

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

О. В. Баєва

МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ

МЕДИЧНИЙ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
МЕНЕДЖМЕНТ

Навчальний посібник

МАУП

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2009

ББК 65.495-2я73

Б15

Рецензенти: *В. І. Чебан*, д-р мед. наук, проф.
Л. Б. Шостак, д-р екон. наук,
канд. біол. наук, проф.
Н. В. Романченко, канд. екон. наук, доц.

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії
управління персоналом (протокол № 2 від 27.02.08)*

Баєва, О. В.

Б15 Менеджмент організацій: Мед. та фармац. менедж.
/ О. В. Баєва. — К. : ДП «Вид. дім «Персонал», 2009. —
336 с. : іл. — Бібліогр. в кінці розд.

ISBN 978-966-608-976-5

У пропонованому навчальному посібнику висвітлено загальні засади менеджменту в галузі охорони здоров'я відповідно до програми навчальної дисципліни “Вступ до спеціальності”, яка входить до варіативного блоку навчальних планів підготовки фахівців за професійним спрямуванням “Менеджмент організацій” за варіативною компонентою “Медичний та фармацевтичний менеджмент”. У посібнику розглянуто загальні принципи управління та організації охорони здоров'я в Україні та інших країнах світу.

Для студентів, слухачів і викладачів спеціальностей напрямів “Менеджмент” та “Медицина”, а також для управлінців і працівників, які займаються організаційною діяльністю в галузі охорони здоров'я.

ББК 65.495-2я73

ISBN 978-966-608-976-5

© О. В. Баєва, 2009
© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2009
© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2009

ПЕРЕДМОВА

Згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою указом Президента України № 1313/2002 від 7 грудня 2002 р., 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.

Нині в Україні керівниками медичних закладів працюють переважно лікарі, які мають значний досвід і 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 країн з розвинуеною системою охорони здоров'я свідчить про доцільність керівництва багатoproфільними медичними установами фахівцями за спеціальністю Health Service Management або Health Care Management.

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


Пропонований навчальний посібник орієнтований на підготовку фахівців для медичного та фармацевтичного бізнесу.

Оснoву навчального 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 відомих зарубіжних та вітчизняних вчених з медичного та фармацевтичного менеджменту.

Структура викладення матеріалу в навчальному посібнику дає змогу студентoві після опанування теоретичного матеріалу з кожного розділу перевірити свої знання, відповівши на питання для самоконтролю. Для поглибленого вивчення теоретичного матеріалу після кожного розділу наведено рекомендовану літературу. Довідковим матеріалом при опануванні навчальної дисципліни служить наведений у кінці посібника глосарій.

МАУП

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ



ВР	— Верховна Рада України
ДО	— документообіг
ДСМК	— Державна служба медицини катастроф
ЗПСШ	— захворювання, що передаються статевим шляхом
КСГ	— клініко-статистична група
ЛЗ	— лікарські засоби
ЛКК	— лікарсько-консультативна комісія
ЛПЗ	— лікувально-профілактичний заклад
МСЕК	— медико-соціальна експертна комісія
МОЗ	— Міністерство охорони здоров'я
ПМСД	— первинна медико-санітарна допомога
СПД	— суб'єкт підприємницької діяльності
ТДВ	— товариство з додатковою відповідальністю
ТОВ	— товариство з обмеженою відповідальністю
РТМО	— районне територіальне медичне об'єднання
СЕС	— санітарно-епідеміологічна станція
ФАП	— фельдшерсько-акушерський пункт
GLP	— належна лабораторна практика
GCP	— належна клінічна практика
GMP	— належна виробнича практика
GDP	— належна практика дистрибуції
GPP	— належна фармацевтична практика
GSP	— належна практика зберігання

МЕНЕДЖМЕНТ: СУТНІСТЬ, ЗАВДАННЯ, РІВНІ УПРАВЛІННЯ

- 1.1. Сутність категорій “управління”, “менеджмент”, “підприємництво”.
- 1.2. Рівні управління та групи менеджерів.
- 1.3. Менеджери і підприємці: ролі та характерні особливості.

1.1. Сутність категорій “управління”, “менеджмент”, “підприємництво”

Управління — це загальна функція складних організованих систем, спрямована на досягнення належного стану в самій системі і в середовищі, що її оточує.

В управлінні виокремлюють такі поняття:

- *об’єкт управління*, станом якого потрібно управляти;
- *мету управління* — бажаний характер поведінки об’єкта управління;
- *систему управління*, що складається з об’єкта управління та керуючої системи.

Управління необхідне для нормального існування та розвитку будь-яких систем — біологічних, технічних, економічних і соціальних. Управління в окремому біологічному організмі відбувається за складними генетичними програмами. Цей процес ускладнюється, коли йдеться про управління людиною не тільки як біологічним, а й соціальним об’єктом. Вирізняють три типи управління людьми:

- політичне управління;
- соціальне управління;
- економічне управління.

Політичне управління здійснюється на рівні суспільства і 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 є стимулюючим елементом соціальних змін і прикладом значних соціальних перетворень.

**Peter F. Drucker. A New Discipline
Success! January-February 1987, p. 18**

Економічне й соціальне управління лежить в основі управління організаціями. *Особлива система управління організаціями в умовах ринку дістала назву менеджменту.* Іншими словами, менеджмент є різновидом управління. Термін “менеджмент” переважно використовують стосовно управління організаціями, метою діяльності яких є отримання прибутку.

Існує кілька тлумачень слова “менеджмент”. На думку одних авторів, воно походить від англ. *manage* — управляти (від лат. *manus* — рука).

За іншою версією слово “менеджмент” утворено від італ. *maneggio/maneggiare* та фр. *manege*, що означає “арену, по якій бігають по колу коні, яких підганяє довгим батою шталмейстер”.

Менеджмент найчастіше розглядається як сукупність функцій, орієнтованих на ефективне використання людських, матеріальних і фінансових ресурсів з метою досягнення цілей організації.

Менеджмент (*management*) — це:

- спосіб, манера спілкування з людьми;
- влада та мистецтво управління;
- особливого роду вміння та адміністративні навички;
- орган управління та адміністративні навички.

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

Управління — це забезпечення виконання робіт за допомогою інших осіб.

Мері Паркер Фоллетт (1868–1933)

Об'єктом менеджменту як діяльності є виробничо-господарська організація і чинники зовнішнього щодо неї середовища.

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

Вирізняють такі **види менеджменту**:

за ресурсами:

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

за сферами діяльності:

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

за функціями:

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

за внутрішнім та зовнішнім середовищем:

- міжнародний;
- внутрішньофірмовий.

Медичний менеджмент — це система заходів, що дає змогу максимально швидко й ефективно використовувати всі наявні технічні й кадрові засоби та ресурси для вирішення медичних проблем.

Окремі компанії, які надають послуги з медичного менеджменту, називаються **медичними сервісними компаніями**.

Менеджмент реалізується через певні закони, закономірності, принципи та категорії.

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

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

До *економічних законів* зараховують: закон попиту, закон пропозиції, закон прибутковості, закон спадної дохідності.

До *специфічних законів* управління та менеджменту належать: закон пропорційності керованої і 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 організацій.

До загальних *категорій менеджменту* належать такі поняття:

- організація;
- функції і методи менеджменту;
- рівні управління;
- стиль керівництва;
- комунікація;
- управлінські рішення.

Вирізняють такі основні *інструменти менеджменту*:

1. Ієрархія.
2. Організаційна культура.
3. 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 у порядку, встановленому законодавством.

В Україні підприємницька діяльність здійснюється згідно із Законом України “Про підприємництво”.

До *функцій підприємництва* належать:

- *новаторська* — сприяння процесу продукування нових технічних, організаційних та управлінських ідей, виконання науково-дослідних робіт і 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 незаможності, отримання задоволення від роботи та її результатів.

1.2. Рівні управління та групи менеджерів

Лікувально-діагностичну допомогу пацієнтам у відділеннях лікарні надають лікарі. Вони підпорядковуються завідувачу відділення, роботу якого координує заступник головного лікаря з медичної частини. Заступник головного лікаря безпосередньо звітує за якість медичної допомоги перед головним лікарем. Такий поділ праці називається вертикальним. Вертикальний поділ праці утворює рівні управління, або ієрархію.

Концепція ієрархії була висунута греком Діонісієм Ареопгітом приблизно 1500 років тому. Слово “ієрархія” буквально означає “священна влада”. Діонісій вважав, що небеса організовані ієрархічно. Небесна структура має дев’ять рівнів, де на найвищій сходинці перебуває Бог, йому підпорядковуються архангели. Пекло теж ієрархічне і теж має дев’ять рівнів. Чистилище є основною мотивацією, що змушує людей підніматися сходами нагору.

У сучасному менеджменті під ієрархією розуміють розташування членів організації згідно з повноваженнями та статусом.

Інакше кажучи, ієрархія управління — це класифікація членів організації за їх посадами і статусом.

За функціями, які виконують керівники, вирізняють такі **рівні управління**:

- *технічний рівень* — забезпечення щоденних операцій і дій, які необхідні для ефективної роботи організації;
- *управлінський рівень* — забезпечення координації роботи структурних підрозділів організації;
- *інституційний рівень* — визначення місії та цілей організації, забезпечення довгострокового планування, зв'язків організації із зовнішнім середовищем.

Трьом рівням управління відповідають три групи менеджерів: молодші менеджери, середні менеджери і менеджери вищого рівня (рис. 1.1).

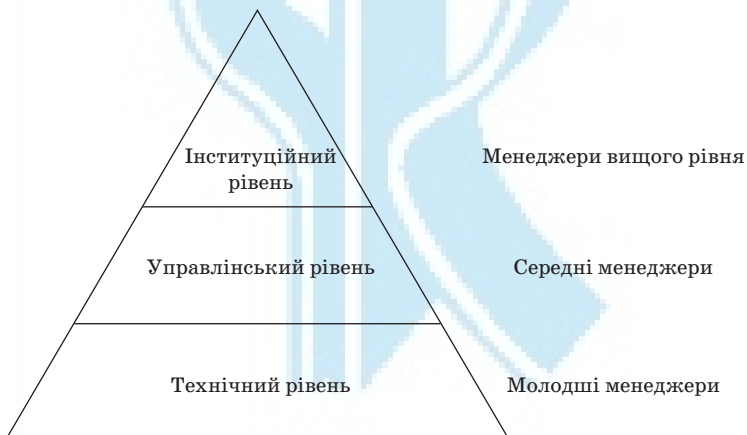


Рис. 1.1. Відповідність рівнів управління менеджерським посадам

Менеджери першого (технічного) рівня — низової ланки управління (супервайзери) не керують роботою інших менеджерів, а здійснюють переважно контроль за виконанням виробничих завдань, відповідають за безпосереднє використання матеріальних ресурсів.

Типовими на цьому рівні управління є посади адміністратора, старшої медичної сестри.

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

- *лінійних* — керують відокремленими підрозділами; управляють кадрами, фінансами і технологічними процесами підрозділу. Прикладом лінійного менеджера може бути завідувач поліклініки;
- *функціональних* — здійснюють керівництво функціональними підрозділами; обіймають посади завідувача відділення хірургії, терапії, кардіології, завідувача клінічної лабораторії, головного бухгалтера, завідувача економічного відділу та ін.

Завідувач відділення лікувально-профілактичного закладу організовує і забезпечує:

- належний рівень обстеження і лікування хворих згідно з діючими стандартами діагностично-лікувального процесу в стаціонарах (протоколами медичної допомоги);
- належну розстановку та організацію праці лікарського, середнього та молодшого медичного персоналу відділення;
- здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації лікарського, середнього та молодшого медичного персоналу відділення;
- раціональне використання наявної лікувальної та діагностичної апаратури, інструментарію та іншого медичного обладнання, технічно грамотну його експлуатацію;
- здійснення заходів щодо скорочення термінів обстеження хворих та більш раціонального використання ліжкового фонду відділення;
- запровадження в роботу відділення нових технологій, методів і засобів обстеження та лікування хворих, стандартів діагностично-лікувального процесу, протоколів медичної допомоги, своєчасне ознайомлення з методикою їх застосування та своєчасне навчання лікарського та середнього медичного персоналу відділення;
- тісну співпрацю і взаємодію в роботі із заступником головного лікаря лікарні з поліклінічної роботи (завідувачем поліклініки) з питань наступності в медичному обслуговуванні хворих, порядку їх госпіталізації.

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

Вищий організаційний рівень — найменша за кількістю ланка керівництва. Навіть у найбільших організаціях налічується кілька керівників вищої ланки.

Типовими посадами керівників вищої ланки в медицині є головні лікарі, генеральні директори фармацевтичних компаній. Їх можна порівняти з генералами в армії, з міністрами, з ректором або президентом у вищому навчальному закладі.

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

В галузі охорони здоров'я топ-менеджери можуть організувати діяльність як окремого лікувально-профілактичного закладу, так і охорону здоров'я в окремому регіоні.

Головний лікар виконує такі функції:

- 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 управління охорони здоров'я місцевої державної адміністрації виконує такі функції:

- 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;
- 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, виконання державних програм, діяльності управління та приймає відповідні рішення щодо усунення недоліків і закріплення позитивних тенденцій, видає відповідні директивні документи з цього питання;
- вживає заходів щодо вдосконалення співпраці управління 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, дотриманням співробітниками правил охорони праці та протипожежного захисту;
- забезпечує захист державних таємниць згідно з чинним законодавством.

1.3. Менеджери і підприємці: ролі та характерні особливості

Очевидно, багатьом відомий вислів Карла Маркса: “Окремий скрипаль сам керує собою, оркестр потребує диригента”. Тож 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 пов’язують з діяльністю менеджерів. Вони формують цілі організації, забезпечують її ресурсами, планують і здійснюють контроль, приймають рішення й організують діяльність.

Особистість менеджера — основний фактор забезпечення ефективного розвитку фірми.

Ролі менеджера в організації конкретизував американський дослідник Генрі Мінцберг. Він класифікував їх за трьома категоріями (табл. 1.1):

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

За Г. Мінцбергом ролі менеджера є “набором певних 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”.

Таблиця 1.1

Ролі менеджера

Роль	Опис	Характер діяльності
1	2	3
<i>Міжособистісні ролі</i>		
Головний керівник	Офіційний символ, персоніфікація юридичної особи щодо виконання обов’язків соціального та правового характеру	Церемонії, представництво, звертання, клопотання, зустрічання гостей, підписання юридичних документів

Продовження табл. 1.1

1	2	3
Лідер	Відповідальний за мотивацію та активізацію підлеглих, за набір, підготовку працівників і пов'язані з цим обов'язки	Всі 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
<i>Інформаційні ролі</i>		
Приймач інформації	Відшукує і отримує спеціалізовану інформацію, яку використовує у своїй діяльності, є нервовим центром зовнішньої та внутрішньої інформації	Обробка 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 має фактичний характер або потребує інтерпретації фактів для формування поглядів організації	Передача пошти підлеглим, вербальні контакти з метою поширення інформації: внутрішні збори, наради, бесіди
Представник	Передає інформацію для зовнішніх контактів фірми про політику, дії, плани, результати роботи організації. Діє як експерт у цій галузі	Участь у засіданнях, листування, усні виступи, включаючи передачу інформації в зовнішні організації та іншим особам
<i>Ролі, пов'язані з прийняттям рішень</i>		
Підприємець	Відшукує можливості в самій організації і за її межами, розроблює і здійснює інноваційні проекти, контролює їх розробку	Участь у розробці стратегії, бізнес-планування, розробка або ініціювання проектів з удосконалення діяльності
Ліквідатор порушень	Відповідає за коригувальні дії в разі необхідності організаційних змін та в кризових ситуаціях	Обговорення стратегічних і поточних питань, у тому числі кризових і проблемних

1	2	3
Розпорядник ресурсів	Відповідальний за розподіл ресурсів організації	Розробка бюджетів, програмування роботи підлеглих, визначення повноважень, складання графіків
Той, хто веде переговори	Відповідальний за представництво організації на всіх важливих переговорах	Проведення переговорів

Джерело: H. Mintzberg. The Nature of Managerial Work. — N. Y.: Harper & Row, 1973. — P. 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 взаємодій з людьми. Вони можуть зробити керівника пунктом зосередження інформації, що дає йому можливість і водночас змушує його грати інформаційні ролі і діяти як центр обробки інформації. Беручи на себе міжособистісні й інформаційні ролі, керівник здатен грати ролі, пов'язані з прийняттям таких рішень, як розподіл ресурсів, улагоджування конфліктів, пошук можливостей для організації, ведення переговорів від імені організації. Усі розглянуті десять ролей у комплексі визначають обсяг і зміст роботи менеджера незалежно від характеру конкретної організації.

Наприклад, заступник головного лікаря лікувально-профілактичного закладу безпосередньо взаємодіє із завідувачами відділень. Від начмеда вони одержують консультації про організацію лікувально-діагностичного процесу. У свою чергу, начмед одержує великий обсяг інформації про перебіг лікувально-діагностичного процесу у відділеннях лікарні. Частина такої інформації неможливо отримати з формальних джерел. Неформальна інформація допомагає заступнику головного лікаря прийняти управлінські рішення щодо врегулювання наявних або потенційних проблем. Він передає головному лікарю частину інформації, отриманої від завідувачів відділень, і ця інформація теж використовується для прийняття управлінських рішень на рівні закладу.

Ідеальний образ сучасного менеджера передбачає наявність у нього відповідних якостей і вмінь.

Якості менеджера — це сукупність характеристик, 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 моральні якості менеджера, зокрема патріотизм, національну свідомість, державницьку позицію, інтелігентність, людяність, порядність, почуття обов'язку, громадянську позицію, чесність, доброзичливість.

Освіта та досвід дають людині спеціальні знання, вміння та навички.

Основні групи якостей менеджера подано в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Якості менеджера

Група	Якості менеджера
1	2
1. Професійно-ділові якості	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • оперативність • гнучкість стилю управління • вміння мотивувати персонал • вміння доводити справу до логічного завершення • послідовність дій • внутрішній контроль

1	2
	<ul style="list-style-type: none"> • уміння формувати команду • вміння запозичувати досвід підлеглих • здатність делегувати повноваження • уміння організувати час
3. Соціально-психологічні якості	<ul style="list-style-type: none"> • психологічна компетентність • управлінська культура • лідерські здібності • впевненість у собі • вміння керувати своєю поведінкою • вміння управляти емоціями в стресових ситуаціях • колегіальність • толерантність • оптимізм • переконливість • вміння керувати конфліктами • інтелектуальність • риторичні здібності • стресорезистентність • почуття гумору • вміння створювати імідж
4. Моральні якості	<ul style="list-style-type: none"> • патріотизм • національна свідомість • державницька позиція • інтелігентність • людяність • порядність • почуття обов'язку • громадянська позиція • чесність • доброзичливість

Якісні характеристики людини є необхідною умовою формування майбутнього менеджера. У вищих навчальних закладах студенти, навчаючись за напрямком “Менеджмент”, набувають необхідних умінь і навичок.

В умовах ринкової економіки принципову роль відіграє також *підприємець*.

Термін “підприємець” був запроваджений французьким економістом Рішаром Кантіллоном 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.

Поняття “підприємець” і “менеджер” не є синонімами.

Основна відмінність між менеджером і підприємцем полягає в тому, що підприємець генерує ідею (створення діагностичного центру), впроваджує ідею власним коштом або коштом інвестора (засновує центр, фінансує процес) і наймає менеджера (головного лікаря) для управління роботою центру. Менеджер здійснює управління центром, який створив підприємець.

Ролі менеджера та підприємця перекликаються. Підприємець, який заснував діагностичний центр, за наявності відповідної вищої медичної освіти, може сам його очолити, тобто стати менеджером. Найманий менеджер діагностичного центру може сам започаткувати діяльність іншого діагностичного центру або іншого лікувально-профілактичного закладу.

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

- впевненість у своїх силах, рішучість, здатність швидко приймати індивідуальні управлінські рішення;
- ініціативність, схильність до інновацій;
- лідерські якості;
- заповзятливість і наполегливість;
- незалежність (прагнення бути незалежним від правил та контролю з боку інших людей, має власну думку і може її відстояти);
- схильність до ризику;
- цілеспрямованість;
- здатність переконувати (він повинен уміти 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 надзвичайно напруженому ритмі);
- потреба у досягненнях; толерантність до невизначеності: здатність приймати управлінські рішення без достатньої інформації про зовнішнє середовище.

Дуже часто як синоніми сприймають поняття підприємець і бізнесмен.

Підприємець започатковує і впроваджує справу. За статистичними даними близько 80 % малих організацій, що створю-

ються, 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. Все це забезпечує конкурентоспроможність на ринку. Перетворення ризикованої підприємницької ідеї у стабільну справу, розраховану на стійке функціонування, відображає життєвий цикл організації.

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

Поряд із відмінностями між підприємництвом і бізнесом існують і спільні риси. Наприклад, конкурентоспроможність кожної фірми залежатиме від її спроможності проводити організаційні і технологічні зміни відповідно до кон'юнктури ринку. Впровадження у виробничий процес нових методів діагностики та лікування завжди пов'язано з певним ризиком. Чим більше фірма має у своєму арсеналі підприємницьких розробок, тим більші її перспективи на ринку.

Відповідно до Закону України “Основи законодавства України в галузі охорони здоров'я”, держава підтримує і заохочує індивідуальну підприємницьку діяльність у галузі охорони здоров'я.

Для здійснення підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я потрібно отримати спеціальний дозвіл — ліцензію на право здійснення медичної практики, виробництва, оптової або роздрібною торгівлі лікарськими засобами та іншими товарами медичного призначення.

Питання для самоконтролю

1. У чому полягає сутність управління?
2. Назвіть основні визначення менеджменту.
3. Охарактеризуйте об'єкт і суб'єкт менеджменту.
4. У чому полягає відмінність термінів “управління”, “менеджмент”, “підприємництво”, “бізнес”?

