелік яких визначений Кабінетом Міністрів України, брати участь у створенні спільних підприємств і об'єднань із закордонними організаціями і фірмами.

3. Майно підприємства

3.1. Майно підприємства складають його основні фонди і обігові кошти, а також інші матеріальні цінності, вартість яких відображається у його незалежному балансі і належить йому за правом власності або повного господарського володіння, користування і розпорядження.

3.2. Джерелами формування майна підприємства є:

— статутний фонд, що його передають підприємству засновники (засновник), у порядку і обсязі, визначених установчим договором;

— доходи, отримані підприємством від господарської діяльності;

— кредити банків і інших кредиторів;

— пайові внески і вклади;

— доходи від реалізації акцій і інших цінних паперів;

— безвідплатні внески і пожертви організацій, установ, закордонних фірм, громадян;

— інші джерела, не заборонені діючим законодавством.

Підприємство може повністю або частково викупити орендоване майно. Умови, порядок і термін викупу визначаються відповідним договором. Викуп орендованого майна може бути здійснено або у формі одноразової сплати, або у формі кількох внесків.

3.3. Кошти підприємства використовуються для:

- організації, розвитку і розширення виробничої діяльності;

- оплати труда працівників підприємства;

- передання постійним членам трудового колективу частини чистого прибутку підприємства для створення їх особистих вкладів;

- участі у роботі сумісних підприємств;

- придбання акцій і інших цінних паперів;

- розв'язання питань соціального розвитку, а також поліпшення умов праці, життя і здоров'я працівників.

3.4. Підприємство має право на забезпечення матеріально-технічними ресурсами, у тому числі за рахунок частини лімітів на матеріально-технічні ресурси, що розподіляються централізовано, порядком, визначеним установчим договором.

3.5. Підприємство як самостійний товаровиробник може виступати на ринку цінних паперів і випускати для мобілізації додаткових фінансових ресурсів акції, здійснювати цільові позики.

3.6. Норматив відрахувань підприємства до місцевого бюджету встановлюється у відповідності до діючого законодавства виконкомом районної Ради народних депутатів, яка зареєструвала підприємство.

3.7. Фонди підприємства створюються згідно з діючим законодавством і використовуються ним незалежно. Кошти, не використані цього року, переносяться на наступний рік і вилученню не підлягають.

За необхідності підприємство самостійно утворює свій резервний фонд за рахунок господарського прибутку.

3.8. Порядок оподаткування підприємства визначено Законом України «Про систему оподаткування».

4. Управління підприємством

4.1. Управління підприємством здійснюється на принципах широкої демократії і активної участі його працівників у розв'язанні питань діяльності підприємства, а також поєднан-

ням прав трудового колективу і власника майна підприємства для господарського використання.

4.2. Основною формою здійснення повноважень трудового колективу підприємства є його загальні збори, які скликаються за необхідністю, але не рідше одного разу на рік.

4.3. Загальні збори трудового колективу:

- розв'язують питання відносно викупу майна;
- розв'язують за необхідністю питання, пов'язані з укладанням колективного договору з адміністрацією підприємства;
- обирають (відкликають) своїх представників до ради (правління) підприємства, заслуховують звіти з їх діяльності.

4.4. Права з розв'язання завдань управління підприємством засновниками делегуються раді (правлінню) підприємства, яка складається з однакового числа представників власників майна — засновників підприємства, що ними призначаються, і тих, що їх обирає його трудовий колектив. Термін повноважень ради (правління) підприємства — п'ять років.

Рада (правління) підприємства розв'язує віднесені до її компетенції питання на своїх засіданнях. Втручання ради (правління) до оперативно-розпорядчої діяльності адміністрації не допускається.

Засідання ради (правління) підприємства скликається за необхідністю, але не рідше, ніж двічі на рік.

4.5. Рада (правління) підприємства вважається правомочною для розгляду винесених на її засідання питань, якщо в засіданні беруть участь не менше двох третин її складу, а ухвали з розглянутих питань вважаються прийнятими, якщо за них проголосувало не менше двох третин членів ради (правління), що присутні на засіданні.

4.6. Рада (правління) підприємства:

- визначає загальні напрями економічного і соціального розвитку підприємства;
- визначає порядок розподілу прибутку, обсяги відрахувань до фондів підприємства і засновникам;
- розв'язує питання про зміни порядку внесення і обсягів статутного фонду;
- приймає ухвали про випуск або придбання цінних паперів;
- розв'язує питання про створення або припинення діяльності філій і інших відокремлених підрозділів підприємства;
- розглядає конфліктні ситуації, що виникають між адміністрацією підприємства і його трудовим колективом, вживає заходів до їх розв'язання;
- призначає директора підприємства;
- розв'язує питання про нових засновників підприємства;
- обирає голову ради (правління) і затверджує ревізійну комісію.

4.7. Директор підприємства призначається радою (правлінням) підприємства на термін своїх повноважень і затверджується засновниками (засновником).

4.8. Директор підприємства:

- самостійно розв'язує усі питання діяльності підприємства, за винятком тих, що віднесені цим Статутом до компетенції загальних зборів і ради (правління) підприємства;
- без доручення діє від імені підприємства, є представником його інтересів в усіх підприємствах, організаціях і органах;
- розпоряджається майном підприємства, укладає договори, видає доручення;
- відкриває в установах банків розрахунковий і інші рахунки підприємства;
- затверджує штат підприємства, видає накази, у тому числі про прийняття на роботу і звільнення з роботи, дає вказівки, що є обов'язковими для всіх працівників підприємства.

4.9. Ревізійна комісія є підзвітною раді (правлінню) підприємства і контролює дотримання Статуту підприємства, відповідність його діяльності законодавству. Ревізійна комісія виконує ревізії фінансово-господарської діяльності підприємства.

Результати ревізій підлягають поданню засновникові у вигляді копій.

4.10. Підрозділи підприємства очолюються їх керівниками, призначеними директором підприємства. Головний бухгалтер підприємства призначається на посаду і звільняється від неї відповідно до встановленого порядку.

4.11. Функціональні обов'язки і компетенції заступників директора, керівників служб визначаються відповідними положеннями, а також службовими інструкціями, затвердженими директором підприємства.

5. Організація і оплата праці

5.1. Підприємство здійснює організацію праці, заходи із забезпечення трудової і виробничої дисципліни, охорони праці, дотримання правил санітарії і техніки безпеки згідно з діючим законодавством.

5.2. Підприємство самостійно визначає загальну кількість працівників, їх професійний і кваліфікаційний склад, необхідність залучення тимчасових працівників і сумісників.

5.3. Трудові доходи працівників підприємства визначаються відповідно до особистого трудового внеску кожного до кінцевого результату роботи підприємства, визначеними їм на підставі діючого законодавства формами оплати праці, регулюються податками і не обмежуються максимальними обсягами.

5.4. Частина чистого прибутку підприємства у розмірах і порядку, визначених його радою (правлінням), передається у власність членів трудового колективу, яка створює його внесок. На суму внеску членові трудового колективу можуть бути видані акції і інші цінні папери. Частина внеску (вартість акції), а також проценти (дивіденди) за акціями, облігаціями і іншими цінними паперами може виплачуватися членові трудового колективу щорічно після підведення підсумків фінансового року в обсязі, визначеному радою (правлінням) підприємства.

5.5. Підприємство гарантує своїм працівникам проведення заходів із соціального забезпечення відповідно до закону, створення сприятливих умов праці; прискорення розвитку матеріальної бази соціальної сфери (в тому числі житлового будівництва), створення умов для здорового побуту, відпочинку працівників і їх сімей, надання своїм працівникам додаткових соціальних пільг у межах зароблених коштів.

6. Звіт, звітність і контроль

6.1. Підприємство виконує оперативний і бухгалтерський облік результатів своєї роботи, веде усталену статистичну звітність.

6.2. Комплексна ревізія фінансово-господарської діяльності підприємства може відбуватися з ініціативи засновників (засновника) і не частіше одного разу на рік.

6.3. Фінансовий рік підприємства встановлюється з 1 січня до 31 грудня календарного року. Перший фінансовий рік закінчується 31 грудня року початку діяльності підприємства.

7. Зовнішньоекономічна діяльність малого підприємства

7.1. З метою забезпечення виконання статутних завдань мале підприємство здійснює на основі валютної самооплатності експортно-імпортні операції безпосередньо або на договірній основі через посередництво інших зовнішньоекономічних організацій.

7.2. Мале підприємство може імпортувати за рахунок власних або займаних коштів сировину, матеріали, комплектуючі вироби, машини та устаткування, запасні частини, інші товари і послуги, необхідні для технічного переозброєння, розширення або реконструкції виробництва, охорони навколишнього середовища, виконання науково-дослідних робіт або для інших цілей, передбачених діючим законодавством.

7.3. Мале підприємство набуває права учасників зовнішньоекономічної діяльності і може здійснювати цю діяльність після реєстрації у Міністерстві зовнішньоекономічних зв'язків або через його уповноважених на місцях.

7.4. Мале підприємство за рахунок власних валютних коштів може відряджати спеціалістів і інших працівників для участі в переговорах з науково-технічних, виробничих, комерційних питань на міжнародних виставках, ярмарках, для обміну досвідом і здійснювати іншу діяльність згідно з законодавчими актами і цим Статутом.

7.5. Мале підприємство може виступати як учасник спільного підприємства при дотриманні вимог про порядок створення і діяльності цих підприємств на території країни.

7.6. Для розв'язання питань розвитку виробництва товарів народного споживання і інших завдань з дозволу Кабінету Міністрів України або у порядку, що ним визначений, мале

підприємство може здійснювати безвалютні товарообмінні угоди, оформлені єдиним договором (бартерні угоди).

7.7. Мале підприємство може налагоджувати безпосередні виробничі і науково-технічні зв'язки з підприємствами і організаціями зарубіжних країн, а також здійснювати узбережну і прикордонну торгівлю згідно з правилами, установленими для таких видів діяльності.

8. Реорганізація і припинення діяльності підприємства

8.1. Реорганізація або припинення діяльності підприємства виконується з ухвали засновників, які відповідно до діючого законодавства затверджують Статут малого підприємства, вносять до нього зміни і доповнення виконкому районної Ради народних депутатів, що зареєструвала підприємство, або за постановою суду або арбітражу.

8.2. Підприємство ліквідується у випадках:

- визнання його банкрутом;
- невиконання умов, передбачених законодавством і його Статутом;
- з інших підстав, що передбачаються законодавчими актами.

8.3. У випадку ліквідації Підприємства його майно і фінансові кошти після розрахунків з бюджетом і іншими кредиторами, виплати вартості вкладів працівникам підприємства (їх спадкоємцям) розподіляються поміж засновників і акціонерів пропорційно до їх паю у майні підприємства.

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказом ДПА України «Про затвердження Інструкції
про порядок обліку платників податків» від 19.02.98 № 80

Форма N 1-ОПП

ЗАЯВА
(для юридичних осіб (філій))

Номер реєстрації
в ДПА

Дата взяття на / /
облік в ДПА

(ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)

ОБЛІК

ЗМІНИ

ПЕРЕРЕЄСТРАЦІЯ

1	Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ або реєстраційний (обліковий) номер платника податків	1a	Ідентифікаційний код головного підприємства за ЄДРПОУ (для філії)
2	Повне найменування українською мовою (не більше ніж 150 літер)		
3	Скорочене найменування українською мовою (не більше ніж 50 літер)		
4	Назва ДПІ, в яку подається заява		
	Назва ДПІ, з якої вибув платник		

ДАНІ ПРО РЕЄСТРАЦІЮ

4А	Назва органу державної реєстрації	

Дата реєстрації / /

Номер рішення
про реєстрацію

Код та назва
форми власності

Код та назва
організаційно-
правової форми

5 ОСНОВНИЙ ВИД ДІЯЛЬНОСТІ
Ознака ЗЕД *

Назва виду діяльності

Код

5а НЕОСНОВНІ ВИДИ ДІЯЛЬНОСТІ

Код

Код

Код

Код

Код

6	Код форми фінансування (бюджет - 1, госпрозрахунок - 2, за рахунок чл. внесків - 3, змішана - 4)

Код і назва органу управління

7	Розмір статутного фонду в національній валюті (грн.)	

* ЗЕД — зовнішньо-економічна діяльність.

АДРЕСНІ ДАНІ ПЛАТНИКА ПОДАТКІВ

8	Місцезнаходження		
	Область	Поштовий індекс	Країна
	Район		
	Місто		
	Вулиця		
	Будинок	/	Корпус
			Офіс/Квартира

КЕРІВНИК: прізвище, ім'я, по батькові та ідентифікаційний номер

Паспорт: серія _____ номер _____ ким виданий _____
дата видачі _____

Телефон: службовий _____ домашній _____

Додаткові телефони _____ факс _____ факс _____

ГОЛОВНИЙ БУХГАЛТЕР (бухгалтер чи інша особа, на яку покладено обов'язки з ведення бухгалтерського обліку платника податків): прізвище, ім'я, по батькові та ідентифікаційний номер

Паспорт : серія _____ номер _____ ким виданий _____
дата видачі _____

Телефон: службовий _____ домашній _____

Додаткові телефони _____ факс _____ факс _____

10	Кількість працюючих згідно зі штатним розкладом на момент взяття на облік	

(П. І. Б. керівника)

(підпис)

(дата)

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ або реєстраційний (обліковий) номер

Продовження Додатка 7
до Інструкції про порядок обліку
платників податків

Форма N 1-ОПП

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАСНОВНИКІВ
(для юридичних осіб)

Ідентифікаційний код засновника —
ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ за ЄДРПОУ

НАЗВА	

Місцезнаходження	Поштовий індекс							Країна	
Область									
Район									
Місто									
Район міста									
Будинок		/		Корпус		Офіс/квартира			
Телефон службовий							Факс		
Назва ДПІ									
Назва органу державної реєстрації									
Датареєстрації		/		/		Номер рішення про реєстрацію			
Внесок у статутний фонд (сума)					Назва валюти				
Ідентифікаційний код засновника — ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ за ЄДРПОУ									

НАЗВА

Місцезнаходження	Поштовий індекс							Країна	
Область									
Район									
Місто									
Район міста									
Вулиця									
Будинок		/		Корпус		Офіс/квартира			
Телефон службовий							Факс		
Назва ДПІ									
Назва органу державної реєстрації									
Дата реєстрації		/		/		Номер рішення про реєстрацію			
Внесок у статутний фонд (сума)					Назва валюти				

філії надають інформацію тільки щодо платників податків, відокремленим підрозділом яких вони є; щодо платників податків, які перебувають у державній або комунальній власності, зазначається орган державної влади, об'єднання, установа, заклад, якому такий платник податків безпосередньо підпорядкований, підзвітний та/або який здійснює управління таким платником податків.

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ або реєстраційний (обліковий) номер

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАСНОВНИКІВ*
(для фізичних осіб)

Ідентифікаційний номер засновника –																			
ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ за ДРФО																			
ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ																			
Місце проживання																			
Поштовий індекс										Країна									
Область																			
Район																			
Місто																			
Район міста																			
Вулиця																			
Будинок										Корпус									
										Офіс/квартира									
Телефон										Факс									
службовий										Домашній									
Паспортні дані										Факс									
Серія										Номер									
Ким виданий										Коли виданий									
Внесок у статутний фонд (сума)										Назва валюти									
Ідентифікаційний номер засновника –																			
ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ за ДРФО																			
ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ																			
Місце проживання																			
Поштовий індекс										Країна									
Область																			
Район																			
Місто																			
Район міста																			
Вулиця																			
Будинок										Корпус									
										Офіс/квартира									
Телефон										Факс									
службовий										Домашній									
Паспортні дані										Факс									
Серія										Номер									
Ким виданий										Коли виданий									
Внесок у статутний фонд (сума)										Назва валюти									

* Інформація про засновників (фізичних осіб) не подається, якщо вони є членами трудового колективу.
Інформація про засновників може продовжуватись на наступних аркушах.
Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ або реєстраційний (обліковий) номер

Форма N 4-ОПП

(у редакції наказу ДПА України від 3 квітня 2002 р. N 149)

від «__» _____ 20__ р. N __

ДОВІДКА* про взяття на облік платника податків

Повідомляємо, що _____ платник податків _____ код за ЄДР-
ПОУ/реєстраційний (обліковий) номер із ТРДПАУ/номер ДРФО (потрібне підкреслити)

(повна найменування або прізвище, ім'я, по батькові для фізичної особи)

(місцезнаходження (місце проживання))

Керівник _____

(прізвище, ім'я, по батькові та ідентифікаційний номер)

узятий на облік від «__» _____ р. № __ у _____

(назва ДПІ) _____

Керівник органу державної податкової служби _____

(підпис) (П.І.Б.)