5. Охарактеризуйте категорійний апарат менеджменту.
6. Основні функції підприємництва.
7. Основні групи якостей менеджера.
8. Охарактеризуйте основні ролі менеджера.
9. Які якості необхідні менеджеру для успішної кар'єри у фармацевтичному бізнесі?
10. Визначте основні рівні управління в лікувально-профілактичному закладі та на фармацевтичній фабриці.

Теми рефератів, доповідей

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

Список використаної та рекомендованої літератури

1. Закон України "Про підприємництво" // Відомості Верховної Ради України. — 1991. — № 14.
2. Ансофф И. Новая корпоративная стратегия. — СПб.: Питер, 1999.
3. Вейл П. Искусство менеджмента: Пер. с англ. — М.: Новости, 1993.
4. Веснин В. Р. Основы менеджмента: Учебник. — М.: Триада Лтд, 1997.
5. Грин Р. 48 законов власти / Пер. с англ. Е. Я. Мигуновой. — М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2003.
6. Гордон Ю. Керівник в охороні здоров'я: моральні аспекти, стиль, методи // Ваше здоров'я. — 2002. — № 46. — С. 14.
7. Дафт Р. Л. Менеджмент. — СПб.: Питер, 2000.
8. Державне управління охороною громадського здоров'я: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка та Л. І. Жаліло. — К.: Вид-во НАДУ, 2004.

9. *Ефремова В. С.* Стратегия бизнеса. Концепция и методы планирования. — М.: Финпресс, 1998.
10. *Завадський Й. С.* Менеджмент: Management. — К.: УФІМБ, 1997. — Т. 1.
11. *Іванова І. В.* Менеджер — професійний керівник: Навч. посіб. — К.: Вид-во КНТЕУ, 2001.
12. *Князев С.* Управление. Искусство, наука, практика. — Минск: Армита-Маркет, 2002.
13. *Кузьмін О. Є., Мельник О. Г.* Основы менеджменту: Підручник. — К.: Академвидав, 2003.
14. *Литвинова О. Н.* Управленческая роль руководителя системы здравоохранения // Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. — 2002. — № 1. — С. 80–83.
15. *Литвинова О. Н.* Функції менеджера в охороні здоров'я // Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. — 2002. — № 2. — С. 94–95.
16. *Менеджмент в охороні здоров'я: Структура та поведінка організацій охорони здоров'я / За ред. С. Шортела та А. Калюжного.* — К.: Основи, 1998.
17. *Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф.* Основы менеджмента: Пер. с англ. — 3-е изд. — М.: Дело, 1998.
18. *Мінак В. О.* Основы менеджменту і маркетингу в охороні здоров'я. — Харків, 2000.
19. *Нордстрем К. А., Риддерстралле И.* Бизнес в стиле фанк. Капитал пляшет под дудку таланта // www.bolero.ru/
20. *Обер-Крис Д.* Управление предприятием: Классика менеджмента: Пер. с фр. — М., 1997.
21. *Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб. / Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; Кер. авт. кол. Л. Жаліло.* — К.: Вид-во УАДУ, 2001.
22. *Родченко В. В.* Международный менеджмент. — К.: МАУП, 2002.
23. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка.* — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
24. *Управление организацией: Учебник / Под ред. А. Г. Поршнева, З. П. Румянцевой, Н. А. Саломатина.* — М.: ИНФРА-М, 1999.

25. *Хміль Ф. І.* Основи менеджменту: Підручник. — К.: Академвидав, 2003.
26. *Щокін Г. В.* Загальні закони соціального управління // Персонал. — 2005. — № 9. — С. 74–80.
27. *Щокін Г. В.* Загальні соціальні закони // Персонал. — 2005. — № 4. — 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. *Щокін Г. В.* Система управління і її закони // Персонал. — 2005. — № 10. — С. 62–67.

МАУП

ІСТОРИЯ 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 тисячоліть. За цей період теорія і практика менеджменту розвивалися шляхом безперервного нагромадження досвіду.

Початком історії менеджменту вважається зародження писемності в Давньому Шумері, що зумовило виникнення особливої верстви жерців, зайнятих торговельними операціями. Знайдено документи шумерської цивілізації, яка існувала понад 5 тисячоліть тому. Вони свідчать, що давні менеджери прекрасно розуміли важливість таких елементів адміністративного управління, як інвентаризація, реєстрація фактів, організаційна звітність і контроль.

Висячі сади Вавилону і піраміди Єгипту могли постати тільки внаслідок координованих організованих зусиль. Грандіозні споруди Давнього Єгипту викликають здивування не тільки масштабністю, розмахом будівельних робіт, а й організаційним талантом давніх будівельників. Єгиптяни широко застосовували планування й контроль виконання виробничих програм.

Майже 4 тисячоліття тому було написано трактат про методи і 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.

Під час археологічних розкопок м. Сузі було знайдено безліч глиняних табличок, на яких записано 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 у мистецтво управління зробили мислителі Давньої Греції і Давнього Риму.



**Хаммурапі, цар Вавилону,
отримує від бога Сонця звід законів**

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

Сократ (470–399 рр. до н. е.), аналізуючи обов'язки гарного промисловця, торговця, воєначальника, показав, що, по суті, вони в усіх однакові і головний полягає в тому, щоб поставити потрібну людину на потрібне місце й домогтися виконання своїх вказівок. Сократ увійшов в історію як майстер мистецтва діалогу. Його переконлива логіка і неабияке ораторське мистецтво давали змогу дошкукуватися істини через розкриття суперечностей у міркуваннях опонента й переконувати його у своїй правоті.

Інший великий громадянин Афін *Ксенофонт* утвердив 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. *Александр Македонський* створив орган колегіального планування й управління військами — штаб.

У Давній Греції розвивалися не тільки демократичні методи управління. У невеликій давньогрецькій державі Спарті культивувалися тоталітарні методи управління, що ґрунтувалися на твердій дисципліні й цілковитому підпорядкуванні наказам. Цей суворий військово-поліцейський режим з культом аскетизму й рівності, доведеним до абсурду, призвів до економічного застою й деградації культури.

Давній Рим проіснував сотні років. Римські легіони мали чітку структуру управління: армія поділялася на легіони, центурії і когорти. Організаційна структура управління в римській армії була аналогічною сучасній лінійній структурі управління з чітким підпорядкуванням. Кожен воїн знав свого безпосереднього начальника. В кожному підрозділі була залізна дисципліна, намічено ясні цілі, методи вирішення конкретних завдань. Вони йшли переможним маршем через погано організовані європейські країни, через держави Середнього Сходу. Завойовані території віддавалися під управління губернаторів, що підпорядковувалися Риму. В усіх країнах будувалися дороги, щоб прискорити зв'язок з Римом. Організація комунікацій — запо-

рука успіху будь-якої організації. Знамениті дороги, які подекуди використовуються й нині, допомагали збирати податки й данину на користь імператора. Гарні дороги давали змогу легіонам, розміщеним усередині країни, швидко зв'язуватися з окраїнними провінціями, якщо місцеві жителі або місцева адміністрація повставала проти римського правління. Сучасні військові організації теж багатьма рисами дивовижно схожі на організації Давнього Риму.

Були в історії приклади організацій, управління якими здійснювалося так само, як і в сучасних організаціях. Яскравим прикладом є римська католицька церква. Проста структура — папа, кардинал, архієпископ, єпископ і парафіяльний священник — була сформована ще засновниками християнства, проте вона успішно функціонує і сьогодні.

Базова основа для розвитку наукового менеджменту закладена англійськими мислителями. *Томас Гоббс* у 1651 р. і його співвітчизник *Джеймс Стюарт* у 1767 р. доводили, що основним мотивом людської поведінки є прагнення до влади. Англійський філософ *Ієремія Бентам* у книзі “Вступ до принципів 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) та в інших працях сформулював принцип “економічної людини”, головною метою якої є прагнення до збагачення й задоволення особистих потреб. Щоправда, подальші дослідження спростували цю тезу й показали, що більшою мірою були праві Стюарт і Гоббс, тому що винятково до збагачення прагнуть лише близько 12 % людей, тоді як до слави — майже 40 %.

Англієць *Річард Аркرایт*, який офіційно вважається винахідником прядильної машини, об'єднав під дахом своєї фабрики всі процеси текстильного виробництва і запровадив 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 давало змогу істотно заощадити на витратах виробництва й досягти чималих успіхів у боротьбі з конкурентами. По суті, Аркرایт заклав основи того,

що сьогодні називають організацією виробництва. Водночас 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 і справедливої оцінки працівників і за допомогою додаткових виплат за гарну роботу розвивав матеріальну зацікавленість. Ці реформи були унікальними щодо визначення ролі керівника. Люди здалеку приїжджали на його фабрику в Нью-Ланарку (Шотландія), щоб на власні очі побачити “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 був серією послідовних кроків. Скоріше це були окремі підходи, які часто збігалися. Як відомо, об'єктами управління є техніка і люди. Отже, успіхи в теорії управління завжди залежали від успіхів у пов'язаних з управлінням сферах, таких як математика, інженерні науки, психологія, соціологія та антропологія. У міру того, як розвивалися ці галузі знання, дослідники у сфері управління, теоретики й практики дізнавалися щораз більше про фактори, що впливають на успіх організації. Ці знання допомагали фахівцям зрозуміти, чому деякі більш ранні теорії іноді не витримували перевірки практикою, і знаходити нові підходи до управління.

Теорія менеджменту характеризується великою кількістю різних шкіл, теоретичних і практичних підходів. Виокремлюють такі основні *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 та 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) Гілбертами, Гаррінгтоном Емерсоном (1853–1931).

Фредерик Тейлор, 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 книжці “Цехове управління” (1903) і розвинені 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 певного виду роботи;
- навчання і тренування робітників;
- співробітництво адміністрації і робітників.

Важлива характеристика цієї системи — її практична реалізація за допомогою певних засобів, або “техніка системи”. Тейлор скрупульозно заміряв кількість залізної руди й вугілля, які людина може підняти лопатами різного розміру. Ґрунтуючись на отриманій інформації, він змінював робочі операції, щоб усунути зайві, непродуктивні рухи, і, використовуючи стандартні процедури й устаткування, прагнув підвищити ефективність роботи. Тейлор з’ясував, що максимальну кількість залізної руди й вугілля можна перекинути, якщо робітники користуватимуться лопатою-совком місткістю 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 і вирішення в цьому зв’язку проблеми нормування праці.
2. Підбір функціональних майстрів — з проектування роботи, рухів, нормування і заробітної плати, ремонту устатку-

вання, планово-розподільних робіт, розв'язання конфліктів і дисципліни.

3. Запровадження інструкційних карт.

4. Диференціальну оплату праці.

5. Калькуляцію витрат на виробництво.

Резюмуючи, можна сказати, що основна ідея Ф. Тейлора полягала в тому, що управління повинно стати системою, яка ґрунтується на певних наукових принципах, і здійснюватися спеціально розробленими методами й заходами. За Ф. Тейлором, необхідно проектувати, нормувати, стандартизувати не тільки техніку виробництва, а й працю, її організацію та управління. Практичне застосування ідей Ф. Тейлора довело свою важливість, забезпечивши значне підвищення продуктивності праці.

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

За допомогою методу стоп-кадрів вони виявили й описали 17 основних рухів кисті руки і їхню тривалість. Це дало змогу виявити рухи, які при виконанні стандартних дій на звичайному устаткуванні були зайвими, непродуктивними. Наприклад, для укладання цегли було встановлено чотири основні рухи замість попередніх 18, що забезпечило підвищення продуктивності праці мулярів на 50 %. Сукупність елементарних мікро-рухів робітника дістала назву “треблїгів” (треблїг — анаграма прізвища Гілберт).

Ці роботи дали змогу Ліліан Гілберт стати 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 до низу витрачається 7 секунд, а з низу до верху — тільки 3. Використовуючи дві бритви одночасно, він скоротив час гоління на 44 секунди. Але натомість було витрачено близько 2 хвилин на накладання пов'язок на порізи. Під його впливом у Нью-Йорку було зареєстровано товариство, що намагалося поширити принципи ефективності на всі сторони життя.

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

Г. Емерсон поділяв більшу частину переконань Тейлора і в 1908 р. написав книгу “Ефективність як основа виробничої діяльності і заробітної плати”, в якій звернув увагу на важливість обґрунтованої структури організації. Неefективна структура організації, на його думку, може знизити економію на масштабі. Великого значення він надавав стандартизації.

Найважливіші ідеї Емерсон виклав у праці “12 принципів ефективності” (1913), що засвідчила його прихильність до класичного напрямку в менеджменті.

Основні принципи управління за Г. Емерсоном:

1. *Чітке визначення цілей* — вихідний пункт управління.
2. *Здоровий глузд*, який полягає у визнанні помилок і пошуку їхніх причин.
3. *Компетентна консультація* на основі залучення професіоналів з метою вдосконалювання управління.
4. *Дисципліна*, забезпечена чіткою регламентацією діяльності, контролем, своєчасним заохоченням.
5. *Справедливе ставлення до персоналу*.
6. Швидкий, надійний, повний, точний і постійний *облік*.
7. *Диспетчеризація* за принципом “краще диспетчеризувати ще не сплановану роботу, аніж планувати роботу, не диспетчеризуючи її”.
8. *Норми і розклади*, що сприяють пошуку і реалізації резервів.
9. *Нормалізація умов праці*.
10. *Нормування операцій*, які полягають у стандартизації способів їх виконання, регламентуванні часу.
11. *Письмові стандартні інструкції*. За цей принцип Емерсона звинувачували в бюрократизмі. Своїм опонентам він відповів так: “Існує думка, що проповідується з великим пафосом, яка, проте, є неграмотною, нібито стандартні інструкції вбивають у працівнику ініціативу, перетворюють його на автомат. Якщо згадати, як пурхає у повітрі горобець або як бігає по дереву біл-

ка, то здається, що сходи тільки вбивають ініціативу в людині, що спускається з шостого поверху... Я ж віддаю перевагу обмеженості, здоровому глузду та зручності сходів... Працювати найшвидшим і найлегшим способом — означає зменшити зусилля, не знижуючи результатів, і звільнити мозок для ініціативи, для винаходу й розробки ще кращих способів”.

12. *Винагорода за продуктивність.*

Багато ідей Г. Емерсона не втратили свого значення й нині. Так, цікавими є 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, а й речі протилежні. Працювати напружено — означає докладати до справи максимальні зусилля; працювати продуктивно — означає докладати до справи зусилля мінімальні”. Або: “Невизначеність, невпевненість, відсутність чітко поставлених цілей у виконавців є лише відбиттям невизначеності, невпевненості, 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 і, по суті, створили його першу наукову школу, яка дістала назву школи наукового управління. Методологічну основу наукового управління становив так званий *традиційний підхід* до організації, яку розглядали як щось, що складається із самостійних, ізольованих один від одного елементів. Однак функціонування цих елементів підпорядковується певним загальним закономірностям.

Завдання менеджменту розуміли як виявлення цих закономірностей і управління, відповідно до кожного напрямку, діяльністю 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 мотиви людської поведінки.

Праці Ф. Тейлора і його послідовників присвячені питанням управління на його нижньому рівні, де відбувається безпосереднє з'єднання робочої сили із засобами й предметами праці. Питанням управління на вищому рівні приділялося мало уваги.

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

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, розвинув і поглибив ряд важливих концепцій наукового управління. Обґрунтувати класичний (адміністративний) напрям у менеджменті А. Файоль зміг завдяки величезному власному досвіду. З 1888 р., протягом 40 років, він керував великою гірничодобувною компанією “Колombo”. Цю компанію він очолив тоді, коли вона була близька до фінансового краху, а покинув процвітаючою, що займала провідні позиції у світі.

Свої погляди на проблеми управління Файоль виклав у книжці “Загальна промислова адміністрація” (1916), а вийшовши у відставку, очолив Центр адміністративних досліджень. Найважливіші ідеї Файоля викладені в книжці “Загальне і промислове управління” (1916). Взавши за основу ідеї Тейлора про стимулювання праці, він застосував ці положення до діяльності вищої управлінської ланки. А. Файоль заклав основи функціонального управління. Він розділив весь комплекс управлінських робіт в організації на шість основних груп:

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

Група 2. Комерційна діяльність: купівля, 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 шість управлінських функцій (передбачення, планування, організація, розподіл, координація, контроль), висунув й обґрунтував положення про оптимальне співвідношення організаційних, технічних і соціальних здібностей і знань в осіб, що працюють на великих підприємствах. Обґрунтував необхідність виокремлення менеджменту в самостійний вид діяльності. А. Файоль сформував 14 основних принципів, дотримання яких забезпечує ефективність управління. Наводимо їх в авторській редакції.

1. *Поділ праці.* Мета поділу праці — збільшення обсягу і підвищення якості виробництва при витрачанні тих самих зусиль.

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

3. *Дисципліна* — це по суті, покора, ретельність, манера тримати себе, 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 віддавати наказ щодо будь-якого способу дії тільки один начальник. У жодному з випадків не буває пристосування соціального організму до дуалізму підпорядкування. Через те, що це правило не можна не визнавати фундаментальним, я його включаю до принципів.

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

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

7. *Винагорода персоналу.* Винагорода персоналу є оплатою виконаної роботи. Вона повинна бути справедливою і за можливості задовольняти персонал підприємства, наймача і службовця.

8. *Централізація.* Централізація не є системою управління, гарною чи поганою сама по собі. Вона може бути прийнята або відкинута залежно від тенденцій у керівника і від обставин. Але тією чи іншою мірою вона існує завжди. Питання про централізацію або децентралізацію — питання міри. Важливо визначити ступінь централізації, найбільш сприятливої для підприємства.

9. *Ієрархія.* Ієрархія — це певні керівні посади від низьких до найвищих.

10. *Порядок.* Загальновідома формула матеріального порядку — певне місце для кожної речі й кожна 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 — результат поєднання доброзичливості із правосуддям.

12. *Сталість складу персоналу.* Плинність персоналу є водночас причиною і 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. Отже, так само, як і інші принципи, принцип плинності робочого складу має свою міру.

13. *Ініціатива.* Ініціативою називається можливість створювати і здійснювати плани. Свобода висловлення пропозиції і її впровадження також належить до категорії ініціативи.

14. *Єднання персоналу.* Не треба розділяти персонал. Розділяти ворожі для нас чинності для того, щоб їх послабити, — потрібно вміти; але розділяти власні чинності на підприємстві — велика помилка.

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

Вже з 70–80-х років ХХ ст. повний облік і прорахунок наперед, до дрібниць стає малореальним, тому завдання керівника полягає в створенні адаптивних, швидкореагуючих управлінських механізмів, а менеджера — у реалізації обмежених системних підходів.

А. Файоль першим порушив проблему організованого навчання менеджменту.

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

Основна праця М. Вебера “Теорія суспільства й економічна організація” (1920) присвячена проблемі лідерства й бюрократичній структурі влади в організації.

М. Веберу належить думка, що коли кожен службовець апарату управління чітко знатиме, що він повинен робити, як він повинен це робити і виконуватиме все точно за інструкцією, то весь апарат почне працювати як добре налагоджений механізм годинника.

Теорія М. Вебера, по суті, є ідеологією бюрократії. У неупередженому розумінні її сутності бюрократія є досить життєвою і

потужною формою організації і має свої позитивні й 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. Безперечно, такий стан справ в управлінні надає цьому процесу більшої узгодженості й організованості.

Негативні сторони бюрократії пов'язані з тим, що вона практично не залишає простору для творчості й свободи вибору в разі зміни ситуації. Адже будь-який регламент, інструкція, положення обмежені і не відображають усього різноманіття життєвих ситуацій. Це робить бюрократичну організацію менш гнучкою й через те менш життєвою. Хоч як це парадоксально, але бюрократична організація не тільки не підвищує відповідальності 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 напрямку класичної школи управління формулював свої погляди на проблеми організації управління всесвітньо відомий автомобільний король початку ХХ ст. **Генрі Форд перший** (1863–1947), син мічиганського фермера. 1892 року у Детройті він створив свій перший автомобіль на базі селянського візка з двоциліндровим двигуном, в 1893 р. — з чотиритактним двигуном, 1903 року у столярній майстерні почалося серійне виробництво “Моделі А”. У 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 і практики менеджменту він увійшов як ініціатор створення й впровадження поточно-масового виробництва, що базується на стандартизації, типізації і конвеєризації виробничих процесів з поділом праці на окремі операції.

Основні ідеї Г. Форда викладено в його працях “Мое життя, моя праця” (1922), “Сьогодні, завтра” (1926), “Рух вперед” (1930), “Едісон, яким я його знав” (1930).

Наводимо основні принципи управління, впроваджені Г. Фордом:

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

2. Масове виготовлення стандартної продукції, яка забезпечує мінімальну вартість та задоволення масового покупця і є максимальною прибутковою.

3. Безперервність і 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 дає змогу швидко й без зайвих витрат переходити на нові види продукції.

8. Рухомий конвеєр з глибоким поділом праці на безліч операцій.

9. Постійне вдосконалювання управління. Незалежність від людини та її слабкостей.

У перші роки на автомобільному заводі Форда робітник супроводжував машину протягом усього технологічного процесу, змінюючи за необхідності робоче місце при встановленні 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 дало змогу Форду в 1918 р. продавати свою машину всього за 290 доларів. Вартість аналогічного автомобіля конкурентів становила 2100 доларів.

Форд реалізував принцип єдності цілей адміністрації і робітників “прибуток — премія”, що дало змогу значно інтенсифікувати працю й платити робітником не 2, а 5 доларів на день.

Нині конвеєрні лінії застосовуються досить широко у виробництві будь-якої масової, навіть найскладнішої продукції. Концепція стандартизації та 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 ж вузлі день у день. Монотонність, одноманітність праці і, як наслідок, падіння престижності такої роботи потребували пошуку кращої організації управління.

*Школа людських відносин (М. П. Фоллет, Е. Мейо).
Розвиток наук поведінки (Д. Мак-Грегор, А. Маслоу)*

Школа людських відносин — важливий етап розвитку науки управління в 1930–1950 рр. 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”, крім удосконалювання технологічних процесів, наголошувала саме на ролі особистості в ефективності виробництва. Хронологічно Фоллетт належала до епохи наукового управління. Проте за своєю філософією і переконаннями була однією із засновниць школи людських відносин у менеджменті. Вона мала знання в обох сферах і була сполучною ланкою між двома епохами.

Основні елементи концепції управління, визначені М. Фоллетт:

Елемент 1. Участь працівників 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 працівників в управлінні організацією. М. П. Фоллетт однією з перших висунула ідею участі працівників 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 працівників і менеджерів у прагненні до загальної мети. Вона висувала припущення, що в минулому було проведено штучну межу між тими, хто управляє, і їхніми підопічними. Реально ж такої межі немає і всі члени організації, що взяли на себе відповідальність за роботу на будь-якому рівні й ділянці, роблять 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. З огляду на те, що домінування й компроміс тільки поглиблюють конфлікт і в остаточному підсумку призводять до подальшої марної боротьби, інтеграція є кращим способом вирішення конфліктів у бізнесі.

М. Фоллетт зазначала, що будь-який конфлікт інтересів можна вирішити одним із чотирьох шляхів: добровільним підпорядкуванням однієї сторони; боротьбою і перемогою однієї сторони; компромісом або інтеграцією.

Перші два варіанти, на думку М. Фоллетт, не можуть бути прийнятними, тому що обидва, аби досягти переваги, використовують чинність або владу. Компроміс також є марним, через те що він тільки відкладає вирішення суперечки і тому не задовольняє обидві сторони.

Інтеграція містить у собі пошук рішення, яке 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 — виконують їх, досягти інтеграції досить складно. Ролі боса й підлеглого створюють бар’єри, що перешкоджають розпізнанню спільності інтересів. З метою подолання цього М. Фоллетт пропонувала запровадити деперсоналізацію наказів і замінити підпорядкування законом ситуації: “Людина не повинна віддавати накази іншій людині, а обоє мають погодитися з тим, що вимагає ситуація”. Суть закону ситуації ґрунтувалася на науковому менеджменті в сенсі тейлорівського функціонального менеджменту, що передбачало підпорядкування фактам, вивчення яких, а не воля людини, мало 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 іншою людиною (менеджером). На рівні департаменту відповідальність за роботу несуть всі виконавці разом з менеджером, що об'єднує всі індивідуальні відповідальності в групову. Той, хто очолює організацію, також несе сукупну відповідальність за організацію всієї міждепартаментної роботи.

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

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

- скоріше контроль подій, аніж людей;
- скоріше співвідносний контроль, аніж той, що перебиває всі функції та структури.

Кожна ситуація породжує свій контроль, тому саме факти, що формують ситуацію, і 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 так:

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

Виходячи з цих чотирьох основних фундаментальних принципів організації, можна зробити висновок, що організування — це контроль.

Елемент 5. Визначення типу лідерства в координаційній організації. Завершальним елементом філософії бізнесу М. Фоллетт був тип лідерства, який дає змогу діяти всій системі. Основним завданням лідера є визначення мети організації. Лідер повинен переконати своїх співробітників у тому, що вони повинні досягти не його мети, а загальної мети, породженої бажаннями і діяльністю групи.

Найкращий лідер той, хто не просить людей служити йому, а загальному результату. Такий лідер має не послідовників, а чоловіків і жінок, які працюють разом з ним.

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

Елтон Мейо (1880–1949). Теоретичні дослідження М. Фоллетт знайшли своє підтвердження в практичних результатах, отриманих американським соціологом і психологом Елтоном Мейо. Таким чином було сформовано “поведінкову школу”, що вивчала поведінку людини у виробничому середовищі й залежність продуктивності праці від стану виконавця.

У 1927–1932 рр. група гарвардських вчених під керівництвом Е. Мейо проводить знамениті *Хотторнські експерименти* в американській компанії “Вестерн електрик Хотторн”. Все починалося з рутинних досліджень, метою яких було з’ясувати, як освітленість робочого місця, тривалість перерв тощо впливають на продуктивність праці окремих працівників. Відповідно до поставленого завдання було відібрано групу з шести чоловік, над якою проводилися експерименти.

Так, з поліпшенням освітленості робочих місць продуктивність праці, зрозуміло, підвищувалася. Але подальші результати пояснити було складно. Після того, як освітленість почали знижувати, продуктивність праці й далі збільшувалася.

На основі традиційного підходу з позицій тейлоризму це пояснити було неможливо, тому було зроблено припущення, що на продуктивність впливають інші фактори. Для їх виявлення на другому етапі експерименту, що проводився з групою складальників реле, умови трохи змінили. Групі була надана більша свобода, скорочений робочий день, можливість робити додаткові перерви в роботі. Природно, що завдяки таким умовам продук-

тивність підвищилася. Однак після скасування цих пільг продуктивність залишилася на колишньому рівні.

Це вже не можна було пояснити особливо сприятливими умовами праці. 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 найдосвідченіші працівники не тільки не відриваються від групи, прагнучи більше заробити, а навпаки, сповільнюють свій темп, пристосовуючись до тих, хто працює повільніше, щоб не бути порушниками загального ритму і не створювати загрози для благополуччя інших. Водночас ті, хто працював відносно повільніше, намагалися “підтягтися” й максимально збільшити свою продуктивність.

Стало зрозуміло, що організація — це щось більше, аніж просто 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 нижчою, ніж на інших ділянках. Причому жодні матеріальні стимули не могли виправити ситуацію. У результаті спеціальних досліджень Мейо дійшов висновку, що причинами плінності є організація праці, яка виключає можливість спілкування, непрестижність професії. Однак після запровадження двох десятихвилинних перерв для відпочинку становище змінилося: плінність робочої сили різко знизилася, а продуктивність підвищилася.

Відкриття Мейо, пов’язане з проведенням Хотторнських експериментів, деякі дослідники зараховують до найвизначніших і наймасштабніших за всю історію менеджменту. Їх сутність полягає в тому, що соціальні і психологічні фактори значно істотніше впливають на продуктивність праці, аніж фізичні. Зви-

чайно, за умови, що сама її організація є раціональною та ефективною.

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

1. Індивіди мають унікальні потреби, мету, мотиви.
2. Позитивна мотивація потребує, щоб з працівниками поводилися як з особистостями.
3. Особистісні й сімейні проблеми працівника 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 підвищення продуктивності й досягнення бажаних для менеджерів цілей. Водночас люди дуже чутливі до доброго ставлення до них, турботи з боку керівництва і працюватимуть продуктивно навіть при незмінній заробітній платі.

Дуглас Мак-Грегор (1906–1964). Погляди Е. Мейо і його послідовників дістали подальший розвиток у працях соціального психолога, американця Дугласа Мак-Грегора.

Д. 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), у 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 до проблем, пов'язаних з роботою.

Названі фактори тією чи іншою мірою впливають на працівника і визначають якість та інтенсивність його праці. На основі цих факторів Мак-Грегор сформулював два різних підходи до управління, які назвав “теорією Х” і “теорією Y”.

Теорія Х припускає, що людина первісно не любить працювати й уникає роботи, тому її необхідно змушувати працювати насильно, спонукати до праці погрозами. Людина ледача, боїться відповідальності, позбавлена честолюбства, в неї немає бажання самореалізації. Вона прагне до спокійного життя, уникає відповідальності і її турбує тільки власна безпека.

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

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

Водночас потрібно зауважити, що методи управління персоналом у рамках теорії Х мають свої переваги. Авторитарне керівництво забезпечує виконання більшого обсягу робіт у стисліший термін. Але при цьому важко розраховувати на оригінальність рішень, творчу ініціативу, мало того, поглиблюється агресивність у взаєминах з керівником і між членами колективу. У разі запровадження управління за теорією Х у колективах спостерігається загальна атмосфера сторожкості й тривоги, що може призвести до конфліктних, некерованих ситуацій.

Теорія Y базується на таких засадах:

- робота для людини така ж природна, як гра;
- зовнішній контроль — не єдиний спосіб об'єднати зусилля для досягнення цілей організації. Людина може здійснити самоврядування й самоконтроль, служачи цілям, до яких вона відчуває схильність; схильність формується як результат винагород, пов'язаних з досягненням цілей;
- звичайна людина прагне до відповідальності, а її бажання уникнути відповідальності — тільки результат минулого розчарування, викликаний поганим керівництвом. Звичайна людина наділена високим рівнем уяви і винахідливості, які рідко використовуються в сучасному житті, що

веде до розчарування людини й перетворює в супротивника організації.

Якщо теорія Х втілює суто авторитарний стиль управління, то теорія У є демократичним стилем управління і передбачає делегування повноважень, поліпшення взаємин у колективі.

Управління персоналом, що ґрунтується на концепції теорії У, має більш раціональну матеріальну й психологічну основу. Працівник досягає особистих цілей успішніше, якщо застосування його творчих здібностей сприятиме досягненню стратегічних цілей колективу, якщо зовнішній управлінський контроль трансформується у природний самоконтроль і самоорганізацію. Праця є природною потребою людини й еволюція людських відносин, що ґрунтується на підвищенні рівня освіти й розвитку сучасної техніки, сприяє гуманізації суспільства.

Теорія У спирається на віру в моральний потенціал людини. Згідно з нею, людина працюватиме добре, якщо вона задоволена не тільки своїм заробітком, а й своїм місцем і роллю в трудовому процесі. Працівника не потрібно змушувати трудитися, погрожуючи покаранням. Відданий цілям своєї організації, він буде готовий до активної співпраці, проявляючи при цьому ініціативу й творчість. Важливо підтримувати й розвивати ініціативу виконавця. Якщо організація не змогла досягти 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 Х відповідає авторитарному, а теорія У — демократичному стилю управління. На перший погляд розумність теорії У цілком очевидна, але життя таке багатогранне, складне, що іноді менеджер свідомо застосуватиме теорію Х і його рішення залежатиме від багатьох факторів — конкретних умов роботи, особливостей трудового колективу, строків виконання роботи, типу завдання (постійне чи разове), його важливості тощо. Таким чином, розподіл підходів до управління на Х та У суто теоретичний, а на практиці існує комбінація різних стилів управління.



Абрахам Маслоу
(1908–1970)

Абрахам Маслоу народився в Брукліні (штат Нью-Йорк) у 1908 р., навчався на психологічному факультеті Вісконсинського 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 почав працювати над тим, що стало основною справою його життя, книгою “Motivation and Personality” (“Мотивація та особистість”), опублікованою в 1954 р. Як пише сам Маслоу, “я прагнув синтезувати холистичний, динамічний і культурний підходи, які були популярні серед молодих психологів того часу. Я відчував глибинний взаємозв'язок між цими підходами й сприймав їх як окремі аспекти єдиного всеохоплюючого цілого”. 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, яку назвав “узагальнено-динамічною”. Між 1947 і 1949 р. Маслоу залишає академічну кар'єру й організовує Maslow Cooperage Corporation, вирішивши зайнятися власним бізнесом. Проте він зберіг свої академічні зв'язки й продовжував публікувати статті в науковій періодиці у цей період. Повернувшись до академічної діяльності, він став спочатку ад'юнкт-професором, потім повним професором і керівником кафедри в Массачусетському 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 певній ієрархії. В основі цієї ієрархії лежали насущні потреби (їжа, вода, житло), а на вершині — вищі 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 підтримання життя, — їжа, одяг, житло — об'єднується в категорію фізіологічних потреб. Перш ніж людина зможе ставити перед

собою якісь інші цілі, їй необхідно задовольнити ці основні потреби. Нині більшість людей, що працюють і одержують зарплату, цілком спроможні задовольнити свої фізіологічні потреби, тому запити вищих рівнів стають дедалі сильнішим мотиваційним чинником. Наприклад, коли людина має достатню кількість предметів першої необхідності, вона прагнутиме застрахуватися від можливих втрат. Така потреба в безпеці та інші потреби можуть бути задоволені завдяки достатньо високій заробітній платі, яка давала б змогу робити заощадження, а також завдяки системам медичного та соціального страхування і програмам пенсійного забезпечення і гарантії зайнятості.

Над потребою в безпеці розташовується бажання людей спілкуватися, любити і бути коханими, відчувати належність до колективу. Як показали Хотторнські дослідження, ці соціальні потреби можуть бути важливішими за фінансові. Люди також потребують визнання — їм необхідно відчуття значущості своєї особистості як невіддільної частини єдиного цілого. Крім того, вони потребують поваги, яка 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 оточення. Можливість задовольнити такі потреби 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, які “добираються” до цього рівня, працюють не просто через гроші 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 й неможливо) до того, як у людини з'являться “вищі” спонування. Насправді в кожний конкретний момент людиною керує цілий комплекс потреб.

Наука управління або кількісний підхід (1950 р. — до нинішнього часу)

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

Школа менеджменту, в основу якої покладено кількісні дослідження (Акофф Рассел, Стаффорд Бір, А. Гольберген, Лоуренс 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 прийняття 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).

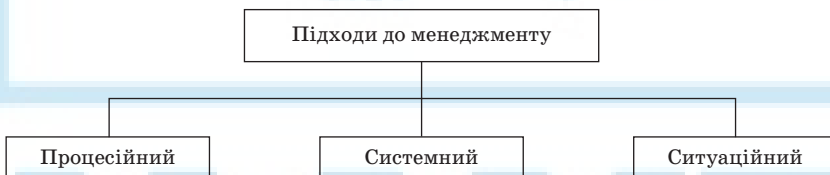


Рис. 2.1. Елементи сучасних підходів до менеджменту

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

У *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 усіх шкіл, що домінували в різний час у теорії та практиці управління, не протиставляючи, а доповнюючи і поповнюючи їх.

Системний підхід у 60–70-х роках ХХ ст. стає універсальною ідеологією менеджменту, а системний аналіз — загальновизначним інструментарієм. Системний підхід розглядає процеси і явища у вигляді сукупності елементів, структур, взаємовідносин і взаємозв'язків. Системний підхід — це не набір чітко визначених принципів, настанов, а передусім спосіб мислення щодо організації й управління.

Система визначається як набір спрямованих на досягнення загальної мети та взаємопов'язаних елементів або частин, що функціонують як єдине ціле. Системи характеризуються ієрархічною побудовою, горизонтальними та вертикальними зв'язками. Вирізняють закриті системи, що функціонують ізольовано (незалежно) від зовнішнього середовища, і відкриті, що зазнають впливу факторів зовнішнього середовища, характеризуються ентропією, синергією та взаємозалежністю підсистем. Керівники у своїй діяльності зустрічаються зазвичай 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. Свого часу відомий теоретик менеджменту французька Мері Паркер Фоллетт (1868–1933) з приводу ситуаційного підходу зазначала, що менеджер повинен виходити із ситуації і керувати нею залежно від 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 базуються на тезі, що успішне вирішення конкретних проблем у конкретних організаціях залежить від спроможності менеджерів ідентифікувати основні характерис-

тики ситуації. Ситуаційний підхід — 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, навиків об'єктивного аналізу і прогнозування. Ситуаційний підхід використовують для подолання кризового стану, коли не існує готових алгоритмів управлінських рішень. Таким чином, ситуаційний підхід поєднує конкретні управлінські прийоми і 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 повинен уміти правильно інтерпретувати ситуацію, виявляти найважливіші чинники в конкретній ситуації, визначати вірогідний ефект від зміни одного або кількох чинників.
- Керівник повинен уміти застосовувати відповідні управлінські навички в конкретних ситуаціях, забезпечуючи досягнення цілей організації найефективнішим шляхом відповідно до наявних обставин.

Сучасні тенденції розвитку менеджменту

Парадигмою ХХ століття була віра в те, що існує певна рівновага, що справи організації можуть бути стабільними та ефек-

тивними. Нове бачення світу базується 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 вирішити таке завдання неможливо. Згідно з новою парадигмою, вони мають навчитися працювати і відчувати комфортність серед постійних змін. Організації повинні знайти шлях до того, щоб зжитися з парадоксом XXI століття — “змінити все, підтримуючи все у дієвому стані”. Щоб досягти цього, треба дивитися на світ іншими очима. Організація й самі менеджери мають постійно навчатися. Одна з найвідоміших концепцій організації, що навчається, належить Пітеру Сенге. Афоризмом сучасного менеджменту стала його фраза: “Швидкість, з якою навчаються організації, може стати єдиним дієвим джерелом конкурентної переваги” (Dr. Peter M. Senge, 1990).

Організація, що навчається, — не нова модель побудови і розвитку компанії, а комбінація передових управлінських інструментів, зведених разом. Організація, що навчається, розглядає навчання не як накопичення знань, а усвідомлений розвиток вмій з використання знань.

За концепцією П. Сенге, при побудові організації, що навчається, потрібно враховувати п’ять 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 усіма 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 одержанню результатів, неможливих для кожного окремого працівника.
5. **Особиста майстерність**. Компанія повинна заохочувати своїх працівників до навчання й особистого розвитку.



**Фредерик Вінслоу Тейлор
(1856–1915)**

Ф. Тейлор — родоначальник школи наукового менеджменту — народився 1856 року у Германтауні (Пенсільванія, США) в родині адвоката. З дитинства був одержимий ідеєю ефективності.

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

У 1884 р. Ф. Тейлор став головним інженером, цього року він уперше використав систему диференційованої оплати за продуктивність праці. Оформив патента-

ми близько 100 своїх винаходів і раціоналізаторських пропозицій.

У 1890–1893 рр. Ф. Тейлор — головний управляючий Мануфактурної інвестиційної компанії у Філадельфії, власник паперових пресів у Мені та Вісконсині. Вперше в історії менеджменту він організував власну справу з управлінського консультування.

Пік його діяльності припадає на час роботи на Бетлехемському сталеливарному комбінаті (1898–1901 рр.). Там він одержав бойове хрещення, перетворюючи в точну науку роботу з лопатою.

Принцип оптимізації роботи з лопатою згодом став універсальним у тейлорівській концепції. В її основі лежало розкладання кожної трудової операції на найпростіші дії і 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. Окремі рухи було прохронометровано, а робочий день розписано по секундах. Однак не хронометраж приводив лише до точнішого визначення можливостей фізичних зусиль робітника. Тейлор раціоналізував

саму роботу й, зокрема, запровадив фізіологічно доцільні режими змін праці й відпочинку.

Суть своєї системи Ф. Тейлор формулював так: “Наука замість традиційних навичок; гармонія замість суперечностей; співробітництво замість індивідуальної роботи; максимальна продуктивність замість обмеження продуктивності; розвиток кожного окремого працівника до максимально доступної для нього продуктивності й максимального добробуту”.

“Розвиток наукової організації праці, — писав Ф. Тейлор, — передбачає 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 зроблено систематичний облік, вимірювання тощо їх дії”.

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

Величезне значення Тейлор приділяв правильному підбору й підготовці працівників: кожному доручалася така робота, для якої він найкраще підходив. Для цього враховувалися і фізичні, і психологічні особливості кандидатів. Однак навіть коли кандидат повністю відповідав майбутній роботі, керівництво навчало його оптимальних робочих рухів й інструктувало про порядок і способи застосування стандартизованих інструментів і матеріалів.

Ф. Тейлор вважав, що потрібно навчити працівників працювати, а керівників управляти. Це важко, оскільки працівники ледачі, а керівники — бездарні. Як же боротися з лінійними працівниками? Винагороджувати працівника потрібно тільки за ретельність і відповідно до покладеного на нього завдання. “Ініціативний” працівник може завдати шкоди виробництву: він не керівник і тому не може правильно організувати свою працю. Водночас Тейлор вважав, що керівництво повинно йти на поступки працівникам, підтримувати дружні відносини з ними.

Ф. Тейлор заявляв, що основним і єдиним будівельним матеріалом ефективно організації може бути тільки окремих, ізольований працівник. Тому він активно виступав проти групових, артільних форм організації праці. “У тих випадках, коли працівники об’єднані в артілі, кожен з них окремо стає набагато менш продуктивним, аніж тоді, коли стимулюється його особисте самолюбство. У більших артілях індивідуальна продуктивність кожної окремої людини неминуче падає до рівня найгіршого працівника в артілі і навіть нижче цього рівня”.

Ф. Тейлор наполягав на необхідності платити кожному працівникові відповідно до його індивідуального виробітку, а не залежно від виробітку тієї групи працівників, до якої він входить. Диференційована

відрядна оплата, на його думку, стимулює працівників до більших зусиль. І хоча відрядна форма оплати широко застосовувалася й до нього, Тейлор запропонував застосовувати її лише на основі свого наукового дослідження, що дає змогу визначити, який обсяг роботи може й повинен бути виконаний протягом певного відрізка робочого часу.

Кожному працівникові варто доручати виконання найбільш складної роботи, яку він може виконувати відповідно до його вмінь і фізичних даних. І важливо, щоб результати його праці досягли рівня кращого працівника того ж розряду. Гроші можуть бути вирішальним фактором впливу на трудову поведінку більшості працівників, і найкваліфікованішим з них варто виплачувати надбавку від 30 до 100 % порівняно із середнім заробітком. “Винагорода, — говорив Тейлор, — для того, щоб вона мала належний ефект, повинна наставати дуже швидко за виконанням самої роботи” (“як і при дресируванні звірів”, відповідали йому опоненти).

У системі Тейлора надзвичайно підвищувалася роль керівників організації: саме вони повинні відповідати за впровадження науково обґрунтованої системи, що забезпечує постійне збільшення 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 розробляти стандарти і забезпечувати необхідне співробітництво лежить винятково на адміністрації підприємства”.

Управління за старими принципами, в основу яких було покладено структуру лінійної субординації — команди, що йдуть “зверху”, й беззаперечне їх виконання на всіх “поверхах”, — Тейлор вважає рудиментом наївних часів. Завдання наукового менеджменту полягає в скасування організації військового типу й впровадженні функціонального управління. Його суть — у максимальному поділі праці, в тому числі й між самими керівниками. Працівник повинен одержувати накази від восьми різних десятників, кожен з яких виконує особливі функції й відповідає за свій елемент виробництва. З восьми “функціональних майстрів” безпосередньо в цеху повинні перебувати тільки четверо: бригадир, інспектор, що оцінює результат праці працівника, 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 та ін.