Посадова особа, яка видає довідку _____

(підпис) (П.І.Б.)

М.П.

* Якщо платник податків є неприбутковою організацією, то дозволяється вказувати про це текстом «і є неприбутковою організацією» після назви ДПІ.

ЗАЯВА

для фізичних осіб (суб'єктів підприємницької чи приватної діяльності)

Номер реєстрації у ДПІ _____ Реєстрація _____

Дата взяття на облік _____

Перереєстрація у ДПІ _____

Зміни _____

1. Ідентифікаційний номер ДРФО _____

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

2. Назва ДПІ, в яку подається заява _____

Назва ДПІ, з якої вибув платник _____

3. Назва органу державної реєстрації _____

Дата реєстрації _____

Номер свідоцтва про реєстрацію _____

4. Основний вид діяльності

Ознака ЗЕД

Назва виду діяльності за КВЕД _____

Код _____

4а. Неосновні види діяльності за КВЕД _____

Код _____

Код _____

Код _____

Код _____

Код _____

5. Місце проживання _____

Поштовий індекс _____ Країна _____

Область _____

Район _____

Місто _____

Район міста _____

Вулиця _____ Будинок _____ Корпус _____ Офіс/квартира _____

Контактні телефони _____ Факс _____

6. Місце роботи (якщо робота — за наймом) _____

7. Паспортні дані

Серія _____ Номер _____

Ким виданий _____ Коли виданий _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

(дата)

Назва банку _____

Назва клієнта банку,
що відкриває рахунок, _____
(повна і точна назва _____)

Ідентифікаційний код
за ЄДРПОУ або
реєстраційний
(обліковий) номер за
ТРДПАУ _____

юридичної особи / відокремленого підрозділу) _____

Просимо відкрити _____ рахунок у _____
(вид поточного рахунку) (вид валюти)

Із змістом Інструкції про порядок відкриття, використання і
закриття рахунків у національній та іноземних валютах ознайомлені.
Вимоги цієї Інструкції для нас обов'язкові.

Додаткова інформація (1) _____.

Керівник _____
(посада) _____ (підпис, прізвище, ініціали)

" ____ " _____ 200 р.

М.П.

Відмітки банку

Відкрити _____ рахунок
(вид поточного рахунку)

дозволяю

Документи на оформлення
відкриття рахунку перевірів
посада і підпис
уповноваженої особи, на яку
покладено обов'язок
відкривати рахунки клієнтів)

Керівник
(уповноважена
керівником особа) _____
(підпис)

Дата відкриття рахунку
" ____ " _____ 200 р.

N балансового рахунку	N особового рахунку	Головний бухгалтер (інша відповідальна особа, яка контролює правильність присвоєння номера рахунку)
_____	_____	_____
_____	_____	(підпис)

(1) Підлягає обов'язковому заповненню, якщо клієнт банку
(юридична особа або її відокремлений підрозділ) не використовує
найману працю і не є платником страхових внесків.

(Додаток 10.1 із змінами, внесеними згідно з Постановою Нацбан-
ку
N 110 від 04.04.2005)

КАРТКА
із зразками підписів і відбитка печатки

Власник рахунку _____ Повна назва _____ Скорочена назва _____ Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ _____ ----- Місцезнаходження _____ Тел. N _____ Назва організації, якій клієнт адміністративно підпорядкований _____ (міністерство, центральна кооперативна або громадська організація)	Відмітка банку Дозвіл на прийняття зразків підписів Головний бухгалтер (або інша уповноважена на це особа банку) _____ (підпис) " ____ " _____ 200 р. Інші відмітки _____ _____ _____ Назва банку _____ Місцезнаходження банку _____

Наводимо зразки підписів і відбитка печатки, які просимо вважати обов'язковими під час здійснення операцій за поточним рахунком N _____.

Чеки та інші розпорядження за рахунком просимо вважати дійсними в разі наявності на них одного першого і одного другого підписів.

Посада	Прізвище, ім'я та по батькові	Зразок підпису	Зразок відбитка печатки
Перший підпис	-----	-----	
Другий підпис	-----	-----	

Місце для відбитка печатки організації, що засвідчила повноваження та підписи клієнта	Повноваження та підписи керівника і головного бухгалтера, які діють відповідно до статуту (положення), засвідчую: _____ (посада і підпис керівника чи заступника керівника організації, якій клієнт адміністративно підпорядкований)	Строк повноважень і підписи службових осіб, які тимчасово користуються правом першого або другого підпису, засвідчуємо:	Керівник Головний бухгалтер (1) _____

Посвідчувальний напис
нотаріуса (2)
(форма N 58)
"_____" р. я,
_____, нотаріус
(прізвище та ініціали)

(найменування нотаріальної
контори, нотаріального
округу)
Засвідчую справжність
підпису _____
(посада, найменування
юридичної особи, прізвище,
ім'я та по батькові
представника)
який зроблено у моїй
присутності.
Особу представника
встановлено, повноваження
його перевірено.
Зареєстровано в реєстрі за
N _____
Стягнуто _____
(державного мита, плати)

Нотаріус
печатка Підпис

Видані грошові чеки					
дата	з N	до N	Дата	з N	до N

(1) Підписи керівника і головного бухгалтера вимагаються у випадку, передбаченому пунктом 18.16 Інструкції про порядок відкриття, використання і закриття рахунків у національній та іноземних валютах.
(2) Вимагається за рахунками юридичних осіб і відокремлених підрозділів, якщо повноваження і підписи не засвідчені організацією, якій клієнт адміністративно підпорядкований.
(Додаток 10.2 в редакції Постанови Нацбанку N 110 від 04.04.2005)

ЗАЯВА
про відкриття поточного рахунку

Назва банку _____

Особа-підприємець,
яка відкриває рахунок, _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

Ідентифікаційний номер за ДРФО _____
Код економічної діяльності (1) _____
Назва виду економічної діяльності (1) _____

Прошу відкрити поточний рахунок у _____
(вид валюти)

для здійснення підприємницької діяльності.

Із змістом Інструкції про порядок відкриття, використання і закриття рахунків у національній та іноземних валютах ознайомлений. Вимоги цієї Інструкції для мене обов'язкові.

Додаткова інформація (2) _____.

"__" _____ 200_ р. _____
(підпис власника рахунку)

Відкрити _____ рахунок _____
(вид поточного рахунку) _____
дозволяю _____
Керівник _____
(уповноважена керівником особа) _____
(підпис) _____

Дата відкриття рахунку
"__" _____ 200_ р. _____

N балансового рахунку	N особового рахунку	Головний бухгалтер
		(інша відповідальна особа,
		яка контролює правильність
		присвоєння номера рахунку)

		(підпис)

(1) Заповнюється клієнтом відповідно до наказу Державного комітету статистики України та Державної податкової адміністрації України від 15.02.2001 N 95/56.

(2) Підлягає обов'язковому заповненню, якщо клієнт банку фізична особа-підприємець не використовує працю найманих працівників.

НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ «УМОВИ ОПЛАТИ ПРАЦІ ПРАЦІВНИКІВ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА УСТАНОВ
СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ» 05.10.2005 № 308/519

ПОКАЗНИКИ

віднесення закладів охорони здоров'я і установ
соціального захисту населення до груп з оплатою праці керівних працівників

Таблиця 1

Найменування закладів	Показники	Групи з оплати праці				
		I	II	III	IV	V
1. Обласні лікарні, міські лікарні м. Києва і м. Севастополя, республіканська (Автономна Республіка Крим)	Обласні, міські та республіканська	Понад 1000	701—1000	401—700	251—400	до 250
2. Психіатричні, психоневрологічні, наркологічні лікарні, диспансери	Кількість ліжок (од.)	—	Понад 700	400—700	Менше 400	—
3. Госпіталі для інвалідів війни, воєнів-інтернаціоналістів, інші спеціалізовані лікарні і диспансери, центри	Кількість ліжок (од.)	Понад 100	50—100	30—50	До 30	—
4. Центральні районні, центральні міські лікарні, номерні районні лікарні, міські лікарні, районні лікарні, медико-санітарні частини, які мають амбулаторно-поліклінічні підрозділи, лікарні швидкої допомоги, міські багатопрофільні лікарні, які не мають амбулаторно-поліклінічних підрозділів	Чисельність прикріпленого населення (тис. чол.)	Понад 600	451—600	201—450	До 200	—
5. Пологові будинки, перинатальні центри	Кількість ліжок (од.)	—	Понад 300	200—300	До 200	—
6. Самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади, за якими закріплена територія з обслуговування населення	Чисельність прикріпленого населення (тис. чол.)	—	Понад 100	75—100	50—75	До 50

Найменування закладів	Показники	Групи з оплати праці				
		I	II	III	IV	V
7. Дистансери без ліжок, реабілітаційні та спеціалізовані центри, центри профілактики та боротьби зі СНІДом	Кількість лікарських посад (од.)	Понад 250	151—250	61—150	21—60	До 20
8. Станції швидкої медичної допомоги, Українська станція та обласні центри екстреної медичної консультаційної допомоги, територіальні центри медицини катастроф	Чисельність прикритого населення (тис. чол.)	Понад 1000	501—1000	201—500	51—200	До 50
9. Клініки при НДІ та вищих навчальних закладах III—IV рівнів акредитації	Кількість ліжок (од.)	Понад 500	250—500	до 250	—	—
10. Санаторно-курортні заклади	Кількість ліжок (од.)	—	Понад 600	401—600	201—400	До 200
11. Санітарно-епідеміологічні станції	Чисельність прикритого населення (тис. чол.)	Український центр державного санепідагляду, республіканська (Автономна Республіка Крим), обласні, Київська і Севастопольська міські, Центральна на залізничному транспорті, міські з населенням більше 500 тис. чоловік	—	—	—	—
— міські, районні в містах, залізниць	--/--	—	251—500	101—250	до 100	—
— районні сільські, лінійні та СЕС, що входять до складу медико-санітарних частин	--/--	—	Понад 100	51—100	31—50	До 30
12. Дезінфекційні станції	Чисельність прикритого населення (тис. чол.)	—	Понад 1000	501—1000	301—500	До 300

Найменування закладів	Показники	Групи з оплати праці				
		I	II	III	IV	V
13. Діагностичні центри	Чисельність прикріпленого населення (млн чол.)	—	Понад 1,0 та обласні	менше 1,0	—	—
14. Дільничні лікарні	Кількість ліжок (од.)	—	—	—	Понад 50	До 50
15. Басейнові лікарні	Кількість ліжок (од.)	—	—	Понад 500	301—500	До 300
16. Бюро (центри) судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, патологоанатомічні бюро (центри)	—	—	Головне	Обласні, міські з населенням понад 1,5 млн.	Інші	—
17. Центри здоров'я	—	—	—	Український	Інші	—
18. Будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів, будинки «Милосердя», будинки ветеранів, дитячі будинки-інтернати, психоневрологічні інтернати, гериатричні будинки-інтернати, пансіонати для ветеранів війни та праці, територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян, самотніні відділення соціальної допомоги вдома, реабілітаційні центри (комплекси) усіх найменувань, центри соціальної адаптації для осіб без постійного місця проживання, нічліжні будинки, місця для осіб, які не мають житла	Кількість ліжок (од.), осіб, що обслуговуються (чол.)	більше 1000	501—1000 Державний комплекс ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів	301—500 Міжрегіональні та обласні центри реабілітації для інвалідів та дітей-інвалідів	151—300	До 150
19. Інші заклади охорони здоров'я та установи соціального захисту населення, які не вказані в пунктах 1—18	—	—	—	—	—	Незалежно від розміру казначейств

Таблиця 2

**ПОКАЗНИКИ ЗАРАХУВАННЯ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ
ДО ГРУП З ОПЛАТИ ПРАЦІ КЕРІВНИКІВ**

Найменування закладів	Групи з оплати праці	Товарообіг на рік у роздрібних цінах на 01.09.2005 (тис. грн)
1. Аптечні склади і бази	I II III IV V	Від 20 000 до 15 000, від 15 000 до 20 000, від 10 000 до 15 000, від 5000 до 10 000 до 5000
2. Інші аптечні заклади	I II III IV V	Понад 2000, від 1500 до 2000, від 800 до 1500, від 100 до 800, до 100
		Кількість аналізів (тис. на рік)
3. Контрольно-аналітичні лабораторії	I II III IV V	Понад 15, від 10 до 15, від 5 до 10, від 3 до 5 до 3

Примітка. Обсяги показників для віднесення аптечних закладів до відповідних груп з оплати праці розраховуються на підставі довідок регіональних органів статистики.

Таблиця 3

СТАНЦІЇ ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ

Групи з оплати праці	Кількість заготовленої плазми (тис. л на рік)	Кількість переробленої плазми (тис. л на рік)
I	Більше 10	Більше 8
II	Від 8 до 10	Від 6 до 8
III	Від 6 до 8	Від 4 до 6
IV	Від 0,5 до 6	Від 0,2 до 4

1. При встановленні групи з оплати праці керівних працівників ураховуються показники із заготівлі та переробки плазми.

2. Для станцій переливання крові, які мають показники із заготівлі й переробки плазми та віднесені до різних груп, встановлюється група з оплати праці за показником заготівлі плазми.

3. Станції переливання крові, які лише заготовляють плазму, відносяться до групи на один порядок нижче, ніж це передбачено показниками із заготівлі плазми.

4. Станціям переливання крові, які лише перероблюють плазму, група встановлюється за показником кількості переробленої плазми.

Таблиця 4

МОЛОЧНІ КУХНІ

Групи з оплати праці	Кількість фактично виготовлених порцій (тис. за день)
I II III IV V	більше 12 7,5—12 3—7,5 0,5—3 менше 0,5

Примітка. Посадовий оклад керівника (завідувача) молочної кухні (фабрики) при перевищенні вдвічі показників діяльності, що відповідають I групі з оплати праці, підвищується на 10 відсотків

БАЗИ ТА СКЛАДИ СПЕЦМЕДПОСТАЧАННЯ

	Обласні бази за групами з оплати праці				
	I	II	III	IV	V
Млн грн	Понад 6	4—6	3—4	2—3	До 2
	Склади спецмедпостачання				
	I	II	III	IV	V
Млн грн	Понад 1,5	1,0—1,5	0,5—1,0	До 0,5	

Таблиця 6

**ЦЕНТРИ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ, ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНІ ЦЕНТРИ
ТА АВТОМАТИЗОВАНИХ СИСТЕМ УПРАВЛІННЯ**

	Групи з оплати праці			
	I	II	III	IV
Чисельність населення, що обслуговується лікувально-профілактичними закладами, які закріплені за центрами медичної статистики, інформаційно-аналітичними центрами та автоматизованих систем управління (тис. чол.)	понад 2500	від 1500 до 2500	від 500 до 1500	до 500

ПОРЯДОК**установлення груп з оплати праці керівних працівників
закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення**

1. За показниками, які встановлені п.1 табл. 1, відноситься одна лікарня для дорослих та одна для дітей.

2. Дитячі санаторно-курортні заклади відносяться до групи на один порядок вище, ніж передбачено показниками пункту 10 табл. 1 Додатка 2.

3. Заклади санітарно-епідеміологічної служби відносяться:

— Центральна санітарно-епідеміологічна станція водного транспорту — до I групи з оплати праці;

— Азовська басейнова СЕС, Кримська протичумна станція, Центральна СЕС цивільної авіації МОЗ України — до II групи з оплати праці;

— Дніпровська басейнова СЕС — до III групи з оплати праці;

— портові санітарно-епідеміологічні станції, санітарно-епідеміологічні станції цивільної авіації — до IV групи з оплати праці.