Тейлор вважав, що директори дуже швидко переконаються в ефективності нової системи управління: збільшення кількості “невиробничих” працівників порівняно з кількістю “виробників” в остаточному підсумку виявиться збільшенням не канцелярщини, а економії.

Ф. Тейлор помер 21 березня 1915 р. На його надгробному камені напис: “Батько наукового менеджменту”.

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

Як свідчать археологічні дослідження, у 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 можливість успішної боротьби з ворожим племенем. Медична діяльність була обов'язком жінок, зокрема передбачалося підтримання чистоти у приміщенні, дотримання гігієнічних ритуалів членами племені, надання медичної допомоги, збирання лікарських рослин. З ускладненням форм господарської діяльності, класовим розмежуванням, виникненням і розвитком релігії гігієнічні ритуали поступово набувають характеру священнодійств. Їх збереження і розвиток стають обов'язком старійшин роду, які згодом започаткували жрецьку касту, в руках якої зосереджується мистецтво зцілення від хвороб та продовження життя.

Охороні здоров'я як ефективному чиннику внутрішньої політики приділялася увага вже при формуванні перших держав: встановлюються гігієнічні та протиепідемічні правила, робляться спроби регламентувати лікувальну допомогу. Так, зокрема, здійснюється ізоляція хворих на епідемічні хвороби, запроваджується контроль за кваліфікацією лікарів та охорона їхніх прав на лікувальну практику, встановлюється відповідальність за незаконне лікування, лікарські помилки та ін.

Стародавній Схід

Організація охорони здоров'я в Месопотамії

У Месопотамії у XVIII ст. до н. е. медична практика регламентувалася грошовою винагородою за успішне лікування і покаранням у разі невдалого результату.

Так, у давньому Вавилоні існував кодекс царя Хаммурапі, який було викарбовано на базальтовому стовпі. Статті 210–223 цього кодексу визначали норми медичного бізнесу — оцінку роботи лікаря, плату за медичні послуги. Наприклад, ст. 215 цього кодексу має такий зміст: “Якщо лікар робить у когось тяжку

операцію за допомогою бронзового ножа і вилікує хворобу або якщо видалить у когось бронзовим ножем катаракту, вилікувавши таким чином око, він може одержати за це 10 секелів срібла”. У давньому Вавилоні це був великий гонорар, він становив десятимісячну 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 мусив платити значний грошовий штраф. У параграфі 218 кодексу царя Хаммурапі зазначено: “Якщо лікар робить у когось серйозну операцію бронзовим ножем і спричинить смерть хворого або якщо він видалить комусь катаракту з ока і порушить око, то він карається відтинанням руки”.

Організація охорони здоров'я у Стародавній Індії

Лікарській справі надавалося великого значення у Стародавній Індії. Основні моральні принципи лікаря містяться у трактаті “Аюрведа” (“Наука життя”), у вченні давньоіндійських лікарів, насамперед Сушрути. Про високе становище лікаря у Стародавній Індії можна судити з легенд, за якими одним із чотирнадцяти найцінніших створінь, створених богами шляхом змішування землі і моря, був учений-цілитель. Згідно з давньоіндійськими трактатами, лікар повинен мати високі моральні і фізичні якості, співпереживати хворому, бути розважливим і спокійним, вселяти у хворого впевненість у сприятливому результаті захворювання. Зокрема, він повинен бути здоровим, охайним, скромним, терплячим, мати коротко підстрижену бороду, чисті й обрізані нігті, носити білий, напарфумлений пахощами одяг, виходити з дому з палицею або парасолькою, уникати балачок. Згідно з вченням Сушрути, лікар повинен володіти всіма тонкощами лікувального мистецтва, має бути гарним практиком і знати теоретичну медицину.

У своєму трактаті Сушрута писав: “Лікар, не вправний в операціях, розгублюється біля ліжка хворого, наче боягузливий солдат, який вперше потрапив у бій.

Водночас лікар, який вміє тільки оперувати й ігнорує теоретичні відомості, не заслуговує на повагу і може наражати на не-

безпеку 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 — до чи у післяопераційний період. Існували етичні норми поведінки лікаря щодо помираючого та його родичів. Особливо важливим вважалося збереження лікарської таємниці, зокрема інтимних відомостей про хворого, його сім'ю, прогноз його захворювання.

Для виховання почуття обов'язку, моральних принципів у Стародавній Індії існували певні традиції у підготовці лікарів. Навчали лікарів спеціальні наставники. На ритуалі прийому в учні до лікаря наставник говорив: “Ти тепер залиш свої пристрасті, гнів, користоловство, безумство, марнославство, гордість, заздрощі, грубість, жартування, фальшивість, лінь та інші вади поведінки...”

На урочистій церемонії, присвяченій закінченню навчання, учитель мистецтва лікування виголошував промову про моральний обов'язок лікаря. Її наведено у трактаті Чарака-самхіта: “Ви повинні всією душею прагнути видужання хворого, не зраджувати своїх хворих навіть ціною власного життя, не пиячити, не творити зла або мати злих товаришів, повинні бути розсудливими і завжди прагнути удосконалювати свої знання. Коли ви йдете в дім хворого, то 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 домі хворої людини, не потрібно розповідати”.

Право на лікувальну практику давав раджа. Він же стежив за виконанням лікарського обов'язку, етичних принципів при одержанні лікарями оплати за свою працю, використовуючи звід вказівок про правила поведінки індійця у приватному та суспільному житті відповідно до релігійних догм брахманізму (Закони 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 знедолених, друзів лікаря і брахманів — служителів культу.

Організація охорони здоров'я у Стародавньому Китаї

Основи медичної справи Стародавнього Китаю викладені у праці “Хуанді нейдзін” (“Про природу і життя”). Особливістю медичної практики давніх китайських лікарів був психологічний підхід до пацієнта. Основні правила лікарів включали індивідуальний підхід до хворого та лікування відповідно до характеру захворювання. Давній китайський лікар повинен був вселити хворому надію в те, що він одужає. Одним з основних правил, яких повинен був дотримуватися лікар щодо хворого, було “вміти тримати серце в грудях”, тобто не допускати гарячкості та інших екстремальних реакцій.

У Стародавньому Китаї також існував філософський підхід до ролі медицини в житті окремої людини і суспільства. Це було закріплено в такому принципі: “Медицина не може врятувати від смерті, але спроможна продовжити життя, зміцнити державу і народи своїми порадами”. Тому в суспільстві заохочувалися бесіди лікарів з колегами, обговорення з досвідченишими лікарями складних випадків діагностики та лікування.

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

Організація охорони здоров'я в Персії

Основи медичної справи у Персії були подібні до давньокитайських. Насамперед лікар повинен поважати особистість хворого і проводити діагностику та лікування, враховуючи його індивідуальність. У 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. До лікаря ставилися як до напівбога. Звідси — священний трепет перед ним, віра в його мистецтво, що сприяловилікуванню від недуги. У Персії та інших країнах Стародавнього Сходу деякі відомі лікарі були піднесені до рангу богів. ореол всемогутності у поєднанні з лікарською терапією, використанням природних

факторів і тонке розуміння психіки хворої людини перетворили працю лікаря на мистецтво зцілення.

Організація охорони здоров'я у Давній Греції

Розвиток медичної справи у Давній Греції поділяють на два періоди: догіппократівський і гіппократівський.

Законами Лікурга (IX–VIII ст. до н. е.) встановлювалася система гігієнічного та фізичного виховання спартіатів. Запроваджувався контроль за шлюбами, здорових новонароджених призначали для суспільного виховання, кволих — знищували. Вся система суспільного виховання перебувала в руках спеціальних чиновників — ефорів.

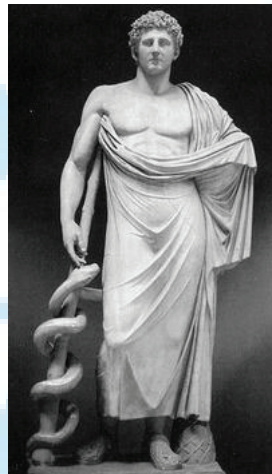
Основними принципами догіппократівської медицини були повага до особистості лікаря в суспільстві, диференційоване ставлення лікаря до різних хворих.

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

Асклепій — бог лікування, син Аполлона і німфи Короніди (за іншою версією, Арсиної, дочки Левкіппа), яку Аполлон убив за зраду (Короніда виявила прихильність до Ісхія). Коли тіло Короніди спалювали на поховальному багатті, Аполлон вийняв з її черева немовля Асклепія і приніс його на виховання мудрому кентаврові Хірону, який навчив його мистецтва лікування. Асклепію спало на думку зухвале — воскрешати мертвих (він воскресив Іполита, Капанея, Главка — сина Міноса та ін.). За це розгніваний Зевс убив Асклепія блискавкою, адже життями і смертями розпоряджався Аїд і ніхто, окрім нього, не мав права цього робити.

Коли Асклепій набув у мистецтві лікування великого досвіду, Афіна дала йому кров, що витекла з жил медузи Горгони. Кров, яка текла з лівої частини медузи, несла смерть, а з правої частини — використовувалася Асклепієм для порятунку людей.

Культ цього божества був особливо популярний в Епідаврї, куди йшли за зціленням з усіх кінців Греції. Неодмінним атрибутом Ас-



клепія був жезл, який обвивала змія (або навіть дві). Іноді він сам асоціювався із 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 Кос було відоме святилище Асклепія, знамениті лікарі острова Кос вважалися його нащадками і називалися асклепіадами.

Асклепій мислився іпостасю Аполлона, відомі їхні спільні храми й атрибути. Синами Асклепія від його дружини Епіони були Подалірій і Махаон (загинув у Троянській війні). Про них залишив згадку Гомер як про прекрасних лікарів. Серед дочок Асклепія відомі богиня здоров'я Гігієя, всецілителька Панацея (Панакея) і лікувальниця Іасо. У святилищі Амфіараєя в Оропі стоїть жертвник, одна з частин якого була присвячена Панацеї, Гігієї та Афіні Пеонії (“цілительці”).

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

У римській міфології Асклепія називали Ескулапом, його культ було запроваджено в Римі на початку III ст. до н. е. на одному з островів Тібра. В місці, де була випущена привезена з Епідавра змія, було засновано храм цього бога.

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

Гіппократівський і післягіппократівський періоди впливали на розвиток медицини не лише у Давній 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 радив не тільки лікарям спрямувати зусилля навилікування хворого, а й усім з його оточення. Ці обставини сприятимутьвилікуванню хворого. Гіппократ не рекомендував лікарям надавати допомогу невиліковно хворим. На думку Гіппократа, взаємовід-

носини лікарів повинні підпорядковуватися інтересам хворого. Якщо лікареві складно встановити діагноз, то він повинен порадитись з колегами. Гіпократ говорив: “Немає нічого ганебного, якщо лікар відчуває труднощі в якомусь випадку і через свою недосвідченість просить допомоги в інших лікарів, з якими разом зміг би з’ясувати стан хворого і які посприяли б йому”, або: “Лікарі, які разом оглядають хворого, не повинні сперечатися між собою і висміювати один одного, бо ніколи судження одного лікаря не повинно викликати заздрощів іншого, це означало б показати свою слабкість”.

Основні положення медичної етики, викладені в “Клятві Гіпократа”, зберігають актуальність дотепер:

- “Non nocere” (Не нашкодь!). Всяке лікування, всі дії, всі поради лікаря повинні бути спрямовані на користь хворого, приносити йому користь;
- людське життя є беззаперечною цінністю;
- лікар повинен поважати приватне життя пацієнтів, утримуватися від аморальних вчинків;
- лікар повинен зберігати лікарську таємницю, поважати свою професію.

Про розвиток медицини в Давній Греції можна судити не тільки з наукових праць та авторитету лікаря в країні, а й за рівнем організації і лікування хворих та системою підготовки лікарів. Медична допомога надавалася такими категоріями лікарів:

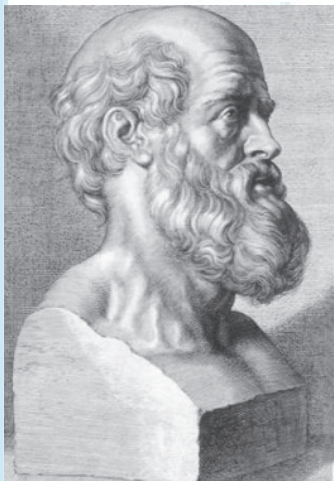
- жерцями асклепейонів;
- практикуючими лікарями ятрей;
- практикуючими лікарями нозокомейонів;
- періодевтами.

Медична допомога надавалася в *асклепейонах* — храмах, збудованих на честь Асклепія. Частина жерців у цих храмах виконувала функції лікарів. Лікування в асклепейонах здійснювалося методами психотерапії та психогігієни, із застосуванням водних процедур, масажу, інших фізичних методів. У разі необхідності відбувалися й хірургічні втручання. У таких храмах існували медичні школи.

Друга категорія лікарів надавала медичну допомогу в невеличких цивільних лікарнях — *ятрейях*. Ці лікарні розташовувалися вдома у практикуючих лікарів і призначалися для кількох пацієнтів, які потребували нетривалого лікування.

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

Четвертою категорією були лікарі-мандрівники, які називалися **періодевами**. Вони ходили населеними пунктами і могли зупинитися в них для надання тимчасової медичної допомоги хворим.



Гіппократ
(близько 460 р. — близько
356 або 377 р. до н. е.)

Знаменитий грецький лікар народився на острові Кос у сім'ї потомствених лікарів. Початкову медичну освіту здобув від батька Геракліда. У двадцять років був посвячений у жерці, без чого на ті часи займатися медичною практикою було неможливо. Тоді ж став відомий як чудовий лікар. Медицину вивчав у різних країнах, тривалий час провів у Єгипті. Школа Гіппократа розташовувалася у гробниці Асклепія на Косі. Він знав і застосовував у лікувальній практиці понад 200 цілющих трав, був прихильником масажу, занять гімнастикою, водних процедур. Був першим лікарем, праці якого збереглися до наших днів. Могила Гіппократа багато років була місцем паломництва: згідно з однією з легенд, дикі бджоли, що водилися неподалік місця поховання Гіппократа, давали мед, який мав цілющі властивості. Гіппократа називають “батьком медицини”. До наших днів збереглася традиція, що зобов’язує молодих лікарів давати так звану клятву Гіппократа, в якій сформульовано основні етичні постулати лікаря.

Афоризми, цитати, які належать Гіппократу

- Що не виліковують ліки, те виліковує залізо; що не виліковує залізо, те виліковує вогонь; що не виліковує вогонь, те виліковує смерть. (Згідно з іншими джерелами фраза звучить так: “Чого не зціляють ліки, зціляє залізо; чого не зціляє залізо, зціляє вогонь, а те, чого не виліковує вогонь, слід вважати невиліковним”.)
- Медицина справді є найблагороднішою з усіх 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 відмінності між мудрістю і медициною.
- Наші харчові речовини повинні бути лікувальним засобом, а наші лікувальні засоби повинні бути харчовими речовинами.
- Зцілення — справа часу, але іноді це також справа можливості.
- Люди похилого віку хворіють менше, ніж молоді, але їхні хвороби закінчуються лише разом з життям.
- Деякі хворі, незважаючи на усвідомлення приреченості, видужують тільки тому, що упевнені в майстерності лікаря.
- У всякій хворобі, якщо не втрачається цілковите самовладання і зберігається смак до їжі, — це добра ознака; у протилежному разі — погана.

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

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

Організація охорони здоров'я у Давньому Римі

На відміну від організації охорони здоров'я у Давній Греції, яка ґрунтувалася на приватній практиці лікарів, у Давньому Римі було зроблено спробу перейти до системи державної підготовки та управління діяльністю лікарів.

У Давньому Римі практикувало кілька категорій лікарів. Окрім практикуючих лікарів встановлювалися окремі посади для головних лікарів великих міст — архіатів. Згодом архіатів почали призначати і в провінціях. Архіати, як правило, надавали медичну допомогу багатим громадянам Риму. Для надання медичної допомоги іншому населенню призначалися народні лікарі. Крім цих двох категорій лікарів окремо призначалися лікарі, які працювали при великих видовищах — у театрах, цирках, гладіаторських аренах. Так, Клавдій Гален у молоді роки був лікарем гладіаторів. Лікарі Давнього Риму інколи брали на себе функції судових медиків. Наприклад, відомий лікар

Антилл виконував роль судового медика у зв'язку з вбивством Юлія Цезаря.

Система охорони здоров'я Давнього Риму вважається однією з найбільш раціональних у давньому 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 — виокремлюються 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, хто захворів на тривалий строк, — відправляли додому. Коли з розширенням меж Римської імперії це стало неможливо, у стратегічних пунктах були засновані військові лікарні — валетудинарії. З часом у провінціях почали організовувати лікарні для імперських чиновників і членів їхніх сімей.

Згодом, через загрозу епідемій, постала необхідність організації медичної допомоги для бідних. Так, у зв'язку з епідемією чуми (166–180 рр.) Марк Аврелій для надання медичної допомоги для бідних 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 Давньому Римі, а потім у Візантії.

Наприкінці I ст. н. е. почали створюватися лікарні для бідних, які фінансувалися органами міського управління. В деяких містах приватні лікарні починають отримувати субсидії від уряду і стають повністю або частково суспільними закладами.

В останні роки існування імперії в Римі та деяких провінціях чітко регламентувалася кількість практикуючих лікарів. Підготовка майбутніх лікарів здійснювалася під патронатом архіатів. Найбільш кваліфіковані лікарі отримували право на практику.

Організація охорони здоров'я в VII–XVII ст.

Характерною особливістю середніх віків було утворення численних чернечих орденів (францисканського, бенедиктинсько-

го, домініканського), які відводили у монастирях місця для хворих. Згодом церква почала перетворювати ксенодохії (заїжджі двори Сходу для прочан) на притулки для хворих, старих, вдів і сиріт. Кошти для їх утримання формувалися з добровільних пожертвувань. У 370 р., у зв'язку з наслідками голоду, єпископом Васиєм у Кесарії була заснована ксенодохія Базілла, що складалася з великої кількості упоряджених приміщень, де було передбачено ліжка для хворих і старих. Догляд за ними було доручено лікарям та прислужникам. Пізніше такі шпиталі створюються в Галлії — у V ст. в Ліоні, в 651 р. — у Парижі. Таким чином, створювалася система лікарень-шпиталів.

Оскільки до XVI ст. не було централізованої державної влади, функції організації охорони здоров'я не належали цілковито державі, 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 належало: нагляд за їжею, упорядкування помешкань, профілактика та лікування. Починаючи з IX ст. феодали залучають хірургів для своїх дружин. Особливого поширення ця тенденція набула в часи хрестових походів.

У зв'язку з розвитком міст, починаючи з XII ст., функції управління охороною здоров'я беруть на себе органи міського самоврядування. В містах, поряд з притулками для бідних пацієнтів, будуються лікарні для всіх громадян. Кошти для будівництва формуються за рахунок внесків громадян, при цьому розмір внеску відповідав розміру допомоги. Для керівництва шпиталями запрошували лікарів, управління здійснювалося магістратами, із середовища яких призначали двох осіб: одна контролювала лікування, інша — господарську діяльність шпиталю.

Центрами медичної освіти в Західній Європі були університети, відкриті у VIII ст. в Салерно, у XII–XIII ст. — у Болоньї (1158 р.), Парижі (1125 р.), Падуї, Оксфорді, у XIV ст. — у Празі (1348 р.), Відні, Кракові (1364 р.). Спочатку це були приватні навчальні заклади, але згодом вони цілковито потрапили в залежність від церкви, яка контролювала статuti, уклад життя, навчальні плани університетів. Що ж до філософських медич-

них обґрунтувань, то в університетах було офіційно визнано вчення Галена.

У XIII ст. в Німеччині почали будувати перші шпиталі (лазарет Св. Йоахима у Лейпцигу, Бартоломіївський шпиталь у Дрездені), проте вони не були лікарняними закладами в повному розумінні, бо їх завданням було не лікування, а ізоляція хворих на лепру. Після зниження в Європі захворювання на лепру ці заклади було перетворено на притулки для сиріт та шпиталі. Проте залишилася сама ідея ізоляції хворих як захід боротьби з епідеміями. Міська влада впроваджувала висилання за межі міста інфекційних хворих, забороняла хворим та їхнім родичам торгувати харчовими продуктами.

У XII–XIII ст. в окремих європейських країнах видаються державні розпорядження, спрямовані на регламентацію медичної практики та поліпшення санітарного стану країни. Згідно з едиктом короля Роджера Сицилійського (1140 р.), самостійна лікарська практика на території королівства дозволялась 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 майже 25 мільйонів європейців і стала на заваді міжнародній торгівлі, гостро постало питання впровадження систем протиепідемічних заходів та організації охорони здоров'я. 1348 року у Венеції створюється перша Санітарна рада, яка поєднувала керівництво лікувальною справою із санітарно-поліцейськими функціями. У 1370–1374 рр. у Венеції та Мілані запроваджується система карантинних заходів, яка передбачала ізоляцію хворих та осіб, які прибули з “підозрілої” місцевості. Карантин супроводжувався спалюванням всіх речей, які належали зараженим.