Лікувальні заклади відносяться:

• Державний заклад «Київська центральна басейнова клінічна лікарня» — до III групи з оплати праці;

• Іллічівська басейнова лікарня на водному транспорті — до II групи з оплати праці, Іллічівська стоматологічна поліклініка Іллічівської басейнової лікарні на водному транспорті — до IV групи з оплати праці;

• лікарня для вчених Національної академії наук України — до II групи з оплати праці;

• Київський центр трансплантації кісткового мозку — до III групи з оплати праці.

4. У закладах охорони здоров'я, де показники щодо віднесення закладів до груп з оплати праці керівників установлені в залежності від кількості ліжок (одиниць), ураховуються ліжка стаціонарів денного перебування.

При визначенні показника «кількість ліжок» ураховуються також ліжка для новонароджених дітей.

При визначенні групи з оплати праці керівників дитячих лікувально-профілактичних закладів у залежності від прикріпленого населення враховується прикріплене дитяче населення.

5. Для установ (наведені в пункті 18 табл. 1), які передбачені для постійного або тимчасового проживання громадян похилого віку та інвалідів, при визначенні показника «кількість ліжок» враховується кількість фактично розгорнутих ліжок.

Для інших установ, які наведені в пункті 18 табл. 1 цього Додатка, при визначенні показника групи з оплати праці враховується кількість непрацездатних громадян похилого віку та інвалідів, зарахованих установами соціального захисту населення для надання різних видів послуг.

При визначенні кількості осіб, що обслуговуються відділеннями грошової та натуральної допомоги, враховується середньомісячна чисельність отримувачів допомоги (ця норма враховується і при визначенні тарифного розряду завідувачів відділень грошової та натуральної допомоги).

6. Керівникам будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів, психоневрологічних інтернатів, геріатричних будинків-інтернатів та пансіонатів для ветеранів війни і праці, дитячих будинків-інтернатів, територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та самотніх непрацездатних громадян, реабілітаційних центрів з обслуговування інвалідів та для інших установ соціального захисту населення група з оплати праці підвищується:

а) на один порядок:

- за наявності в установі лікувально-виробничих майстерень або підсобного сільського господарства та інших виробничих підрозділів з обсягом виробництва продукції не менше ніж 9 тис. грн на рік;

- за наявності в установі лікувально-виробничих майстерень, підсобного сільського господарства та інших виробничих підрозділів із загальним обсягом виробництва продукції не менше 35 тис. грн на рік;

б) на два порядки:

- за наявності в установі лікувально-виробничих майстерень з обсягом виробництва продукції не менше ніж 15 тис. грн на рік;

- за наявності в установі підсобного сільського господарства з обсягом виробництва продукції не менше ніж 26 тис. грн на рік;

- за наявності в установі лікувально-виробничих майстерень, підсобного сільського господарства, інших виробничих підрозділів із загальним обсягом виробництва продукції не менше ніж 50 тис. грн на рік.

**НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ
«УМОВИ ОПЛАТИ ПРАЦІ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ТА УСТАНОВ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ» 05.10.2005 № 308/519**

Таблиця

**ПЕРЕЛІК
ЗАКЛАДІВ (ПІДРОЗДІЛІВ) ТА ПОСАД, РОБОТА В (НА) ЯКИХ ДАЄ ПРАВО НА ПІДВИЩЕННЯ ПОСАДОВИХ ОКЛАДІВ
(СТАВОК) У ЗВ'ЯЗКУ ЗІ ШКІДЛИВИМИ ТА ВАЖКИМИ УМОВАМИ ПРАЦІ**

1. Заклади, підрозділи та посади, робота в (на) яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) на 25 відсотків у зв'язку зі шкідливими та важкими умовами праці		
1.1. Протичумні заклади, підрозділи Лепрозорії, протилепрозорні відділення, палати, ізолятори, кабінети, пункти		
Усі працівники		
1.2. Відділення, палати та кабінети для психічно хворих, гериатричні пансіонати, відділення Центри, відділення, палати та кабінети для лікування та реабілітації дітей з ураженням центральної нервової системи з порушенням психіки Спеціалізовані відділення (палати) лікувально-профілактичних закладів, призначені для надання медичної допомоги особам, які одержали травму внаслідок гострого алкогольного отруєння психозу або гострого алкогольного отруєння		
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування, соціальні працівники	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні
1.3. Групи для дітей з органічним ураженням нервової системи з порушенням психіки		
	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки
1.4. Будинки дитини, ясла, санаторії, відділення для дітей з органічним ураженням центральної нервової системи з порушенням психіки		
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування, соціальні працівники	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні

1.5. Психіатричні (психоневрологічні), наркологічні заклади, їх структурні підрозділи, за винятком відділень, кабінетів, палат, що не призначені для лікування психічно хворих та осіб, які страждають хронічним алкоголізмом і наркоманією, палати та кабінети для лікування психічно хворих та осіб, які страждають хронічним алкоголізмом і наркоманією, інших закладів охорони здоров'я	Посади лікарів незалежно від їх найменування, у тому числі для обслуговування хворих у вищій медичній освіті незалежно від їх найменування, у тому числі для обслуговування хворих у лікувально-виробничих (трудовах) майстернях, палат, які не передбачені для лікування психічно хворих та осіб, які страждають хронічним алкоголізмом та наркоманією, заступники головного лікаря з економічних питань, завідувачі господарства, професіонали, фахівці та технічні службовці, у тому числі, бібліотечні та соціальні працівники, працівники клубу, психологи, юристконсульти			Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування, у тому числі для обслуговування хворих у лікувально-виробничих (трудовах) майстернях та підсобних господарствах; професії робітників, які працюють у відділеннях, — перукарі, гардеробники, ліфтери та ін.; професії робітників, які зайняті обслуговуванням хворих
1.6. Станції (відділення) швидкої медичної допомоги	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою спеціалізованих бригад з надання медичної допомоги та перевезення психічно хворих			Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, а також водіїв автомобілів спеціалізованих бригад з надання медичної допомоги та перевезення психічно хворих
1.7. Школи, школи-інтернати, санаторно-лісові школи, дитячі садки та інші заклади освіти для дітей з вадами розумового розвитку та дітей з ураженням центральної нервової системи з порушенням психіки	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою всіх найменувань, що передбачені для обслуговування хворих у цих закладах, незалежно від підпорядкування закладів, у штаті яких вони є			Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, що передбачені для обслуговування хворих у цих закладах, незалежно від підпорядкування закладів, у штаті яких вони є
1.8. Барооперативні	Посади працівників, які постійно зайняті на роботі в барооперативних			
1.9. Бюро судово-медичної експертизи	Посади лікарів незалежно від їх найменування			Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, ресстратори медичні

1.10. Заклади охорони здоров'я	
Посади дезінфекторів, які зайняті дезінфекційними роботами в шахтах	
1.11. Лікувально-виробничі (трудова) майстерні при психіатричних (психоневрологічних), геріатричних закладах охорони здоров'я, установах соціального захисту населення, дитячих будинках-інтернатах для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку	
Директори (завідувачі), головні інженери, начальники цехів, старші майстри та майстри, інструктори виробничого навчання робітників масових професій	Обліковці, робітники всіх професій, бригадири
1.12. Підсобні господарства при психіатричних (психоневрологічних) закладах, установах, психоневрологічних інтернатах та геріатричних пансіонатах, дитячих будинках-інтернатах для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку	
Керівники господарств; професіонали та фахівці, у тому числі інструктори виробничого навчання робітників масових професій	Обліковці, робітники усіх професій, бригадири
1.13. Психоневрологічні інтернати та геріатричні пансіонати, дитячі будинки-інтернати для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку, центри (комплекси) ранньої реабілітації дітей-інвалідів, центри (відділення) реабілітації інвалідів	
Керівники, посади лікарів незалежно від їх найменування, у тому числі заступники директора, професіонали, фахівці та технічні службовці; у тому числі бібліотечні працівники та працівники клубу	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні; робітники всіх професій, що працюють у відділеннях та обслуговують хворих
1.14. Спеціалізовані медико-соціальні експертні комісії, центри (бюро) медико-соціальної експертизи для психічно хворих	
Посади лікарів незалежно від їх найменування, у тому числі голови (СЦМСЕ, МСЕК)	Реєстратори медичні, гардеробники
1.15. Лабораторія гігієни та психопрофілактики (клініки науково-дослідного інституту, центру)	
Посади лікарів, інших професіоналів, фахівців та технічних службовців	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою
1.16. Спеціальні будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів (для осіб, які направлені з приймальників-розподільників, місць позбавлення волі та ін.)	
Усі працівники, які входять до штату установи	

2. Заклади, підрозділи та посади, робота в (на) яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) на 15 відсотків у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці			
2.1. Відділення госпіталів для інвалідів війни, санаторії, санаторії-профілакторії для хворих із неактивними формами туберкульозу			
Посади лікарів незалежно від їх найменування; фармацевтичний персонал, у т.ч. завідувачі аптек (структурних підрозділів) указаних закладів; фармацевтичний персонал, у т.ч. завідувачі або їх заступники самотійних госпрозрахункових лікарняних та міжлікарняних аптек, які безпосередньо обслуговують указані заклади; професіонали, фахівці та технічні службовці, у т.ч. бібліотечні працівники, працівники клубів	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною та фармацевтичною освітою незалежно від їх найменування, у т.ч. завідувачі аптек (структурних підрозділів) зазначених закладів; фармацевтичний персонал, у т.ч. завідувачі або їх заступники самотійних госпрозрахункових лікарняних та міжлікарняних аптек, які безпосередньо обслуговують вказані заклади	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, допоміжного персоналу аптек (структурних підрозділів) указаних закладів, а також допоміжного персоналу самотійних госпрозрахункових лікарняних та міжлікарняних аптек, які безпосередньо обслуговують указані заклади; сестри-господарки, реєстратори медичні; евакуатори та інші робітники усіх професій	
2.2. Лікувально-виробничі (трудова) майстерні при туберкульозних (протитуберкульозних) закладах			
Посади лікарів незалежно від їх найменування; директор, головний інженер, начальники цехів, старші майстри, майстри, професіонали, фахівці та технічні службовці, у т.ч. інструктори виробничого навчання робітників масових професій	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, обліковці, робітники усіх професій	
2.3. Інфекційні лікарні (відділення, палати)			
Посади лікарів незалежно від їх найменування; фармацевтичний персонал, у т.ч. завідувачі аптек (структурних підрозділів) указаних закладів; фармацевтичний персонал, у т.ч. завідувачі або їх заступники самотійних госпрозрахункових лікарняних та міжлікарняних аптек, які безпосередньо обслуговують вказані заклади; професіонали, фахівці та технічні службовці, у т.ч. бібліотечні працівники, працівники клубів	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною та фармацевтичною освітою незалежно від їх найменування; у т.ч. завідувачі аптек (структурних підрозділів) указаних закладів; фармацевтичний персонал, у т.ч. завідувачі або заступники самотійних госпрозрахункових лікарняних та міжлікарняних аптек, які безпосередньо обслуговують указані заклади	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, допоміжного персоналу аптек (структурних підрозділів) указаних закладів, а також допоміжного персоналу самотійних госпрозрахункових лікарняних та міжлікарняних аптек, які безпосередньо обслуговують указані заклади; сестри-господарки, реєстратори медичні; евакуатори, робітники усіх професій при роботі у відділеннях, палатах і ті, хто обслуговує хворих	

2.4. Кабінети інфекційних захворювань. Медичні пункти на вокзалах		
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер
2.5. Заклади (відділення, палати) для хворих з ураженням спинного мозку, які супроводжуються паралічем (парезом) нижніх (або верхніх та нижніх) кінцівок та розладом функцій тазових органів, відділення трансплантації кісткового мозку		
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки
2.6. Територіальні центри (відділення, відділи) соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян. Будинки дитини та групи в дитячих садках, дитячих яслах, яслах-садках, будинках дитини загального типу: для дітей з туберкульозною інтоксикацією, неактивними формами туберкульозу; для дітей з порушенням функції опорно-рухового апарату та іншими вадами фізичного розвитку без порушення психіки; для дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, у т.ч. дитячим церебральним паралічем без порушення психіки; для дітей з порушенням слуху та мови (глухонімих, оглухлих, приглухуватих); для дітей з порушенням мови (тих, хто заїкається, з алалією та іншими порушеннями мови); для дітей з порушенням зору (незрячих і які слабо бачать)		
Посади лікарів незалежно від їх найменування; інженерів, які працюють з апаратами для глухих, ремонтують їх, складають програми для навчання розвитку мови на комп'ютерах	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування, фахівці із соціальної роботи (соціальної допомоги вдома), соціальні працівники	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, соціальні робітники
2.7. Санаторії для дітей з ураженням центральної нервової системи з порушенням функції опорно-рухового апарату (групи) лікувально-профілактичних закладів для дітей з ураженням центральної нервової системи з порушенням функції опорно-рухового апарату		
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки
2.8. Відділення (групи, бригади) анестезіології, відділення (палати) інтенсивної терапії (за винятком лабораторії, групи, що забезпечує експрес-діагностику)		
Посади лікарів-анестезіологів або лікарів за профілем підрозділу, у т.ч. завідувачів	Посади медичних сестер (фельдшерів) незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки
2.9. Відділення (палати): для опікових хворих; для хворих з гострими отруєннями; гнійної хірургії усіх профілей для лікування хворих з хірургічними гнійними захворюваннями та ускладненнями; хірургічні усіх профілей, у яких при оперативних втручаннях постійно застосовується рентгенівська апаратура з візуальним контролем, лазерні установки; гемодіалізу, для лікування хворих із застосуванням методів гемодіалізу, гемосорбції, плазмофореzu та ультрафільтрації, проведення штучного кровообігу; для новонароджених та недоношених дітей; педіатричні, для новонароджених та недоношених дітей; неврологічні для хворих з порушенням мозкового кровообігу		

Посади лікарів незалежно від їх найменування; професіонали та фахівці, які обслуговують апаратуру відділень гемодіалізу, штучного кровообігу	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки
2.10. Шкірно-венерологічні диспансери, відділення, палати, кабінети стаціонарів та поліклінік	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні; робітники всіх професій, які обслуговують хворих
2.11. Фізіотерапевтичні відділення, кабінети, бальнео- та грязьолікарні (відділення, кабінети)	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування (за винятком медсестристок та медреєстраторів), які передбачені: для обслуговування хворих у приміщеннях сірководневих, сірчистих та вуглеводневих ванн та грязей; для працюючих у грязьолікарнях; для відпускання родонових ванн; для підготовки озокеритових процедур; для працюючих на генераторах УВЧ будь-якої потужності (при відпусканні на місяць у середньому не менше 10 процедур у зміну)	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань та сестри-господарки, які передбачені: для обслуговування хворих у приміщеннях сірководневих, сірчистих та вуглеводневих ванн та грязей; для відпускання родонових ванн, озокеритових процедур; для працюючих у грязьолікарнях, що беруть участь у наданні процедур хворим дітям на генераторах УВЧ (у середньому не менше 10 процедур у зміну). Посади працівників, що підігрівують та підвозять грязі, готують штучну сірководневу воду. Професії робітників, які передбачені для постійного обслуговування приміщень: сірководневих, сірчистих, вуглеводневих і родонових ванн; обладнання та поточного ремонту будівель та споруд; приладів фізіотерапевтичних лікарень (відділень), обладнання підвалів, нагрівальних приладів ванних приміщень; насосних станцій, змішувачів і резервуарів, трубопроводів і оголовків бурових свердловин, сірководневих, сірчистих та вуглеводневих і родонових вод
2.12. Рентгенівські, радіологічні та рентгенодіагностичні відділи, відділення, лабораторії, групи та кабінети всіх профілів Відділення рентгеноударнохвильового дистанційного дроблення каміння (ВРУДКА)		