Венеціанська система протиепідемічних заходів та організації охорони здоров'я вплинула на розвиток санітарного законодавства в інших містах Європи. Наприкінці XIV ст. практично в усіх містах Західної Європи запроваджується система протичумних карантинів. 1424 року німецький імператор Сигізмунд II

запровадив в усіх імперських містах посаду міського лікаря — штадт-фізика, який утримувався за рахунок міської казни. До обов'язків цих лікарів входило здійснення заходів з боротьби з епідеміями, керівництво лікарнями, контроль за діяльністю практикуючих лікарів, аптекарів, акушерок, боротьба із знахарями та судово-медичні функції. 1685 року бранденбурзький курфюрст Фрідріх Вільгельм створює центр медичного управління — Медичну колегію, до обов'язків якої входило спостереження за діяльністю всього медичного персоналу, приймання іспитів на право самостійної практики у лікарів та аптекарів, контроль за продажем лікарських засобів. 1719 року для керівництва та організації боротьби з епідеміями створюється спеціальний орган — Санітарна колегія. Відповідні органи було створено в низових інстанціях, у кожній провінційній раді був ще один лікар — ланд-фізик. У 1794 р. обидві колегії було об'єднано в одну обер-колегію, а на місцях створено провінційні медико-санітарні колегії. Так звана пруська система охорони здоров'я стала взірцем для інших німецьких держав.

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

Таким чином, упродовж десяти століть 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 запровадили системи контролю за освітою та діяльністю лікарів.

Наприкінці XV ст. постає 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 приказ, що став найвищим органом медичного управління в Московській державі.

Аптекарський приказ на першому етапі своєї діяльності був придворною медичною установою, управляв царською аптекою,

завідував медичним персоналом. До обов'язків Аптекарського приказу входило лікування царя, його сім'ї і наближених. Виготовлені “відбірні лікарські засоби” для царя зберігалися в особливій кімнаті (“казенці”), охоронялися і відпускалися тільки з дозволу дяка Аптекарського приказу. Виписування ліків і їх приготування ретельно охоронялося. Приготовані для царського двору ліки куштували спочатку лікарі, які їх прописали, потім аптекарі, які їх приготували, і нарешті особа, яка займалася постачанням ліків до царя.

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

У середині XVII ст. Аптекарський приказ з придворної установи перетворився на загальнодержавну. Значно розширилися і його функції. Аптекарський приказ запрошував на службу іноземних лікарів і займався підготовкою національних кадрів, розподілом їх на посадах, перевіркою “докторських казок” (історій хвороб) і виплатою платні. Аптекарський приказ керував аптеками, аптекарськими городами та організацією збирання лікарських рослин у масштабі країни.

Військові події поставили перед Аптекарським приказом 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 шпиталів, огляд солдатів на придатність їх до несення військової служби.

У першій половині XVII ст. всі витрати Аптекарського приказу оплачувалися із загальної скарбниці, а згодом ця установа вже мала власний бюджет. На 1681 р. штат Аптекарського приказу значно збільшився. Серед 80 співробітників було 6 лікарів, 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.

Місце розташування Аптекарського приказу не було постійним. Спочатку ця установа була на території Кремля, у кам'яній будівлі навпроти Чудового монастиря. У другій половині XVII ст. основні служби Аптекарського приказу було перенесено на нове місце.

У 1690 р. було видано указ царів Івана і Петра Олексійовичів “Про поліпшення постановки аптечної і медичної справи в Аптекарському приказі”. В ньому наголошувалося, що лікарі й аптекарі не мають між собою доброї згоди, “без всякої причини” між ними спостерігаються часто “ворожнеча, сварка, наклеп і нелюбов”. Звідси у молодших чинів до лікарів і аптекарів — “неслухняність”, у справах “недбальство”. В указі зазначалося, що за такого стану справ виготовлені ліки замість користі можуть завдати людям страждань. Для наведення належного ладу в медичній справі і в аптеках указ наказував кожному лікареві й аптекареві складати присягу і клятву.

1654 року при Аптекарському приказі було відкрито Школу російських лікарів. Водночас продовжувала діяти і система учнівства. Учнів лікарської і аптекарської справи направляли до досвідчених лікарів і аптекарів для отримання медичних знань і лікарських навичок.

У XVII ст. в російській медицині відбулися деякі якісні і кількісні зрушення. Будуються шпиталі та лікарні, впроваджується підготовка лікарів. Школа російських лікарів давала обширні знання. Лікарі перебували на державній службі, користувалися лікарськими “порадниками” і “травниками”. У 1658 р. Єпіфаній Славенецький вперше переклав російською мовою книжку знаменитого А. Везалія “Про будову людського тіла” (1543). Серед медиків мала успіх книжка “Таємниця таємниць, або Аристотелеві брами”, в якій було викладено не тільки лікарські знання, а й питання медичної етики.

Перші лікарні будуються як коштом державної казни, так і приватні. У Москві на кошти боярина Ртіщева 1656 року було споруджено невелику цивільну лікарню на дві палати. 1635 року при Троїцько-Сергіївському монастирі побудовано лікарняні палати, які збереглися дотепер.

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

Другий тимчасовий шпиталь було відкрито у Смоленську в 1656 р. під час війни з Польщею. У ньому працювала велика група російських лікарів і лікарських учнів. У Москві на Рязань

ському дворі в 1678 р. також було створено тимчасовий шпиталь. Лікування поранених і їх медичне обслуговування в тимчасових шпиталях здійснювалися за рахунок державних коштів.

1682 року цар Федір Олексійович наказав Аптекарському приказу влаштувати два постійні шпиталі (лікарні) в Знаменському монастирі і на Гранатному дворі за Нікітськими воротами.

Внаслідок епідемії чуми в 1654–1655 рр. було розроблено і впроваджено карантинні заходи, а також перші протиепідемічні заходи. У Москві було вжито суворих заходів — створено карантин, встановлено застави. Будь-який зв'язок з Москвою карався стратою. Листи переписували на заставах і передавали через вогонь. Будинки очищали від трупів і виморожували.

Організація охорони здоров'я у XVIII–XIX ст.

Першу реформу організації охорони здоров'я, яка була частиною загальної системи державного управління, було здійснено у Франції. 1822 року при міністерстві внутрішніх справ було створено вищу санітарну раду. Всі медико-поліцейські і санітарно-протиепідемічні функції було покладено на державний адміністративний апарат: при префектах було 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 переважно з лікарів, які були на державній службі. Характерно, що державне управління стосувалося виключно заходів із санітарного благоустрою, контролю за санітарним станом територій, про-

ти епідемічної роботи і не торкалося питань лікувальної допомоги. Внаслідок виникнення буржуазії та прошарку службовців збільшилася кількість населення, яке могло вирішити питання надання медичної допомоги кваліфікованим приватно практикуючим лікарем, проте проблема надання медичної допомоги населенню з низьким рівнем доходів залишалася відкритою.

1848 року в Англії було прийнято “Біль про усунення санітарних шкідливостей та запобігання хворобам”, згідно з яким у містах з великою густотою населення, якщо смертність на 1000 мешканців перевищувала 23, засновувалося на вимогу 0,1 платників податків місцеве лікувальне управління. Цього ж року 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, запроваджується принцип забезпечення взаємодопомоги за рахунок коштів, отриманих із систематичних внесків — страхування здоров'я.

Значного поширення дістали у Франції “Товариства взаємодопомоги”, в Англії — “дружні товариства” та “робочі клуби”, в Німеччині — “вільні допомогові каси”. В Німеччині 1849 року було прийнято закон, згідно з яким органи міського самоврядування діставали право обкладати внесками до “вільних допомогових кас” також підприємців.

1875 року в Англії прийнято “Закон про громадське здоров'я”, створюються санітарні ради в містах та сільських громадах, вживаються заходи щодо оздоровлення робітничих кварталів. У багатьох країнах Європи починають діяти санітарні кодекси: в Німеччині — в 1871 р., в Австрії — у 1876 р., в Угорщині — у 1877 р., у Швеції — в 1879 р. Санітарні кодекси передбачали карантинно-загороджувальні заходи, встановлювали норми щодо виробництва та зберігання харчових продуктів, комунальної санітарії, правила ізоляції та госпіталізації хворих на інфекційні захворювання та ін.

Таким чином, у ХІХ ст. розвиток та потреби виробництва зумовили прийняття санітарного законодавства у більшості європейських країн. Проте, незважаючи на створення служб охорони здоров'я, система медичної допомоги була не зовсім досконалою. Стаціонарна допомога в системі муніципальних, приватних та благодійних лікарень 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, володіли певними медичними знаннями. Наприклад, скіфські лікарі володіли деякими раціональними хірургічними прийомами, технікою видалення зубів. Під час розкопок знайдено черепа 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 і давніх слов'ян. Деякі скіфи займалися медичною практикою, були обізнані з медициною античних греків і використовували знання, здобуті безпосередньо в Афінах.

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

- світські лікарі-емпірики, які служили при дворах київських князів. При княжих дворах практикували не тільки місцеві лікарі, а й фахівці, запрошені з-за кордону;
- лікарі-священники, які надавали допомогу хворим та інвалідам у спеціальних притулках при монастирях та великих церквах;
- стародавні народні (мирські) цілителі (знахарі і знахарки, чаклуни, волхви). Вони мали навіть своєрідну спеціаліза-

цію: серед народних лікарів були травники, костоправи, зубоволоки та ін.

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

У X ст. в Київській Русі закладаються монастирі з усіма функціями раннього християнства — лікуванням, піклуванням про вдів, сиріт, людей похилого віку, жебраків. Особливу роль відіграв Києво-Печерський монастир, який здобув велику популярність завдяки лікувальному мистецтву. 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 знак вдячності за зцілення отримав від київського князя Ізяслава в подарунок гору над печерами і 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 р.). Агапіт заснував першу терапевтичну школу на Русі. Молитвою і зіллям лікував внутрішні хвороби, врятував життя багатьох людей. Медичну допомогу він надавав безкоштовно і багатим, і бідним. У літературі описано епізод, коли Агапітові було запропоновано поїхати до Чернігова до тяжкохворого князя Володимира Мономаха.



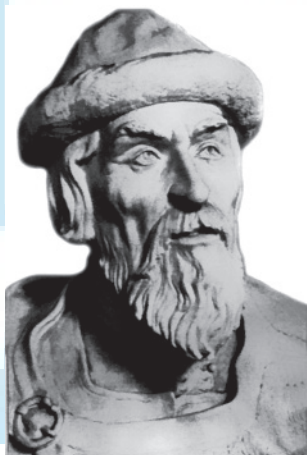
Агапіт Печерський

Проте Агапіт дав клятву ніколи не покидати стін монастиря. І тому передав князю цілющі відвари трав з настановами про їх застосування. Князь видужав і надіслав лікареві на знак подяки золоті дари, які Агапіт попросив 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). 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 у XIX ст. у флорентійській бібліотеці Лоренцо Медічі.

Ченці Києво-Печерського монастиря, одержавши досвід лікування, йшли у сусідні землі, засновували нові монастирі, поширюючи медичні знання. Так виникла монастирська медицина.

На відміну від західноєвропейських країн, Київська держава не стояла осторонь церковної благодійності. Статут Великого князя Володимира (996 р.) поклав на церкву піклування про вдів, сиріт, старих, хворих, а також передав під підпорядкування церкви лазні, лікарні та лікарів. Згідно з церковним статутом того часу, лікарі були вільними людьми, на яких не поширювалися цивільні закони та юрисдикція світської влади.



Ярослав Мудрий

“Руська правда” Ярослава Мудрого (1096 р.) закріплює вплив церкви в охороні здоров’я. Церквам доручається будівництво лазень та лікарень, безплатне надання медичної допомоги, а також функції громадського піклування. Фінансове забезпечення цієї діяльності вирішується за рахунок впровадження спеціального мита — десятини на користь бідних, сиріт та хворих. “Руська правда” законодавчо встановлює оплату праці лічців: людина, яка завдала шкоди здоров’ю іншої людини, мала сплатити штраф у державну скарбницю і видати гроші на лікування особи, що постраждала.

Після прийняття християнства і поширення писемності досвід народної медицини було узагальнено в численних травниках і лікувальниках. Багато цих рукописів загинуло під час війн. Проте до сьогодні збереглося понад 250 стародавніх травників та лікарських порадників, в яких містяться описи багатьох методів лікування часів Київської Русі.

Монастирські лікарні Київської Русі були також центрами просвітництва. В них навчали лікувальної справи, збирали грецькі та візантійські рукописи. Перекладаючи ці рукописи, монахи доповнювали їх зміст знаннями, отриманими з власного досвіду монастирськими лічцями.

Однією з популярних книг XI ст. був “Ізборник Святослава”, який двічі (1073, 1076 р.) переписували для сина Ярослава Мудрого князя Святослава. Цей збірник мав риси енциклопедії. В ньому було описано деякі хвороби та уявлення тих часів про їх причини, лікування та запобігання. В “Ізборнику” подається інформація про лічців-різальників, які вміли “розрізати тканини”, робили ампутацію кінцівок та інших частин тіла, лікувальні припікання за допомогою розпеченого заліза, лікували пошкоджене місце травами та мазями. В книзі описано ножі для розтинів та лікарські жорна, дається перелік невиліковних хвороб, які не лікували ліччі тих часів.

У літопису “Повість минулих літ” наводиться опис санітарної очистки населених міст та поля бою, поховання померлих під час епідемій. Нестор-літописець описав парові лазні того часу. Окрім свого прямого призначення, парова лазня була місцем прийняття пологів, у ній здійснювали перший догляд за новонародженим, вправляли вивихи й робили кровопускання, “наклали горщики”, лікували простуду і хвороби суглобів, розтирали лікарськими мазями при захворюваннях шкіри.

У літературі XII ст. зустрічаються відомості про жінок-лікарів, бабок-костоправок, які вправно робили масаж. Жінки залучаються до догляду за хворими.

Особливу сторінку в історії України займає Західна Україна, 600-річне перебування якої під владою інших держав суттєво позначилося на розвитку всього краю і медицини зокрема. Ці землі багаті своїм історико-медичним минулим.

Початок історії медичного забезпечення в Західній Україні датується XIII століттям. У цей час князь Лев на честь своєї дру-

жини Констанції, дочки угорського короля, побудував біля підніжжя Замкової гори у Львові собор Іоана Хрестителя. А Констанція в 1270 р. віддала своє придане і виділила землю для спорудження при храмі монастиря з притулком та аптекою для хворих. Цей перший медичний центр проіснував до 1480 р., його дерев'яні споруди згоріли під час пожежі (пізніше на цьому місці було побудовано величний Домініканський собор і монастир). Засновуються притулки для хворих й при інших монастирях, наприклад, відомий “асклепіон” при монастирі Св. Юра у Львові, такі заклади були й 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, потворники, чаклуни, 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, робили операції з видалення каменів, ампутації, кровопускання, яке в народі вважалося найбільш ефективним і поширеним способом лікування різних хвороб. Лікарі-цирульники належали до багатих людей міста. Платня, яку вони отримували, була дуже висока і лікування в них було недоступне для бідного населення. Вчилися цирульники у дипломованих лікарів-чужоземців, яких князі запрошували до княжого двору. Ці лікарі брали кількох учнів, які допомагали їм виконувати дрібні лікарські маніпуляції і доглядали за хворими. Так відбувалося поєднання досвіду побутової медицини, якою добре володіли цирульники, з даними науки.

Окрім лікарів-чужоземців дипломованими фахівцями у XIV ст. ставали й русини, що проживали на території України. Вони здобували медичну освіту спочатку в середній медичній колегії (на кшталт гімназії), а згодом — в одному з вищих європейських університетів. У списках цих університетів серед бакалаврів, ліценціатів і магістрів є прізвища українців, яких у XIV ст. у Європі називали студентами з Рутенії (тобто з України). Серед рутенців у Сорбоннському університеті (Франція) навчалися Петро Кордован (1353 р.), Іван з Рутенії (1368 р.), а

пізніше Герман Вільович (XIV ст.), Самійло Лінкевич (1419 р.), Іван Тинкевич (XV ст.), Андріан Заторікус. У Сорбонні навчався також Петро Могила. У Краківському університеті упродовж XV–XVI ст. здобули освіту 800 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). У 1481–1482 навчальному році його обирають ректором Болонського університету. Ця посада вважалася однією з найпрестижніших у Болоньї. Ректор не тільки стежив 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 Вавельського 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 р.), Замойська (1593 р.) академії, найстаріший в Україні медичний факультет Львівського університету (1661 р.).

У цей час в Україні, зокрема в Києві, Львові, Луцьку, існували великі цехи-об'єднання цирульників. У них майстри-цирульники навчали учнів не тільки мистецтва гоління, а й певних методів лікування. Львівські та київські цехи цирульників мали свої статuti. У Статуті київського цеху цирульників зокрема зазначалося: “Майстерність цирульницька має полягати в тому, щоб: голити, кров жильну і зашкірну пускати, рани гоїти ру-

бані, пробиті та стріляні, а особливо виривати зуба та вилікувати 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 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). Відомий діяч православної церкви та просвіти, він заснував Києво-Могилянську академію (1633 р.), у стінах якої здійснювалося і медичне навчання. В академії великого значення надавали дотриманню правил гігієни, про що були відповідні вказівки у статуті навчального закладу.

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

З часом на Запорожжі, враховуючи постійне неспокойне оточення, почали виникати козацькі фортеці — січі. За переказами першу з них князь Дмитро Вишневецький побудував 1550 року на острові Мала Хортиця, що розташований у руслі Старого Дніпра. Січ являла собою укріплення, всередині 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 перетворюватися у другій половині XVI ст., досягши свого розквіту за часів славних отаманів Петра Сагайдачного та Івана Сірка. Історія козацтва — це постійні війни: з турецьким султаном, кримським ханом, шляхет-

ською Польщею. Вміння козаків воювати вражало Європу і багато хто з монархів не відмовлявся від послуг запорожців, у тому числі й російські царі.

Козацьку медицину відокремлюють 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.

Козацька медицина характеризується такими ознаками:

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

Рецепти та методи козацької медицини усно передавалися з покоління в покоління. Вона була бездипломною, безступеневою і 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, зі спеціальним крилом для лікарні, були в Чернігові, Полтаві. Особливістю козацької медицини було поєднання допомоги лікарів (ченців, травників, костоправів) та лікування молитвами. Це було можливо з огляду на глибоку релігійність козацького гурту. За допомогою молитви лікували всі неврози, значну частину психозів у початковій стадії, виразку шлунка, розлади шлунково-кишкового тракту й печінки, навіть невигойні рани, переломи, остеомієліти та 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. Коли козак був непритомним, молився побратим. У разі лихоманки й загального зараження крові молилися до Богородиці (молитва “Пресвята Богородиця”). Лікарі перед операцією (вилучення стріли, обробка глибокої рубаної рани на голові тощо) вдавалися до “Символу 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.

У середні 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 на 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, запобігаючи нагноєнню, знали цілющі пластири та мазі, використовували настої лікарських рослин.

З 1754 р. найздібніших молодих лікарів Російської імперії посилали в університети Європи для подальшого удосконалення. Всі вони були українцями. В ті часи навіть була поширена думка, що медицина є “національною схильністю українського народу”.

Завдяки глибокому вивченню українськими лікарями досвіду підготовки лікарів у Європі було створено самобутню вітчизняну систему 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 водночас 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 і заводів мали організувати для своїх робітників лікарні з розрахунку одне ліжко на 100 осіб. Поява цього документа вважається відправним пунктом започаткування фабрично-заводської медицини в Україні. Першим промисловим

підприємством, де 1870 року було створено першу в Україні лікарняну касу, став адміралтейський завод “Руссуд” у Миколаєві. Використавши лікарняний збір коштів, підприємці уклали угоду з Миколаївським військово-морським шпиталем про надання медичної допомоги при нещасних випадках. На інших підприємствах реалізація цього рішення гальмувала через те, що потребувала певних непередбачених фінансових витрат, зменшення прибутку власників. Так, навіть через 20 років, у семи з дев’ятох українських губерній елементарною медичною допомогою було охоплено 15 відсотків робітників підприємств. За таких умов організації медичного обслуговування лікарям і пацієнтам довелося самим створювати різні страхові товариства та каси взаємодопомоги.

1910–1914 рр. — найкращий період у суспільному устрої імперської Росії, протягом якого було впроваджено систему триканального 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 складалося з таких витрат:

1. Витрат на охорону здоров’я з царської казни — 5,17 %.
2. Витрат на медичну допомогу працюючому населенню від великих земств та міст (залежно від державного податку) — 76,83 %.
3. Коштів, які надходили від приватних осіб та громадських організацій, — 18 %.

Прийнятий 1912 року Державною думою Закон “Про соціальне страхування на випадок хвороби” запровадив 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 формувалися з внесків промисловців і робітників — членів лікарняних кас у відношенні 40:60.

На початку Першої світової війни у Катеринославській губернії вже існувало 135 лікарняних кас, проте загальне охоплення

соціальним страхуванням в Україні становило лише 2 % від усього населення.

В Україні існувало два типи лікарняних кас — заводські та об'єднані. Заводські здійснювали виплату допомоги за встановленими випадками, організували надання безкоштовної медичної допомоги постраждалим робітничим сім'ям. 1913 року до статуту лікарняних кас уряд вніс поправку, згідно з якою лікарняним касам надавалося право організувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Взаємовідносини “лікарняні каси — лікарня” розвивалися у двох формах: залучення фахівців до роботи в лікарняних касах і зарахування лікарів на постійну роботу.

Лікарняні каси створювалися не тільки в промислових містах, а й в окремих повітах. Кількість лікарняних кас в Україні неухильно збільшувалася, дрібніші об'єднувалися з більшими, що сприяло утвердженню надання ефективної медичної допомоги населенню та зменшенню залежності від підприємця. Об'єднані каси мали більше коштів і надавали більш кваліфіковану амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу. Влаштували 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 із зародками фабрично-заводської медицини. Після жовтневого перевороту 1917 р. за короткий період вона зазнала і свого розквіту, і занепаду.

Відразу після проголошення самостійності України (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 Володимира Винниченка (1880–1951) та Володимира Голубовича (1885–1939) існували окремі департаменти здоров'я, директорами яких були Борис Матюшенко (1883–1944), який ще в 1917 р. почав організувати медично-санітарну службу в Україні, та Євмен Лукасевич (1871–1929) — один з організаторів Українського Червоного Хреста, випускник Цюрихського університету.