Посади лікарів незалежно від їх найменування; професіонали та фахівці при постійній роботі у сфері іонізуючого випромінювання або з радіоактивними речовинами	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні
2.13. Підрозділи (палати) закладів охорони здоров'я, у яких основним методом лікування є тривале застосування великих доз хіміотерапевтичних препаратів	Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування
2.14. Барокамери та кесони. Підземні відділення (палати) закладів охорони здоров'я, пункти охорони здоров'я, медпункти (у тому числі в спорудах метрополітену)	Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні
2.15. Відділення (кабінети) ультразвукової діагностики та ендоскопічні	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні
2.16. Заклади переливання крові, відділення трансфузіології, заготівлі та переробки крові та її компонентів, відділення кріоконсервування клітин крові та кісткового мозку	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні
Посади лікарів незалежно від їх найменування, які передбачені для роботи із заготівлі, переробки та зберігання в замороженому стані крові, її компонентів та кісткового мозку, одна із посад інженера та техніка; які передбачені для роботи із заготівлі, переробки та зберігання в замороженому стані компонентів крові, кісткового мозку	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні
2.17. Патологоанатомічні бюро (відділення, підрозділи) Відділення заготівлі (консервації) трупних тканин, органів	Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні, водій

2.18. Психотерапевтичні кабінети амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів)		
Лікар-психотерапевт	Медична сестра	
2.19. Лабораторії (у т.ч. їх підрозділи — відділи, відділення), алергологічні кабінети		
Посади лікарів незалежно від їх найменування при роботі: з живим збудником інфекційних захворювань або хворими тваринами, з вірусами, які викликають захворювання; з хімічними речовинами, зараженими до алергенів, що перелічені в Додатку 7; посади лікарів-бактеріологів, лікарів-паразитологів та лікарів-лаборантів, передбачені для постійної роботи з постановкою реакції іммобілізації білків трепонем; посади провізорів-аналітиків контрольно-аналітичних лабораторій госпрозрахункових аптек при роботі з хімічними речовинами, зараженими до алергенів, які наведені в Додатку 7	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування при роботі: з живим збудником інфекційних захворювань або хворими тваринами; з вірусами, які викликають захворювання; з хімічними речовинами, зараженими до алергенів, що перелічені в Додатку 7; посади лаборантів з бактеріології, паразитології та спеціально виділені посади для постійної роботи з постановки реакції іммобілізації білків трепонем; посади лаборантів контрольно-аналітичних лабораторій госпрозрахункових аптек при роботі з хімічними речовинами, зараженими до алергенів, які наведені в Додатку 7	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні при роботі: з живим збудником інфекційних захворювань або хворими тваринами; посади, які забезпечують роботу лаборантів з бактеріології, паразитології та посади, які передбачені для постійної роботи з постановки реакції іммобілізації білків трепонем
2.20. Дитячі будинки для сліпоглухонімих дітей та дітей з дефектами слуху та мови. Санаторії та будинки-інтернати для глухих та незрячих. Центр реабілітації глухонімих дітей. Центр реабілітації дітей з порушенням слуху та мови		
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, робітники усіх професій
2.21. Санаторні школи-інтернати, лісові школи, дитячі садки, будинки для дітей, хворих на туберкульоз Школи-інтернати, дитячі ясла, ясла-садки для дітей з дефектами слуху та мови Навчальні заклади професійно-технічної освіти з підготовки робітників із числа глухонімих Школи, школи-інтернати, санаторно-лісові школи, дитячі садки, ясла-садки для дітей з ураженням центральної нервової системи з порушенням функції опорно-рухового апарату Санаторії для інвалідів війни та праці системи соціального захисту населення		
Керівники та їх заступники, посади лікарів усіх найменувань, що передбачені для обслуговування хворих у цих закладах, незалежно від підпорядкування закладу, у штаті якого вони є	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою всіх найменувань, що передбачені для обслуговування хворих у цих закладах незалежно від підпорядкування закладу, у штаті якого вони є	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, що передбачені для обслуговування хворих у цих закладах, незалежно від підпорядкування закладу, у штаті якого вони є

2.22. Санітарно-профілактичні заклади	Головний лікар у разі відсутності в закладі лікаря епідеміолога; посади: завідувачів відділів (відділень), пунктів: особливо небезпечних інфекцій, епідеміологічних, протиепідеміологічних, паразитологічних бактеріологічних, вірусологічних, санітарно-карантинних, санітарно-контрольних, дезінфекційних; лікарів-епідеміологів, лікарів-дезінфекціоністів, лікарів-паразитологів, лікарів-бактеріологів, лікарів-вірусологів; лікарів відділів, відділень, пунктів: особливо небезпечних інфекцій, санітарно-карантинних та санітарно-контрольних: завідувачів, санітарних лікарів, інженерів лабораторій електромагнітних полів; санітарних лікарів з комунальної гігієни та гігієни праці, інженерів з вентиляції санітарно-епідеміологічних станцій (відділень, груп) метрополітенів; лікарів-лаборантів та інженерів, посади яких передбачені для роботи на апаратах з відкритою ртуттю (у т.ч. зайнятих обслуговуванням поліпрографів); лікарів-лаборантів токсикологічних лабораторій; санітарних лікарів з гігієни праці, зайнятих виключно обслуговуванням підприємств гірничодобувної та хімічної промисловості, інженерно-технічних працівників, яким посадові оклади підвищують у зв'язку з небезпечними умовами праці	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування відділів (відділень) особливо небезпечних інфекцій, лаборантів з контролю якості дезінфекції, лаборантів з вірусології, паразитології, бактеріології, фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою санітарно-карантинних та санітарно-контрольних відділень (відділів, пунктів); дезінфекторів, дезінструкторів, помічників лікарів-епідеміологів, фельдшерів санітарних, техніків та лаборантів лабораторій електромагнітних полів, а також професіоналів та фахівців, які здійснюють такий контроль за відсутності лабораторій; фельдшерів санітарних та лаборантів відділень комунальної гігієни та відділень (груп) гігієни праці: санітарно-епідеміологічних станцій (відділень, груп) метрополітенів; лаборантів та техніків, посади яких передбачені для роботи на апаратах з відкритою ртуттю (у т.ч. зайнятих обслуговуванням поліпрографів); фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою, зайнятих перевезенням інфекційних хворих; лаборантів токсикологічних лабораторій; фельдшерів санітарних, зайнятих виключно обслуговуванням підприємств гірничодобувної, гірничодобувної та хімічної промисловості, інженерно-технічних працівників, яким посадові оклади підвищують у зв'язку з шкідливими умовами праці	Посади молодших медичних сестер відділів (відділень) особливо небезпечних інфекцій; санітарно-карантинних та санітарно-контрольних відділень (відділів, пунктів), які передбачені для роботи на апаратах з відкритою ртуттю (у т.ч. зайнятих обслуговуванням поліпрографів); токсикологічних лабораторій; паразитологічних та вірусологічних відділень бактеріологічних лабораторій. Посади (професії): комірників, зайнятих фасуванням дезінфекційних засобів, водіїв автотранспортних засобів при одночасному виконанні обов'язків дезінфекторів; працівників виварів при роботі із зараженими тваринами; молодших медичних сестер та водіїв автотранспортних засобів, зайнятих перевезенням інфекційних хворих
2.23. Багатопрофільні лікарні на 800 ліжок і більше	Лікар-психіатр		

2.24. Заклади охорони здоров'я та установи соціального захисту населення			
Посади дезінфекторів, працівників вольєрів для мавп, віваріїв			
2.25. Будинки-інтернати для громадян похилого віку та інвалідів Міністерства праці та соціальної політики України, нічліжні будинки, лікарні, центри, відділення «Хоспіс»			
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні	
2.26. Технікуми-інтернати, ліцеї, професійно-технічні училища-інтернати системи Міністерства праці та соціальної політики України			
Посади лікарів незалежно від їх найменування	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою незалежно від їх найменування	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні	
3. Заклади, підрозділи та посади, робота у яких дає право на підвищення посадових окладів (тарифних ставок) за двома та більше підставами, що передбачені розділами 1 і 2 цього Переліку, на 30 відсотків			
3.1. Заклади охорони здоров'я та установи соціального захисту населення та їх структурні підрозділи			
Посади персоналу, зайнятого на роботах, що дають право на підвищення посадових окладів (ставок) за двома та більше підставами, передбаченими у розділах 1 і 2 цього Переліку	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою, зайнятого на роботах, що дають право на підвищення посадових окладів (ставок) за двома та більше підставами, передбаченими у розділах 1 і 2 цього Переліку	Посади молодших медичних сестер, сестер-господарок, реєстраторів медичних, зайнятих на роботах, що дають право на підвищення посадових окладів (ставок) за двома та більше підставами, передбаченими у розділах 1 і 2 цього Переліку	
Приклади: 1. Інфекційна лікарня			
Посади лікарів-рентгенологів	Посади рентгенолаборантів	Молодші медичні сестри рентгеновського кабінету (відділення)	
2. Психоневрологічна або наркологічна лікарня (диспансер)			
Посади лікарів (незалежно від їх найменування) спеціалізованих відділень для примусового лікування хворих на туберкульоз, які страждають хронічним алкоголізмом, наркоманією та психічними захворюваннями	Посади фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою (незалежно від їх найменування) спеціалізованих відділень для примусового лікування хворих на туберкульоз, які страждають хронічним алкоголізмом, наркоманією та психічними захворюваннями	Посади молодших медичних сестер усіх найменувань, сестри-господарки, реєстратори медичні спеціалізованих відділень для примусового лікування хворих на туберкульоз, які страждають хронічним алкоголізмом, наркоманією та психічними захворюваннями	

Примітка. Працівникам, які займають посади, але не мають права на підвищення посадових окладів (ставок) за двома та більше підставами, посадові оклади (ставки) підвищуються відповідно до I розділу на 25 % або до II розділу — на 15 %
Приклад. Посадові оклади дезінфекторів, які працюють у психіатричних (психоневрологічних), наркологічних та інфекційних лікарнях, дезінфекційних та санітарно-епідеміологічних станціях, підвищуються на 15 %
4. Заклади, підрозділи та посади, робота на яких дає право на підвищення посадових окладів (ставок) на 30 відсотків у зв'язку зі шкідливими і важкими умовами праці (посади усіх працівників незалежно від їх найменування)
4.1. Туберкульозні (протитуберкульозні) лікарні, диспансери; санаторії, відділення, палати, ізолятори закладів охорони здоров'я та відділення клінік при НДІ для хворих на активні форми туберкульозу; протитуберкульозні кабінети амбулаторно-поліклінічних закладів (підрозділів)
4.2. Спеціалізовані медико-соціальні експертні комісії, центри (біуро) медико-соціальної експертизи для хворих на туберкульоз
5. Різне. Професіонали та фахівці (зоологи, ентомологи, психологи та інші), посадові оклади яких установлені на рівні окладів лікарів або працівників із числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою, мають право на відповідне підвищення посадових окладів, установлене для працівників закладів, установ, підрозділів, наведених у цьому Додатку

**НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ «УМОВИ ОПЛАТИ ПРАЦІ
ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА УСТАНОВ
СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ» 05.10.2005 № 308/519**

ПЕРЕЛІК

**закладів та їх підрозділів, а також посад, робота в яких дає право
на підвищення посадових окладів на 60 відсотків**

1. Центри з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Таблиця 1

Посади	Характер роботи, що виконується	Примітки
1	2	3
Посади медичного персоналу, керівників, професіоналів, фахівців, технічних службовців та робітників	Діагностика, лікування і безпосереднє обслуговування хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих	60 відсотків посадового окладу

2. Заклади та спеціалізовані відділення (кабінети, палати) закладів охорони здоров'я, що призначені для лікування хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих.

Таблиця 2

Посади	Характер роботи, що виконується	Примітки
1	2	3
Посади медичного персоналу, керівників, професіоналів, фахівців, технічних службовців та робітників	Лікування та безпосереднє обслуговування хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих	60 відсотків посадового окладу

3. Заклади охорони здоров'я та їх структурні підрозділи.

Таблиця 3

Посади	Характер роботи, що виконується	Примітки
1	2	3
Посади медичного персоналу, керівників, професіоналів, фахівців, технічних службовців та робітників	Безпосередній контакт з хворими на СНІД та ВІЛ-інфікованими при проведенні консультацій, оглядів, наданні медичної допомоги, судово-медичної експертизи та проведенні іншої роботи	60 відсотків погодинної ставки (окладу) за кожну годину роботи вказаних у графі 2 умовах

4. Лабораторії та групи закладів охорони здоров'я, на які покладено органами охорони здоров'я обстеження населення на ВІЛ-інфекцію та дослідження крові, біологічних рідин, отриманих від хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих.

Таблиця 4

Посади	Характер роботи, що виконується	Примітки
1	2	3
Посади медичного персоналу, керівників, професіоналів, фахівців, технічних службовців та робітників	Проведення усіх видів лабораторних досліджень крові населення та матеріалів, які надходять від хворих на СНІД та ВІЛ-інфікованих	60 відсотків погодинної ставки (окладу) за кожен годину роботи вказаних у графі 2 умовах

Примітки:

1. Працівникам, які передбачені в даному Переліку, підвищення здійснюється із посадового окладу (тарифної ставки) з урахуванням кваліфікаційної категорії, завідування, старшинства без урахування інших підвищень, доплат та надбавок.

2. На підставі цього Додатка, у кожному закладі керівником за погодженням з профспілковим комітетом затверджується Перелік посад працівників, яким з урахуванням конкретних умов праці в цьому закладі, структурному підрозділі, на даній посаді посадовий оклад (тарифна ставка) підвищується на 60 відсотків.

Посадові оклади працівників, зазначених у пунктах 3 та 4, підвищуються пропорційно безпосередньо відпрацьованому з хворими на СНІД та ВІЛ-інфікованими часу. Фактичні години цієї роботи реєструються в журналі за підписом керівника структурного підрозділу.

ЗВІТ
керівника державного підприємства сфери управління МОЗ України про результати виконання показників
та розміри матеріальної винагороди, передбачених Положенням про виплату матеріальної винагороди
за ефективне управління державним майном

Загальні відомості
Директор _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

Державне підприємство _____
(назва, юридична адреса)

Номер контракту, дата та термін його дії _____
Звітний період _____

№ з/п	Найменування передбачених Положенням показників	Одиниці виміру	На початок року	На кінець року	Зростання/ зменшення у %	Обумовлений розмір винагороди
1	2	3	4	5	6	7
1	Зменшення дебіторської заборгованості	тис. грн				
2	Зменшення кредиторської заборгованості	тис. грн				
3	Випереджаюче зростання розміру тарифної ставки робітника І розряду основного виробництва по відношенню до законодавчо встановлених темпів зростання мінімальної заробітної плати на відповідний рік	%				
4	Забезпечення зростання середньої заробітної плати	%				
5	Зростання рентабельності підприємства	%				
6	Залучення фінансових інвестицій	тис. грн				
7	Виконання програми соціального розвитку колективу					
8	Управління необоротними активами вартістю понад 1 млн грн	млн грн				
9	Управління доходами від реалізації робіт (послуг)	млн грн				

Керівник підприємства _____ підпис

_____ (ініціали та прізвище)

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Олена Вікторівна БАЄВА

МЕНЕДЖМЕНТ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

Керівник видавничих проектів – *Б.А.Сладкевич*
Друкується в авторській редакції
Дизайн обкладинки – *Б.В. Борисов*

Підписано до друку 17.03.2008. Формат 70х100 1/16.
Друк офсетний. Гарнітура PetersburgC.
Умовн. друк. арк. 40.
Тираж – 1000 прим.

Видавництво “Центр учбової літератури”
вул. Електриків, 23
м. Київ, 04176
тел./факс 425-01-34, тел. 451-65-95, 425-04-47, 425-20-63
8-800-501-68-00 (безкоштовно в межах України)
e-mail: office@uabook.com
сайт: WWW.CUL.COM.UA
Свідоцтво ДК №2458 від 30.03.2006