Окреме ж Міністерство народного здоров'я та опікування було створене за правління гетьмана Павла 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 — Борис Матюшенко (1883–1944), санітарного — Овксентій Корчак-Чепурківський (1857–1947), загального — Микола Галаган (1882–19??); відділення очолювали: освіти — Віктор Піснячевський (1889–1933), інформаційно-видавниче — Юрій Меленевський, судової експертизи — Сулима, санітарно-технічне — інженер О. Земляніцин, демобілізаційне — О. Сидоренко.

Невдовзі після створення Міністерства народного здоров'я і опікування завідувач його інформаційно-видавничого відділення Ю. Меленевський почав видавати українською мовою “Вісник Міністерства народного здоров'я”.

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

Коли головою уряду став Борис Мартос, міністром охорони здоров'я було призначено М. Білоуса, який, щоправда, недовго перебував на цьому посту. Після нього міністром охорони здоров'я став Д. Одрина (1892–1919), 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 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 ж року його призначають міністром охорони здоров'я і заступником голови Ради Міністрів. У ранзі міністра він здійснює низку поїздок по Україні для організації нової служби охорони здоров'я. Раптово помер 16 листопада 1919 р. в Кам'янці-Подільському в розпал епідемії тифу. Останнім міністром охорони здоров'я в уряді УНР був поляк за походженням С. Стемповський.

Після утворення в листопаді 1918 р. Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР) Державний секретаріат здоров'я в

цьому уряді очолив випускник медичного факультету Віденського університету галичанин Іван Куровець (1863–1931).

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

30 грудня 1922 р. у Москві відбувся I Всесоюзний з'їзд Рад, який розглянув питання про утворення СРСР, у складі якого була й Україна як одна з республік СРСР. Постало питання координації заходів у галузі охорони здоров'я всіх республік Союзу РСР. На II Всеукраїнському з'їзді відділів охорони здоров'я (1923 р.) було наголошено на необхідності приділяти увагу створенню мережі поліклінік, жіночих і дитячих консультацій, розширенню профілактичних заходів не тільки у діяльності санітарних лікарів, а й лікарів лікувального профілю. Поліклінікам надавалося дедалі 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. Було вжито невідкладних заходів для створення санітарної організації, що становило на той час неабиякі труднощі через величезний дефіцит санітарних лікарів. Залучення старих фахівців до співробітництва з радянськими органами охорони здоров'я на перших порах викликало організований опір серед деякої частини лікарів, які закликали до саботажу народної охорони здоров'я. Проте найбільш свідомі представники медичної інтелігенції без вагань почали співпрацювати з органами радянської влади з метою підготовки та виховання нових кадрів медичних працівників, які були потрібні молодій державі.

З 1928 р. в Україні швидкими темпами почала розвиватися мережа санітарно-епідеміологічних станцій. 1929 року було запроваджено адміністративну централізовану систему управлін-

ня народно-господарським комплексом. Фінансування охорони здоров'я стало виключно бюджетним.

На початок 1941 р. у системі охорони здоров'я Української РСР налічувалося 29 тис. лікарів і 91 тис. середніх медпрацівників. Вони творчо працювали у 16 медичних інститутах, чотирьох інститутах удосконалення лікарів та фармацевтів і 45 науково-дослідних інститутах республіки.

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

На видатних науковців писали наклепи, їм було заборонено займатися науковими дослідженнями. Було закрито наукові інститути, 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 — на початку XX ст. (О. Корчак-Чепурківський), соціально-гігієнічної характеристики українського села (С. Томилін) тощо — прийшли апологетичні, панегіричні дослідження 1940–1950-х і пізніших років, які прославляли рішення партії та уряду стосовно охорони здоров'я й ілюстрували успіхи виконання цих рішень невпинним збільшенням кількості лікарів і ліжок у лікарнях.

Розгром соціальної медицини мав для української системи охорони здоров'я тяжкі наслідки. До управління охороною здоров'я замість соціальних медиків та організаторів охорони здоров'я прийшли клініцисти — терапевти, хірурги, акушери-гінекологи. Кафедри соціальної медицини (гігієни) були перейменовані на кафедри організації охорони здоров'я і заповнювалися випадковими людьми. Сюди начальство і парткоми висилали бездарних адміністраторів, які розвалювали справу, відставних військових чинів, науковців з інших кафедр, що відзначилися особливою ревністю 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 ліку-

вання 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 стало повернення у стрій 72 % поранених і 90 % хворих воїнів.

Було виконано величезну роботу з відновлення 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-епідеміологічних станцій. Відновили свою діяльність майже всі сільські лікарські дільниці, близько 6700 фельдшерських та фельдшерсько-акушерських пунктів, закладів охорони матері та дитини, аптечна мережа. Почали випуск продукції підприємства медичної промисловості. На визволеній території України у найкоротші строки створювалися евакуаційні шпиталі. На початок 1945 р. у таких шпиталях в Україні працювало понад 15 тис. медичних працівників. У республіці на початок 1945 р. було 12 тис. лікарів (не враховуючи тих, що працювали в евакуаційних шпиталях), що становило 45,3 % від кількості лікарів станом на 1 січня 1941 р.

На кінець 1950 р. у лікувально-профілактичних установах України працює вже 48600 лікарів і 136400 чол. середнього медичного персоналу, що значно перевищило їх кількість у довоєнні роки. Завдяки вжитим заходам з упорядкування 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 тис. 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 проводилися всесоюзні суботники, коли все тру-

дове населення країни працювало безплатно. Часто кошти, зароблені на суботниках, перераховувалися на рахунок об'єкта охорони здоров'я, що будувався. Так було частково профінансовано будівництво Всесоюзного онкологічного центру.

Отже, вже за радянських часів гостро постало питання щодо фінансування галузі охорони здоров'я, коли одного бюджетного фінансування для розвитку галузі не вистачало.

У медичних закладах України на початку 70-х років уже працювало 157100 лікарів, у тому числі в системі МОЗ УРСР — 127300. На кожних 300 жителів республіки припадало по одному лікарю і три фахівці середнього медичного персоналу. Було створено спеціалізовані бригади швидкої медичної допомоги, оснащені сучасною технікою. Ще вищого рівня надання швидкої медичної допомоги населенню було досягнуто за рахунок об'єднання станцій з лікарнями швидкої медичної допомоги. Такі об'єднання почали функціонувати у багатьох містах України.

Для поліпшення стаціонарної допомоги сільському населенню у поліклініках усіх центральних районних лікарень було створено спеціалізовані кабінети (з 15–20 спеціальностей), що наблизило до сільського населення багато видів спеціалізованого лікування. З метою забезпечення педіатричною допомогою сільських дітей у 1971–1975 рр. центральні районні лікарні та сільські дільничні амбулаторії було укомплектовано лікарями-педіатрами.

Великий і складний шлях було пройдено за роки перебування України у складі Союзу РСР. Змінювалися й ускладнювалися функції Міністерства охорони здоров'я Української РСР, його колеґії, апарату, Вченої медичної ради відповідно до завдань, що висувалися вищим керівництвом на різних етапах розвитку економіки країни, соціальної політики.

Керівництво охороною здоров'я у масштабах України здійснювали і здійснюють висококваліфіковані спеціалісти. За часів радянської влади в країні було сформовано систему державного (бюджетного) фінансування. Впроваджена система сприяла поліпшенню 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 чинник під-

вищення продуктивності праці, зменшення витрат робочого часу у зв'язку з непрацездатністю, підвищення ролі планування в управлінні охороною здоров'я. В організації медичної допомоги працівників провідна роль надавалася здоров'ям, на медичний персонал яких покладалося завдання не тільки надання першої медичної допомоги, а й здійснення профілактичних заходів. Важливим методом лікувально-профілактичної допомоги населенню стала диспансеризація. Проте система організації охорони здоров'я мала і негативні риси, до яких можна зарахувати недостатню мотивацію праці медичних працівників, що позначалося на ефективності та якості їх роботи.

Після проголошення незалежності України перед Міністерством охорони здоров'я постало завдання організації охорони здоров'я незалежної держави в умовах економічної кризи. Постала потреба у 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 у динаміці має хвилюподібний характер і перебував за роки незалежності республіки в межах 2,7–4,8 %.

Низкою нормативно-правових рішень заборонено надавати платну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Проте платні медичні послуги та благодійні внески у загальній структурі фінансових витрат лікарень становлять 3,5–4 %.

Третім каналом фінансування галузі охорони здоров'я є залучення коштів проектів 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 допускають збої. На порядку денному гостро стоїть питання перебудови. Стратегія реорганізації медичної допомоги, на думку керівників галузі, має йти в кількох напрямках:

- По-перше, потрібно проголосити профілактику та засади здорового способу життя головним змістом діяльності всіх установ і закладів.

- По-друге, необхідно сформувати нову систему управління галуззю, яка б ґрунтувалася на засадах ринкової економіки з використанням методів сучасного менеджменту.
- По-третє, необхідно створити умови для розвитку приватного сектора, впровадити засади сімейної медицини та медичного страхування як нових форм медико-соціальних та економічних відносин
- По-четверте, потрібно організувати раціональну систему медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення.
- По-п'яте, здійснити реформування медичної освіти.

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

2.4. Історія розвитку аптекарської справи

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

Перша згадка про аптеку зустрічається у Гіппократа (400 років до н. е.). Аптекою (від грецьк. *apotheka* — сховище, комора) спочатку називалося приміщення у лікаря для зберігання лікарських засобів і готування ліків.

Гіппократ сформував основи зберігання лікарських засобів і класифікував їх за дією на організм. Проте, за його теорією, “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 їх сила.

Із лікарських засобів за часів Гіппократа застосовували слизи, солодки, оліїсті, жирні, в'язкі, гострі, ароматичні, смолисті, бальзамічні 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 ап-

теку (officina) як місце не тільки зберігання, а й виготовлення лікарського зілля. Гален висунув твердження, що в органах рослин або тварин є корисні речовини, якими можна користуватися для лікування. Проте в живих організмах можуть бути присутні й шкідливі речовини, які треба відкидати. Корисні речовини, за методикою Галена, можна добувати з рослин вином, оцтом, водою і віджимати у вигляді соків, олій тощо. Гален пропонував застосовувати лікарські речовини у вигляді лікарських форм — порошків, пілюль, таблеток, мил, мазей, пластирів, гірчичників, зборів, настоїв, соків, олій, примочок, припарок, антидотів тощо.

Звичайно, для приготування таких різноманітних ліків потрібні були знаряддя виробництва, бо лікарські сировини треба було різати, товкти, розтирати, настоювати або відварювати, видавлювати, розтоплювати. Потрібне було також спеціальне місце для здійснення 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. в 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 “зміїна кров”, замість “плоди черемхи” — “кістки ібіса”, замість “насіння кропу” — “волосся павіана”. З такою ж метою створювали “ліки від усіх хвороб”, “еліксири вічного життя і молодості” тощо.

Технологію хімічних робіт алхіміки запозичували з єгипетських папірусів і у своїх пошуках збільшували кількість речовин, одержуваних штучно. Так було відкрито етиловий спирт, під час хімічних перетворень мінералів і металів було одержано різні солі та окиси. У процесі виробництва вдосконалювалися старі і створювалися нові прилади та хімічна апаратура. Алхіміки впровадили у процес виготовлення ліків методи перегонки, фільтру-

вання, кристалізації та інші способи очищення, виділення й розділення речовин. Отже, незважаючи на нереальну філософську основу, практична діяльність алхіміків сприяла подальшому розвитку фармації.

На кінець XI ст. у Європі не було аптек у вигляді торгових установ, де можна було б купити або замовити потрібний засіб. Лікарі або окремі особи створювали свої власні “препарати”, збираючи і обробляючи для цієї мети рослини, мінерали та інші інгредієнти. Найпрогресивнішими з погляду методологічного 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 вченими. У цих манускриптах детально описується методика збирання і вирощування рослин, способи їх обробки і рекомендації із застосування з терапевтичною метою. Фактично можна говорити про те, що європейська фармацевтична школа своїм існуванням зобов’язана цим невідомим фармацевтам у чернечих рясах.

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

Перша аптека була відкрита 754 року у столиці Арабського халіфату — Багдаді. Арабська фармацевтична школа включала сотні різних лікарських засобів і методик їх застосування. Вона стає вельми популярною в Європі, її активно вивчають і лікарі, і студенти в університетах Італії і Франції. В аптеках Західної Європи прихильники арабської школи повсюдно пропонують складені відповідно до мавританських і персидських рукописів усілякого вигляду і смаку “aromatarii”, “confectionarii” і “stationarii”, тобто нюхальні солі, пілюлі і порошки.

Прообрази аптек у Європі з’явилися в XI ст. в монастирях. Ченці готували лікарські засоби і безкоштовно відпускали тим, хто мав у них потребу. Тоді ж з’явилися перші рецепти, які починалися із слів “Cum Deo!” (З Богом!).

Тільки через 100 років у Венеції, завдяки розвитку Солернської лікарської школи, почали відкриватися перші міські апте-

ки. Фахівців для них готували поширеним у той час практичним методом, за схемою учень — підмайстер — майстер. Проходження цього ланцюжка займало від 10 до 15 років і залежало від старанності і здібностей того, хто опановував фармацевтичну науку.

В XI ст. аптеки з'явилися в містах Іспанії Толедо та Кордові, а 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.

З метою упорядкування роботи аптек впроваджувалися спеціальні статuti, що мали силу законів, за якими регламентувалися функціонування, кваліфікація працівників, ціни на лікарські засоби, порядок зберігання та продажу ліків.

З перших часів виникнення аптек в усіх країнах вони мали одну спільну рису, а саме — особливе становище 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 — все це регламентувалося особливими статутами, що мали силу закону. Таке виокремлення обґрунтовувалося тим, що серед ліків були й отруйні речовини, що потребувало підвищеної обережності і при їх зберіганні, і при відпуску.

Найвідомішим документом, який встановлював правила роботи аптек, є Арльський статут (1170 р.) й окремі розділи Статуту Фрідріха II Гогенштауфена (1194–1250), короля Південної Італії (Сицилії), німецького короля й імператора “Священної Римської імперії”. Декрет було видано 1224 року і знаменний він тим, що нормував діяльність аптеки і вперше розмежував функції лікаря та аптекаря. Згідно з 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.

Зазначені документи, а також інші, в основу яких лягли ці статuti, істотно вплинули на розвиток професії аптекарів. Основним у них було закріплення своєї системи контролю за

діяльністю аптекарів і лікарів з повним розмежуванням цих професій.

У цей самий період було 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 Solaritanum*), а також встановлено одиницю ваги — грам (*Granum*), який дорівнював вазі однієї пшеничної зернини. На той час це було великим уточненням, бо досі лікарі, виготовляючи ліки, користувалися різними мірами, наприклад, “жменя”, “зернятко”, “щіпка”, “шматок” тощо. 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. вперше з'являється термін “провізор” (від лат. *provisor* — передбачливий, такий, що передчуває, передбачає). Сама назва вже свідчить 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.

XV століттям датується поява аптечної монополії. Так, на відкриття аптек давався спеціальний високий дозвіл і при цьому виключалася будь-яка конкуренція. Наприклад, коли архієпископ у місті Галле (Німеччина) видавав дозвіл на відкриття другої в місті аптеки, це супроводжувалося розпорядженням “ніколи більше довіку не давати дозволу в цьому місті”.

Тоді ж запроваджується спеціальна фармацевтична освіта. Так, у Франції це було чотирирічне учнівство в аптеці і подальша десятирічна робота помічником із складанням іспитів.

Великий вклад у розвиток фармацевтичної справи було зроблено Парацельсом (1493–1541), якого вважають батьком лікувальної хімії, або ятрохімії. Він запровадив у медичну практику уявлення про дозування лікарських засобів, виокремив основні ознаки чистоти препарату. Під впливом ятрохіміків збільшилася кількість аптек, виникли нові фармакопеї, було написано праці про ревізію аптек. Згодом аптеки перетворилися в лабора-

торії, де на основі проведених дослідів було зроблено чимало ви-
находів.

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 — звід правил приготування ліків. Таким чином, фармація поступово стає наукою.

Пізнє середньовіччя характеризується запеклою боротьбою за монопольне право займатися вельми прибутковою аптечною справою, в якій конкуруючі сторони прагнули повернути на свій бік офіційну владу, не гребуючи жодними засобами. Вже тоді неповнота і суперечливість “нормативно-правових актів” давали можливість знаходити лазівки в заборонах.

Наприклад, за наказом Людовика XII в червні 1514 р. бакалійників було відокремлено від аптекарів. Згідно з цим розпорядженням аптекарі могли бути і бакалійними торговцями, але бакалійники вже не могли бути аптекарями. Втім, нечіткість термінології у цьому наказі сприяла виникненню боротьби між обома корпораціями щодо вирішення питань, де починається і де закінчується продаж медикаментів.

У XVI–XVII ст. у Московській державі було відкрито аптеки і створено систему заготівлі лікувальних трав. 1581 року для обслуговування царського двору в Кремлі відкрилася перша державна аптека. В Англії було закуплено першу партію ліків і запрошено на роботу в аптеці лікаря Роберта Якобі та аптекаря Френча Якобі.

1672 року в Москві було створено другу державну аптеку для людей “всяких чинів”. Для розміщення аптеки було звільнено палати Великого приходу. У 1673 р. з Аптекарського приказу в аптеку було направлено піддячого Данила Годовикова, алхіміка Тихона Аканьїна, сторожів Ларку Іванова та Івашку Михайлова. За аптекою було визнано монопольне право торгувати ліками. В указі від 18 лютого 1673 р. було сказано: “...в новій аптеці на Гостиному дворі продавати горілки і спирти і всякі ліки всяких чинів людям і записувати в книги, а гроші за ціною мати проти вказаної книги й оголосити в Аптекарському приказі...” Перша і

друга аптеки в адміністративному плані підпорядковувалися Аптекарському приказу, який узяв на себе функції не тільки управління і підбору кадрів, а й постачання аптек ліками.

У Московській державі сформувалася оригінальна система збирання і заготівлі лікувальних трав. Аптекарський приказ підбирав заготівельників лікарських рослин — так званих травників, інструтував їх. Лікувальні трави надходили в Аптекарський приказ з різних місць у порядку виконання державної “ягідної повинності”. В Аптекарському приказі було відомо, в якій місцевості переважно росте та чи інша лікарська рослина, наприклад, звіробій — у Сибіру, солодкий корінь (локриця) — у Воронежі, чемериця — в Коломні, чечуйна трава — в Казані, ялівцеві ягоди — в Костромі. Контроль за ягідною повинністю здійснював Аптекарський приказ, за невиконання якого передбачалося тюремне ув’язнення.

Найважливішим джерелом отримання лікувальних трав у Москві були аптекарські сади і городи. За розпорядженням Івана Грозного під аптекарський сад було відведено частину площі біля Кремля. Пізніше було створено аптекарські городи біля Кам’яного моста, за М’ясницькими воротами, в Німецькій слободі поблизу села Измайлово. В окремих випадках фахівців направляли для закупівлі ліків в інші міста. Так, у 1663 р. Ф. Милославському було доручено купити 20 пудів хінної кори “в Козильбашській землі” (Персія).

У XVIII ст. становище аптек та соціальний статус аптекарів значно підвищився. Принцип монополії аптек, якого дотримувалися 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 ставали аптечними гербами, що закріплювалися за аптеками спеціальними рескриптами. Інтер’єри аптек набули в Європі більш-менш уніфікованого вигляду. Стіни торгового залу аптеки займали полиці, відкриті або засклені, де розміщувалися банки з аптечною сировиною, карафки або бутлі. Відмітним знаком аптеки стали чучела крокодилів, підвішені під стелею, а також екзотичні предмети на зразок витого рогу, який нібито належить міфічній тварині однорогу.

Період між першою половиною XVIII ст. і першою половиною XIX ст. називають “золотим віком аптекарства”. Ніколи, ані в епоху середньовіччя, ані після цього періоду, фармація не розвивалася такими швидкими темпами.

Аптеки того часу були центрами наукових досліджень, видатні фармацевти не тільки винайшли чимало нового зілля, а й зробили цінні відкриття в галузі хімії і харчової промисловості. Польський аптекар-вчений Шимон Фабіан (1802–1885) у своєму тритомному підручнику “Фармація”, написаному разом з Т. Гейнрихом і виданому в 1835 р., так трактує поняття фармація: “Фармація, так звана аптекарська наука, має за мету пізнання, збирання, зберігання сирого зілля всіх царств природи, а також його переробку, тому можна розділити її на науку, що працює над вивченням сирого зілля, так звану фармакологію, і на науку, яка займається їх переробкою, так звану фармацію”.

Розвиток фармації в Європі у XVIII–XIX ст. пов’язаний насамперед з видатними відкриттями в хімії. Аптекарів цікавила діяльність Парацельса, який отримував препарати в результаті хімічної переробки. Цим пояснюється широке застосування в аптеках XVIII ст. 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, об’єднували свої хімічні дослідження з аптечною практикою.

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

З давніх часів аптекарство мало цеховий характер і тією чи іншою мірою підпорядковувалася лікарям. Проте у XVIII ст. у Європі воно почало виходити з-під цієї опіки, а з часом перетворилося у 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 закладені наприкінці XVIII — на початку XIX ст. Так, було розроблено повні регламентовані “методичні рекомендації” щодо створення аптек, створюються асоціації фармацевтів — Obercollegium Medicum et Sanitatis у Берліні (1796 р.), Societe libre des Pharmaciens в Парижі і “Королівська аптекарська школа” в Лондоні (1842 р.).

У середині XIX ст. медицина і виробництво лікарських засобів виокремлюються в самостійні напрями. Для фармацевтів створюються спеціальні кафедри в університетах, у різних країнах і містах формуються спеціальні зводи законів і правил, які регулюють їх професійну підготовку і практичну діяльність.

Навчання майбутніх аптекарів в університетах вперше започатковується у Франції та Англії на початку XIX ст. Спочатку основний акцент робився на здобутті знань і практичних навичок у виробництві і використанні ліків. Проте поступово запроваджується більше теоретичних дисциплін. Це було пов’язано з тим, що упродовж подальших десятиліть аптеки поступово втрачають виробничі функції і зосереджуються на продажу медикаментів і консультуванні пацієнтів.

Наприкінці XVIII — на початку XIX ст., в епоху французької буржуазної революції і наполеонівських походів, з’явилися стимули для розвитку хімії і фармації, а саме — бурхливий розвиток промисловості, військові потреби.

В останній третині XIX ст. почала створюватися фармацевтична промисловість і аптеки перетворюються на торгові установи з продажу в основному патентованих засобів, що отримуються від різних фірм. Перші заводи Боме з виробництва нашатиру, Пеллетье — з виробництва хініну дали поштовх для подальшого розвитку фармацевтичних виробництв.

Фармацевт Генріх Мерк із Дармштадта 1827 року заклав основи фабричного виробництва морфіну, хініну, стрихніну та інших рослинних продуктів. З аптечних 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-барвникової промисловості, базуючись на її напівфабрикатах і відходах. Таким чином виникли фірми “Байер”, “Мейстерлюциус” та ін. Переважному розвитку цих за-

водів у Німеччині сприяла вдала війна Пруссії проти Австрії (1866 р.) і Франції (1870–1871 рр.), а також закон про патенти (1877 р.), що утруднив конкуренцію іноземних підприємств з німецькими заводами.

Розвитку фармацевтичних виробництв сприяло також запровадження “патентованих назв”. Згідно із законом, заявник мав виключне право користуватися придуманою ним назвою, хоча цей препарат міг випускатися й 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 1914 р. Німеччина займала перше місце у 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 в 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 порошоків (порохів), мазей (масти, мазуни), настоїв і відварів (питво, зілля). Лікарі готували “горошки”, які потрібно було класти під язик, навіть призначали ванни з лікувальних трав. Лікарські препарати зберігали у спеціальних льохах, які вважають прообразом аптек. Проте аптек у сучасному розумінні 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 розвиток якого вплинуло те, що ці українські землі майже шість століть входили до складу

Польського королівства, Австро-Угорської імперії, панської Польщі. Другий напрям розвитку фармації — центральноукраїнський, який визначався перебуванням Центральної України у складі Російської імперії.

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

На 1490 р. аптеки задовольняли потреби монастирів у лікарських засобах, цього року була відкрита й перша публічна аптека у Львові. У 1534 р. неподалік Львова була заснована Замойська академія, де викладали право, філософію, медицину. У XVII ст. у Львові працювало 15 дипломованих лікарів, п'ять 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. 1701 року Петро I видав наказ, згідно з яким у Москві було відкрито першу приватну аптеку і заборонявся продаж ліків у злійних лавках та інших місцях. Відтоді була впроваджена так звана аптечна монополія. Згідно з наказом, у межах міста можна було відкривати тільки одну аптеку. Наказом аптекам надавалися певні пільги: аптеки звільнялися від військових постойів; аптекарі — від військової повинності, від сплати податків, мали право на почесне громадянство; засновникам аптек надавалося вільне приміщення та зарплата на перші три роки; аптеки мали право користуватися державним гербом на вивісках та упаковках.

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

Перша аптека у Києві відкрилася 1709 року 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, називали почесними громадянами міста.

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

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

1728 року було відкрито приватну Києво-Подільську аптеку. Упродовж 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 все місто, а потім і значну частину України. За рапортом Андрія Бунге у 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 належали лабораторний та рецептурний відділи зі складною технологією виробництва.

20 березня 1773 р. губернатор Львова видав санітарний патент для 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. Лікарів позбавляли права самостійно виготовляти ліки, якщо в містах були аптеки. Щорічно в кожній аптеці мали проводитися ревізії. У разі виявлення порушень на власника аптеки накладався штраф. Патент також зобов'язував аптекарів виготовляти ліки тільки за рецептом, підписаним лікарем і складеним лікарською комісією. Для гальмування конкурентних процесів серед аптек затверджувалися заходи щодо контролю кількості аптек у місті. Особлива увага приділялась якості ліків.

Наприкінці XVIII — на 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 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 заборонялося використовувати у назві слово “аптечний”. В них покупцям пропонували хімічні та фітотовари, косметичні засоби, перев’язувальні матеріали, деякі ліки фабричного виготовлення, які можна було відпускати без рецепта лікаря. У дрогеріях було заборонено виготовляти лікарські засоби.

Найбільшого поширення дістали публічні аптеки, які обслуговували різні верстви населення і функціонували у містах. Такі аптеки мали свого власника і могли передаватись у спадщину. Аптечні приміщення складалися з торгового залу, лабораторії, матеріальної кімнати, в якій зберігалися запаси препаратів і лікарської сировини, підвалу та інспекційної кімнати.

Власники окружних аптек водночас очолювали філії аптекарських об’єднань. Найбільш відомою з окружних вважалася львівська аптека “Під чорним орлом”, заснована 1735 року Вільгельмом Наторпом. 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 у своїй практиці гомеопатичні засоби, не мали права виготовляти їх у домашній аптеці.

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

1789 року було розроблено “Аптекарський устав”. У 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

аптекарьський”. Він став основним документом, який регламентував роботу аптек протягом всього XIX ст. Було визначено професійні та моральні вимоги до аптекарів, обов'язки аптекарів щодо виконання приписів рецепта за складом та вагою інгредієнтів, регламентувався запас лікарських засобів в аптеці.

У 1789 р. вперше було надруковано аптечну “Таксу” на існуючі медикаменти і визначено вартість приготування ліків (taxa laborum). З 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.

З огляду на те, що з початку XIX ст. аптечна мережа України почала інтенсивно розвиватися, відкриваються аптеки у всіх великих населених пунктах, збільшується їх кількість у містах, для врегулювання впровадження аптекарської справи в 1873 р. уряд видає “Правила відкриття аптек”. Згідно з цим документом, дозвіл на відкриття аптеки має видавати губернатор з урахуванням кількості населення і кількості аптек, що діють у губернії. Так, у великих містах одна аптека повинна була обслуговувати 12 тис. населення і 30 тис. рецептів, у губернських — 10 тис. населення і 15 тис. рецептів. В інших населених пунктах дозволялося відкривати аптеки на відстані не меншій як 15 верст.

У XIX ст. роботу аптек контролювали міські, районні, обласні лікарні та інспектори. Керував ревізорами головний інспектор охорони здоров'я. У 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 створювалися на кошти земств. Лікарські засоби у вільних аптеках відпускалися безкоштовно або за низькими цінами. Проте кількість таких аптек була недостатньою, вони були погано обладнані й мали обмежений асортимент лікарських засобів. Звичайно, сам принцип забезпечення ліками бідних верств населення був гуманним і прогресивним, проте не зміг суттєво поліпшити загальний рівень медикаментозної допомоги населенню.

Вимоги щодо освітнього цензу виконувалися не завжди. Так, офіційні дані того часу свідчать, що в 1896 р. тільки 22 власни-

ки з 63 (менше 35 відсотків) мали ступінь провізора. Часто керівники аптек не здобували фармацевтичної освіти.

Фармацевтичні ступені в Російській імперії вперше було запроваджено 1838 року “Правилами про іспити медичних, ветеринарних і фармацевтичних чиновників”. Їх було три: аптекарський помічник, провізор і аптекар. 1845 року замість назви “аптекар” було запроваджено вищий фармацевтичний ступінь — магістр фармації. Право присуджувати ці ступені було надано кільком університетам (насамперед Петербурзькому і Московському) і Військово-медичній академії.

Поступово монополія на відкриття аптек, яка була запроваджена ще Петром I, почала гальмувати розвиток аптекарської справи. Відчувався не тільки брак кількості аптек, а й аптекарських кадрів. Перед Першою світовою війною виробництво ліків було частково перенесено з аптек на заводи, проте фармацевтична промисловість розвивалася дуже повільно. Сировина, апаратура, лабораторне обладнання повністю закуповувалися за кордоном. Тож у галузі постачання лікарських засобів Російська імперія цілковито залежала від Німеччини.

Гучна слава в Києві поширювалася про аптекарську сім'ю Марцинчиків. Адольф Марцинчик, син лікаря, здобувши університетську освіту, в лютому 1847 р. орендував аптеку на Хрещатику. Після стажування на хімічних фабриках Відня, Берліна 1866 року він відкриває власну аптеку, також на Хрещатику. Аптека Марцинчика була найкращим фармацевтичним закладом у місті. Після смерті батька справу успадкував син Адольф (1846–1912), який 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 спиртових та ефірних екстрактів. На базі аптеки виконувалися досліди й аналізи, лабораторія готувала ліки не тільки для аптек, а й для інших закладів міста із знижками 25–45 %. Окрім ліків в аптеці Марцинчика торгували косметичним і скипидарним милом, зубними еліксами, ароматичними водами, пластирами, кефіром, киснем, а також французьким вином “Сен-рафаель”, що укріплювало, як запевняли аптекарі, здоров'я. 1881 року Адольфа Марцинчика обрали головою Київського фармацевтичного товариства. Він реорганізує своє підприємство, віддавши аптечний склад братів Марцинчиків під “Південноросійське товариство торгівлі аптекарськими товарами”. Принцип



діяльності товариства був таким, що аптеки кожного залишалися приватною власністю. Окрім акціонерів, купувати препарати на складах мали право й інші аптеки. За десять років товариство створило мережу контор і відділень по всьому Південноросійському краю. Оборот товариства за 1899 р. становив півтора мільйона рублів, працювали півтори сотні службовців і фахівців. Склади й 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.

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. Зменшилася кількість аптек за повної відсутності джерел поповнення ліків.

28 грудня 1918 р. радянською владою було видано декрет про націоналізацію аптек, згідно з яким все 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 місце-

вих рад. Останніми були розроблені положення та інструкції про порядок відпуску ліків та контролю за роботою аптек, переліки дозволених лікарських засобів. Лікарські засоби поширювалися децентралізовано і відпускалися безплатно.

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 було організовано відділ народної охорони здоров'я, який з часом був реорганізований у Народний комісаріат охорони здоров'я (НКЗ). Аптечний відділ було створено у складі Лікувального управління НКЗ УСРР.

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

14 березня 1920 р. РНК УСРР видав декрет “Про націоналізацію аптечної справи”, де йшлося не тільки про передачу всіх аптек у відання держави, а також заборонялася будь-яка торгівля медикаментами, дозвіл на відпуск яких давався виключно націоналізованим аптечним установам. Крім того, замість торгівлі медикаментами запроваджувалася система їх централізованого розподілу. З цією метою при НКЗ УСРР було організовано центральний аптечний склад, куди повинні були надходити ліки, медичне обладнання та інструментарій. На жаль, надходжень не було, тому для поповнення запасів уряд багато разів удався до реквізиції і конфіскацій. Періодично Центральний аптечний склад розподіляв заготовлені таким чином медикаменти між губернськими відділами охорони здоров'я, а ті, у свою чергу, — між повітовими підвідділами охорони здоров'я.

Таким чином, 1920–1921 рр. можна охарактеризувати як період занепаду фармації в Україні. Кількість аптек значно скоротилася. У 1920 р. в Україні працювало тільки 660 аптек — 61,86 % від рівня 1913 р., тобто в середньому одна аптека на 41 тис. жителів (у 1913 р. відповідно — одна аптека на 24 тис. 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 був нелегким. Вкотре республіка і 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 УСРР і далі широко застосовувався терор, реквізиції і конфіскації, які разом із засухою і неврожаєм в економічно виснаженій країні стали причиною небувалого голоду.

Епідемії тифу, холери, туберкульозу на початку 20-х років загрожували поширенням у країні Європи. Міжнародними благодійними організаціями було вирішено надати допомогу УСРР. Перші партії медикаментів від міжнародних організацій почали надходити в Україну 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 р. Фрітьофа Нансена. Вона об’єднувала зусилля більш як десятка дрібних зарубіжних добродійних організацій. За рік своєї роботи в Україні вона надала допомогу населенню медикаментами загальною вартістю 140 тис. американських доларів. Німецький Червоний Хрест в Україні займався організацією лікарень, лабораторій, санітарних відділів і забезпеченням їх медичними кадрами й необхідними лікарськими засобами і приладдям. Всесвітній союз допомоги дітям на потреби медико-санітарної допомоги “Вереліф” мав фонд у розмірі 500 тис. американських доларів. Міжнародний робітничий 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 було припинено. Водночас аптечна мережа УСРР й далі занепадала і станом на 1924 р. на території республіки налічувалася лише 591 аптека (на одну аптеку в УСРР припадало 44,5 тис. жителів, тоді як у 1913 р. — 24 тис. жителів).

Стабілізація, а потім поступове відродження фармації почалося тільки після того, як у республіці почали відроджуватися

ринкові відносини. 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 УСРР 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. Приватні аптеки відкривалися тільки з дозволу місцевих органів охорони здоров'я.

Проте це прогресивне починання було скасовано в 1923 р. Розпочалася політика централізації управлінської структури. Було створено додаткові ланки управлінської структури на республіканському і губернському рівнях — Укрдержмедторг (незабаром перейменований на Укрмедторг) і губмедторги. З середини 20-х років Укрмедторг вже не здійснював керівництва фармацевтичною мережею, за ним залишалися тільки постачальницькі і якоюсь мірою розподільні функції. Крім того, відповідно до постанови РНК УСРР “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.

Втім, аптечні управління не мали правових повноважень самостійно використовувати зароблені кошти. Так, згідно з постановою РНК УСРР від 20 вересня 1926 р., 10 % коштів повинні перераховуватися 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 Наркомздоров'я УСРР. Намітилася тенденція до монополізації не тільки оптової, а й роздрібною торгівлі ліками.

Низова ланка системи — аптека була позбавлена господарської самостійності й отримувала лікарські засоби не на власний вибір, а за розподілом і не мала права розпоряджатися доходом від своєї торгової діяльності. Всі кошти перераховувалися на ра-

хунок губернських, а згодом обласних та республіканських структур. Роздрібні ціни також встановлювалися державою і були обов'язковими для всіх аптек, їх порушення кваліфікувалося як кримінальний злочин і каралося чинним законодавством.

У перші роки непу було створено тип госпрозрахункової державної аптеки, який у практично незмінному вигляді проіснував багато десятиліть. Ці аптеки отримали назву “єдиних” аптек і займалися продажем медикаментів населенню і медичним установам, а також безкоштовним відпуском лікарських препаратів застрахованим особам і членам їхніх сімей за рахунок коштів державної системи страхування. Поступово кількість “єдиних” аптек збільшувалася і в 1927 р. їх було 1096, тобто відновилася дореволюційна кількість аптек. Позитивним зрушенням стало розширення мережі аптек у сільській місцевості — у 1927 р. їх налічувалося 757. Але медична допомога, як і раніше, залишалася малодоступною, оскільки сільська аптека обслуговувала 31,8 тис. жителів.

Особливою причетою того часу було надзвичайне поширення фальсифікованих медикаментів, які підпільно продавалися як на “чорному” ринку, так 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. Здійснено укрупнення окружних і губернських аптечних управлінь в обласні. Основною метою реорганізації було посилення плановості і централізації управління. Проте із збільшенням кількості аптек у 1929–1930 рр. з'ясувалося, що обласні аптекоуправління неспроможні безпосередньо управляти численними аптечними закладами. Було вирішено утворити не тільки в обласних центрах, а й районні аптечні управління, на які покладалося безпосереднє управління аптечною справою району.

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

У 1917 р. підготовку фармацевтів при аптеках було скасовано. На якийсь час керівництво системою охорони здоров'я змушене було використовувати фармацевтичні кадри, які здобули освіту ще за часів Російської імперії і не встигли емігрувати. Для нагляду за ними було приставлено малограмотних, проте ідеологічно надійних “червоних” асистентів. Проте навіть це рішення не вирішувало кадрової проблеми 20-х років.

У цей період фармацевтична та фармакологічна освіта змінювалася багато разів. У 1920 р. в Харкові А. Розенфельдом було засновано Інститут експериментальної фармації. І Всеукраїнською конференцією з медичної освіти було розроблено основні 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 доброю теоретичною і практичною підготовкою”.

Хронологія формування фармацевтичної освіти в радянській Україні:

- **1921 р.** — засновано фармацевтичні навчальні інститути з чотирирічним курсом навчання (Харків, Одеса) та фармацевтичні технікуми з трирічним навчанням (Київ, Вінниця, Харків);
- **1923 р.** — запроваджено підготовку фахівців на хіміко-фармацевтичних факультетах при Харківському та Одеському університетах;
- **1930 р.** — українські фармацевтичні навчальні заклади було передано з підпорядкування системи наркомату освіти до наркомату охорони здоров'я. Одеський інститут було реорганізовано в медико-аналітичний, а фармацевтичні технікуми реорганізовано в інститути з п'ятирічним терміном навчання;
- **1937 р.** — запроваджено вчені звання кандидатів та докторів фармацевтичних наук;
- **1940 р.** — створено фармацевтичні факультети при Львівському медичному інституті та Київському інституті удосконалення провізорів;
- **1945–1950 рр.** — відновлено роботу фармацевтичних інститутів після Другої світової війни;
- **1954 р.** — запроваджено курси удосконалення і спеціалізації фармацевтів, заочну підготовку провізорів з осіб, які

мають середню фармацевтичну освіту та стаж роботи за фахом понад п'ять 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 1966 року.

У процесі відбудови країни після Великої Вітчизняної війни відбуваються зміни в організації та управлінні аптекарською справою. Запроваджується система роздільної матеріальної відповідальності, преміальна система оплати праці. З'являються нові форми медикаментозного обслуговування населення: організуються міжлікарняні аптеки та філії аптек при поліклініках; поширюється відпуск ліків за рахунок громадських фондів; збільшується питома вага готових ліків у рецептурі. Аптеки будуються за спеціальними типовими проектами, оснащуються необхідним технологічним обладнанням та аптечними меблями.

В Українській РСР управління аптечною справою було підпорядковане Головному аптечному управлінню Міністерства охорони здоров'я СРСР. Воно здійснювало загальне керівництво аптечними закладами, визначало потребу у медикаментах та інших медичних виробках; розміщувало замовлення на них у промисловості та розподіляло медичну продукцію поміж союзними республіками 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 виконувало відповідні завдання на території республіки. Йому підпорядковувалися 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, перебували у підпорядкуванні аптечних управлінь і були 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 філії й аптечні пункти при поліклініках та інших медичних установах, а також аптечні кіоски.

За радянських часів стаціонарних хворих обслуговували аптеки двох типів:

- *аптеки лікувально-профілактичних закладів*, які були відділеннями лікарень, госпіталів, клінік, розрахованих на медичне обслуговування понад 100 лікарняних ліжок; фінансувалися з державного бюджету;
- *міжлікарняні аптеки* — організовувалися у великих містах з метою постачання лікарськими засобами й товарами медичного призначення кількох лікувально-профілактичних закладів із загальною кількістю понад 500 ліжок. Вони були на госпрозрахунку і підпорядковувалися аптечним управлінням.

За радянських часів госпрозрахункові аптеки відпускали лікарські засоби за готівку, у стаціонарах всі пацієнти отримували лікарські засоби безкоштовно.

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

Удосконалення управління в умовах централізованої системи господарювання було спрямоване на створення великих організаційних структур. У результаті окремі самостійні аптечні заклади перетворилися в структурні підрозділи різних об'єднань. Цей процес в окремих випадках підтримувався і самими підприємствами, оскільки це давало їм можливість перейти з однієї категорії оплати праці в іншу, вищу.

Структура органів управління аптечними закладами змінювалася за рахунок збільшення проміжних ланок управління, які виконували паралельні функції. Штат апарату управління збільшувався. Вже на початку 80-х років існуюча організаційна структура управління сприяла виникненню суперечностей 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 у значному скороченні об’єктів управління.

Намічалось формування нових органів управління — генеральних дирекцій, яким передавали в повному обсязі права і відповідальність як підприємств, так і органів управління вищого рівня, з міністерств було передано солідний управлінський апарат. Нові структури управління було запропоновано з урахуванням досвіду великих промислових фірм за кордоном.

Аптечна система, так само, як і промислові підприємства, була залучена в реформу організаційних структур управління. Державне аптечне управління МЗ СРСР разом із всесоюзним НДІ фармації розробило пропозиції щодо удосконалення 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. у восьми союзних республіках, у тому числі в УРСР, були створені республіканські виробничі об’єднання “Фармація”.

Об’єднання утворювалися переважно 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.

Однак замість очікуваних радикальних змін вирішення організаційно-управлінських проблем аптечної служби звелось до реформи управління без радикальної перебудови організаційної структури. Скорочення кількості адміністративних працівників відбулося формально, було ліквідовано лише деякі відділи, натомість укрупнено ті, що залишилися. Командна система про-

довжувала займатися косметикою старого, звичного механізму управління. У верхній ланці управління узурпувалися всі права, а відповідальність концентрувалася в низових ланках, була відсутня система економічної відповідальності органів управління за якість прийнятих управлінських рішень.

Така схема управління виявилася нежиттєздатною 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 до тих чи інших організаційних структур.

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 базується на таких правових актах:

- Законі України “Про лікарські засоби” (1996);
- постанові Кабінету Міністрів України від 13.09.2000 № 1422 “Порядок державної реєстрації (перереєстрації) лікарського засобу”;
- наказі МОЗ України від 1.11.2000 № 281 “Інструкція 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 у 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, а також нормативно-правовими актами ЄС — директивою 2001/83ЄС Європейського Парламенту та Ради ЄС від 6.11.2001 “Про звіт 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 і на 12 % — з державних закупівель. Аптечна націнка на фармпрепарати становить 34 % .

Фармацевтична галузь займає значне місце й в економіці України, вона — важливий сегмент національного ринку, багато в чому визначає національну й оборонну безпеку країни, вирізняється великою науковістю та розвиненим кооперуванням.

На початок 2007 р. в Україні працювало 142 фармацевтичних виробничих підприємства (з них 27 великих — “Фармак”, “Індар”, “Борщагівський фармацевтичний завод” та ін.), які випускають близько 7 000 найменувань. 70 % реалізованих упаковок — це ліки українського виробництва. В Україні підвищення темпів виробництва фармпрепаратів більше, аніж індекс виробництва промислової продукції.

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

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основних учених з менеджменту і проблеми, над якими вони працювали.
2. Які існують підходи в сучасній концепції менеджменту? Розкрийте їх сутність.
3. Основні особливості медичної практики в країнах Стародавнього Сходу.
4. Які особистості сприяли розвитку медичної справи в стародавньому світі?
5. Основні досягнення системи охорони здоров'я Давнього Риму.
6. Які тенденції можна виділити в розвитку медичної практики в середньовічній Європі?
7. Яким чином епідемії впливали на розвиток охорони здоров'я в країнах Європи в епоху середньовіччя?
8. Які тенденції розвитку системи охорони здоров'я були викликані розвитком виробництва у XVIII–XIX ст.?
9. 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. Основні періоди розвитку аптекарської справи в Україні.

Список використаної та рекомендованої літератури

1. *Бідний В. Г.* Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. — К.: Задруга, 2001.
2. *Веснин Р. С.* Основи менеджмента. — М., 1999.
3. *Голяченко А. О., Романюк В. М.* Проблеми української історії медицини та фармації // Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. — 2002. — № 1. — С. 83–85.
4. *Грандо О. А.* Подорож у минуле медицини. — К.: РВА “Тріумф”, 1995.
5. *Грандо А. А.* Немного о прошлом. — К., 2003.
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.: Лыбидь, 2003.
8. *История менеджмента: Учеб. пособие* / Под ред. Д. В. Валоного. — 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.
11. *Лисицын Ю. П.* История медицины. — М.: ГЭОТАР МЕД, 2004.
12. *Марчукова С. М.* Медицина в зеркале истории. — СПб.: Европ. дом, 2003.
13. *Менье Л.* История медицины: Пер. с фр. — М.; Л., 1926.
14. *Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф.* Основы менеджмента: Пер. с англ. — 3-е изд. — М.: Дело, 1998.
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.
18. *Радиш Я. Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001.
19. *Робінс С., Де Ченцо Д.* Основы менеджменту. — К.: Основы, 2002.
20. *Российский Д. М.* История всеобщей и отечественной медицины и здравоохранения. — М., 1956.
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.
23. *Страхова медицина в Україні: історія та сучасність* / Авт. кол.: В. П. Ляхощкий, В. І. Євсєєв, В. І. Сергієнко та ін. — К.: Пульсари, 2003.
24. *Ступак Ф. Я.* Вступ до історії медицини. Медицина і первісне суспільство. — К., 2002.

25. Уорнер М. Классики менеджмента: Энциклопедия: Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2001.
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.
28. Шегедин М. Б., Мудрик Н. О. Історія медицини та медсестринства. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003.



МАУП

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 3.1. Основні поняття та принципи охорони здоров'я.
- 3.2. Основи організації охорони здоров'я в Україні.
- 3.3. Основи організації лікувально-профілактичної допомоги населенню.
- 3.4. Загальні принципи медичної та фармацевтичної діяльності.

3.1. Основні поняття та принципи охорони 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, удосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

У медичному менеджменті визначають такі основні поняття: здоров'я; охорона здоров'я; заклади охорони здоров'я; медико-санітарна допомога; медична послуга; виробники (надавачі) медичних послуг; стандарти надання медичних послуг (медичні стандарти).

Здоров'я — це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Охорона здоров'я — це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологіч-

них 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.

Медична послуга — професійна діяльність, яка здійснюється професійно підготовленими медичними працівниками, спрямована на задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я і має вартісну оцінку. Медична послуга є економічною складовою медичної допомоги.

Виробники (надавачі) медичних послуг — зареєстровані та ліцензовані в установленому порядку суб'єкти господарської діяльності будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, що надають медичні послуги.

Медичний працівник — фахівець, який пройшов професійну медичну підготовку відповідно до затверджених у встановленому порядку програм, має диплом встановленого зразка.

Стандарти надання медичних послуг (медичні стандарти) — визначені та затверджені Міністерством охорони здоров'я України обсяги надання медичної допомоги за нозологічними формами, що включають медичні послуги, товари та роботи, які надаються хворим у державних і комунальних закладах охорони здоров'я за кошти державного, місцевого бюджету та кошти обов'язкового медичного страхування.

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 у галузі охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний і медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з монополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Кожен громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає:

- життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який необхідний для підтримання здоров'я людини;
- безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він 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 наявні 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 здійсненні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- можливість об'єднуватися в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- відшкодування завданої здоров'ю шкоди;
- оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи у 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 обмежені загальновизнані права людини і громадянина.

Конституцією України всім громадянам гарантується реалізація 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;
- надання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України;
- здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в галузі охорони здоров'я;
- організації державної системи збирання, обробки й аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у галузі охорони здоров'я.

3.2. Основи організації охорони здоров'я в Україні

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 державної політики охорони здоров'я в Україні є політика охорони здоров'я в Автономній Республіці Крим, місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються Верховною Радою Автономної Республіки Крим, органами місцевого і регіонального самоврядування і 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 подає 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 організовує розробку та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з пи-

тань охорони здоров'я, а також у 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 Автономної 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 України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

Основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є:

- 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 їх 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 та установ, що перебувають в 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;
- організовує 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 між-урядових 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 у 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 з 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, організовує 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 протиепідемічні норми й правила, норми радіаційної безпеки, гігієнічні нормативи, встановлює стандарти якості лікарських за-

собів, імунологічних препаратів, питної води, медичних приладів;

- здійснює разом з відповідними органами державної виконавчої влади вибірковий контроль за рівнем радіаційного забруднення харчових продуктів, водоймищ і ґрунтів, бере участь у складанні експертних висновків щодо визначення категорії зон радіоактивного забруднення територій, а в 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 впровадження 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 обробки 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, 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;
- сприяє створенню малих та інших підприємств, асоціацій, об'єднань; видає суб'єктам підприємницької діяльності спеціальні дозволи (ліцензії) на медичну практику, виготовлення і реалізацію медикаментів;
- затверджує переліки закладів національної служби охорони здоров'я, медичних і фармацевтичних працівників, разом з Центральним комітетом профспілки працівників охорони здоров'я України розробляє і здійснює заходи щодо захисту соціальних та економічних інтересів медичних і фармацевтичних працівників в умовах ринкової еко-

номіки, впровадження у діяльність національної служби охорони здоров'я господарського механізму;

- розробляє та затверджує нормативні акти, що регламентують внутрішній розпорядок та умови утримання і лікування хворих у закладах охорони здоров'я;
- фінансує в установленому порядку заклади охорони здоров'я, що перебувають у функціональному управлінні міністерства, проводить конкурси науково-дослідних робіт з питань охорони здоров'я та фінансує реалізацію кращих проектів незалежно від відомчої належності організацій-виконавців;
- одержує в установленому порядку статистичну і бухгалтерську звітність, забезпечує централізацію обліку, організовує в закладах охорони здоров'я, що перебувають у його функціональному управлінні, контрольно-ревізійну роботу, перевірку збереження коштів і матеріальних цінностей та додержання режиму економії, здійснює контроль за правильним веденням і достовірністю обліку та звітності, а також вживає заходів для відшкодування матеріальних збитків згідно з чинним законодавством.

Міністерство охорони здоров'я України *встановлює порядок:*

- 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;
- матеріально-технічного забезпечення медичних формувань та установ, призначених для Міноборони, Цивільної оборони та служби екстремальної медицини (у воєнний час);
- визначення виробництв, професій та робіт з важкими і шкідливими умовами праці, на яких забороняється застосування праці жінок і осіб, молодших 18 років; надання додаткової відпустки, встановлення скороченого робочого дня;
- медичного відбору і направлення хворих для санаторно-курортного лікування;

- організації та відкриття санаторно-курортних закладів на території України.

До функцій Міністерства охорони здоров'я також належить:

- організація разом з іншими органами державної виконавчої влади та 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, затвердження медичних і фізіологічних норм харчування для зазначеної категорії осіб (у тому числі вагітних жінок і дітей);
- розробка та організація заходів щодо підготовки органів і закладів охорони здоров'я для 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 здійснення заходів, спрямованих на охорону материнства і дитинства, організація правової допомоги в цій справі;
- проведення разом із заінтересованими органами державної виконавчої влади роботи з охорони праці жінок і підлітків, оздоровлення, фізичного і гігієнічного виховання дітей;

- контролювання стану здоров'я та якості харчування дітей у дитячих дошкільних і навчально-виховних закладах незалежно від відомчої належності;
- встановлення обов'язкових вимог до виробництва, реалізації та споживання продуктів дитячого харчування;
- погодження обсягів навчально-трудового навантаження, а також зразкового режиму занять з дітьми в зазначених закладах;
- визначення потреб закладів охорони здоров'я і населення у виробі медичного призначення (в лікарських засобах, бактерійних і вірусних препаратах, вітамінах, окулярній оптиці та інших аптечних товарах, а також у виробі медичної техніки, запасних частинах до них) і в санітарному автотранспорті, забезпечення їх постачання виробами медичного призначення та організація експлуатації і ремонту 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, встановлення вимог до технологічних умов їх виготовлення та використання.

У науковій та освітній галузі Міністерство охорони здоров'я:

1. Визначає стратегію наукових досліджень у національній службі охорони здоров'я, розробляє основні напрями розвитку пріоритетних наукових досліджень у галузі медицини, здійснює 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, забезпечує впровадження в практику досягнень науки, техніки і передового досвіду, ефективну діяльність системи наукової медичної інфраструкції, патентно-ліцензійної служби.
2. Надає організаційно-методичну допомогу редколегіям профільних наукових журналів.
3. Розробляє і вдосконалює систему медичної та фармацевтичної освіти, визначає потребу і вимоги до професійної підготовки та перепідготовки медичних і фармацевтичних

працівників, у тому числі висококваліфікованих наукових і науково-педагогічних кадрів через аспірантуру та докторантуру.

4. Затверджує перелік вищих навчальних закладів, підготує в яких дає право фахівцям займатися медичною та фармацевтичною діяльністю, а також типові навчальні плани (за погодженням з Міносвіти), бере участь у проведенні державної атестації та акредитації медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів.

5. Розробляє нормативи та організовує нострифікацію іноземних дипломів медичних і фармацевтичних працівників, видає їм дозвіл на медичну практику в Україні.

Рішення Міністерства охорони здоров'я, видані у межах його компетенції, є обов'язковими для центральних і місцевих органів державної виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ та організацій.

Міністерство охорони здоров'я 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 Міністерства охорони здоров'я, обговорення найважливіших напрямів діяльності і розвитку галузі у Міністерстві створюється 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 Міністерстві охорони здоров'я 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 Міністерстві охорони здоров'я створюються на громадських засадах комітети з нової медичної техніки, гігієнічної регламентації та реєстрації хімічних речовин, стандартизації і контролю медичних та імунобіологічних препаратів.

Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади 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.

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.

Вищий нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я здійснюють Генеральний прокурор України і підпорядковані йому прокурори.

3.3. Основи організації лікувально-профілактичної допомоги населенню

Відповідно до Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”, громадянам України лікувально-профілактична допомога надається:

- поліклініками;
- лікарнями;
- диспансерами;
- клініками науково-дослідних інститутів;
- іншими акредитованими закладами охорони здоров’я;
- службою швидкої медичної допомоги;
- окремими медичними працівниками, які мають відповідний дозвіл (ліцензію).

Для забезпечення лікувально-профілактичною допомогою громадян України, які мають відповідні пільги, створюються спеціальні лікувально-профілактичні заклади.

Відповідно до законодавства України, кожен пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому державному лікувально-профілактичному закладі на свій вибір, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

Види лікувально-профілактичної допомоги. Громадяни України мають право на отримання доступної соціальної прийнятної *первинної лікувально-профілактичної допомоги* як основної частини медико-санітарної допомоги населенню. Вона передбачає:

- консультацію лікаря;
- просту діагностику;
- лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь;
- профілактичні заходи;
- направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги.

Первинна лікувально-профілактична допомога надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і

можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку для:

- надання допомоги при захворюваннях, складних для діагностики і лікування;
- лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування;
- встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються.

Надання медичної допомоги в усіх закладах охорони здоров'я здійснюється згідно зі стандартами надання медичних послуг, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України за поданням професійних медичних (лікарських, сестринських та ін.) організацій.

Громадяни України можуть направлятися для лікування за кордон у разі необхідності надання того чи іншого виду медичної допомоги хворому та неможливості її надання в закладах охорони здоров'я України.

Відповідальність за несвоєчасне і неякісне забезпечення надання медичної допомоги, що призвело до тяжких наслідків, несуть органи влади і спеціальні заклади, які обслуговують лікувальні заклади.

Кожен пацієнт має право вільного вибору лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги. 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 має право 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.

Процес лікування полягає в участі двох сторін — пацієнта і медичного працівника. Обидві сторони при цьому несуть велике нервово-психологічне і фізичне навантаження. У хворого — це болі, страх, безпорадність. Медичний персонал дуже часто працює в екстремальних умовах, приймає життєво важливі для пацієнта рішення при нестачі інформації про стан його здоров'я, при неналежному матеріально-технічному забезпеченні лікувального процесу. Напрями сучасної медицини, такі як реанімація, трансплантологія, мікрохірургія та інші, потребують максимальної психолого-фізичної віддачі від усього медичного персоналу.

Академіку А. Білібіну належить вислів: “Медична діяльність — це сфера служіння, а не обслуговування”. Служіння — це мобілізація сил і волі лікаря, натхнення. Обслуговування (навіть відмінне) — виконання обов'язків без тієї великої моральної, а інколи й фізичної напруги, яка потрібна для рятування людського життя. Основним завданням медичного менеджера є створення такої організаційної культури в лікувально-профілактичному закладі, за якої служіння пацієнтові стає нормою.

Під час надання медичної допомоги всі працівники мають дотримуватися основних біоетичних принципів:

- поінформованої згоди;
- збереження лікарської таємниці.

Забезпечення принципу поінформованої згоди. 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 має право її обмежити. В цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи інтереси хворого. Так само лікар діє тоді, коли пацієнт перебуває в непритомному стані.

Відповідно до Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” для застосування методів діагностики, профілактики та лікування необхідна згода поінформованого пацієнта.

За згодою законних представників здійснюється медичне втручання пацієнтам, які:

- не досягли віку 15 років;
- визнані в установленому законом порядку недієздатними.

У невідкладних випадках, коли існує реальна загроза життю хворого, 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 й після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а в разі 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.

Лікарська таємниця. Відповідно до законодавства переважної більшості країн 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 в разі її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Правила використання відомостей, що стосуються лікарської таємниці (інформації про пацієнта), на відміну від медичної інформації (інформації для пацієнта), встановлюються:

- статтею 40 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”;
- частиною третьою статті 46 Закону України “Про інформацію”.

Крім того, обов'язок збереження лікарської таємниці передбачено і Клятвою лікаря, затвердженою Указом Президента України від 15 червня 1992 р. № 349.

Отже, лікарську таємницю (інформацію про пацієнта) слід відрізняти від медичної таємниці (інформації для пацієнта).

Основні принципи збереження лікарської таємниці викладено в міжнародних документах. Розглянемо їх.

1. *Женевською декларацією Всесвітньої медичної асоціації* (1948 р.) (Міжнародною клятвою лікарів) передбачено обов'язок медичних працівників поважати довірені секрети навіть після смерті пацієнта.
2. *Міжнародним кодексом медичної етики* (1949 р.), прийнятим Генеральною Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації, встановлено, що лікар повинен поважати права пацієнтів, а також охороняти лікарську таємницю, в тому числі після смерті свого пацієнта.
3. *Лісабонська декларація про права пацієнта* (прийнята 34-ю Всесвітньою медичною асамблеєю у 1981 р.) зазначає, що пацієнт має право розраховувати на те, що лікар ставитиметься до всієї медичної та особистої інформації, довіреної йому, як до конфіденційної.
4. Згідно з *Декларацією про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі* (прийнята Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1994 р.), вся інформація про стан здоров'я пацієнта, діагноз, прогноз та лікування його захворювання, а також будь-яка інша інформація особистого характеру повинна зберігатися в таємниці навіть після смерті пацієнта. Також цією Декларацією визначено такі принципи:
 - Конфіденційну інформацію можна розкрити лише тоді, коли на це є ясно виражена згода пацієнта або цього потребує закон.
 - Передбачається згода пацієнта на розкриття конфіденційної інформації медичному персоналу, який бере участь у лікуванні пацієнта.
 - Усі дані, що можуть розкрити особистість пацієнта, повинні бути захищені. Ступінь цього захисту має бути адекватним формі збереження даних.
 - Компоненти людського тіла, з яких можна отримати ідентифікаційну інформацію, також мають зберігатися з дотриманням правил захисту.
 - Пацієнти, які поступають у лікувально-профілактичний заклад, мають право розраховувати на наявність у цьому закладі інвентарю та обладнання, необхідного для гарантії

збереження медичної таємниці, особливо в тих випадках, коли медичні працівники здійснюють догляд, а також проводять дослідні та лікувальні процедури.

В Україні розроблено і винесено на обговорення проект Етичного кодексу українського лікаря, в якому визначено основні принципи збереження лікарської таємниці. А саме:

- при здійсненні своєї діяльності лікар повинен забезпечувати конфіденційність і зберігати лікарську таємницю;
- лікар не має права розголошувати без дозволу пацієнта чи його законного представника відомості, отримані в ході обстеження та лікування, а також сам факт звертання за медичною допомогою;
- усі відомості, передані лікареві пацієнтом під час особистої бесіди, а також дані його обстеження заносяться в спеціальні медичні карти і є конфіденційними;
- лікар зобов'язаний вжити всіх необхідних заходів щодо збереження і нерозголошення медичної таємниці, а також конфіденційності інформації про пацієнта на електронних носіях;
- лікар (медичний працівник) не має права розголошувати медичну інформацію навіть після смерті пацієнта, за винятком випадків професійних консультацій або обставин, передбачених законом;
- при використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в публікаціях повинна бути забезпечена анонімність пацієнта. Представлення пацієнта (колишнього пацієнта) на наукових конференціях, у наукових публікаціях, у засобах масової інформації є етичним лише за умови, що пацієнт поінформований про можливу втрагу конфіденційності, усвідомлює це та у письмовій формі дає добровільну згоду на таке представлення.

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 усунути небезпеку для здоров'я пацієнта іншими методами неможливо.

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 вживає всіх належних у таких випадках заходів для відвернення шкоди життю та здоров'ю пацієнта.

У медичній практиці лікарі зобов'язані застосовувати методи профілактики, діагностики і лікування та лікарські засоби, дозволені Міністерством охорони здоров'я України.

В інтересахвилікування 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 або визнаних судом обмежено дієздатними такі методи та засоби застосовуються за їх згодою та згодою їхніх батьків або інших законних представників.

Порядок застосування зазначених методів діагностики, профілактики, лікування і лікарських засобів встановлює Міністерство охорони здоров'я України.

Принципи надання невідкладної медичної допомоги. 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 надання 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 надавати 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 надання невідкладної допомоги або транспортування його до найближчого лікувально-профілактичного закладу.

Надання 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 наданню медичної допомоги, гарантується у разі потреби в порядку, встановленому законодавством, безплатне лікування та матеріальна компенсація шкоди, завданої їх здоров'ю та майну.

3.4. Загальні принципи медичної та фармацевтичної діяльності

Відповідно до законодавства України, 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 ви-

давати 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.

Підготовка медичних кадрів в Україні здійснюється за такими освітньо-кваліфікаційними рівнями та напрямками:

- *Середній медичний персонал* — молодші спеціалісти (медичні сестри, фельдшери-акушери, лаборанти) та бакалаври. Підготовка здійснюється на базі медичних училищ, коледжів та відповідних факультетів медичних інститутів, університетів, академій.
- *Лікарі* — додипломна підготовка за спеціальностями лікувальна справа, педіатрія, медико-профілактична справа. Підготовка здійснюється 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.

Навчальні плани та програми підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників у встановленому порядку погоджуються з Міністерством охорони здоров'я України.

На лікарських посадах можуть працювати особи, які:

- мають дипломи спеціаліста або магістра державного зразка (Україна) про закінчення вищих медичних закладів III–IV рівня акредитації;
- пройшли інтернатуру за однією із спеціальностей, що входять до Номенклатури лікарських спеціальностей, затверджених відповідним наказом МОЗ України;
- мають сертифікат про присвоєння звання “лікар-спеціаліст” з відповідної спеціальності.

Випускники медичних спеціальностей вищих медичних навчальних закладів складають Присягу лікаря України. Текст Присяги лікаря України затверджується Кабінетом Міністрів України.

Згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою указом Президента України від 7 грудня 2002 р. № 1313/2002, реформування системи охорони здоров'я передбачає здійснення заходів, спрямованих на здійснення інноваційної і 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 за трьома напрямками:

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.

Фармацевтична галузь є специфічною сферою діяльності, якість продукції якої залежить від якісного складу персоналу, його професійних знань, вмінь, навичок. Усе це визначило необхідність наукового обґрунтування розробки організаційно-методичних складових сучасних технологій управління, підготовки, перепідготовки, удосконалення та атестації персоналу фармацевтичних підприємств галузі, гармонізованих до стандартів та норм GMP, GDP та GPP ЄС.

Підготовка фармацевтичних кадрів в Україні здійснюється за такими освітньо-кваліфікаційними рівнями та напрямками:

- *Молодші спеціалісти* — навчання здійснюється у 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 в аптеці, фармацевта з безрецептурного відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення, завідувача аптечного пункту 1-ї

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 здійснюється 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 здійснюється на фармацевтичних факультетах ВНЗ IV рівня акредитації. Підготовка магістрів фармації здійснюється одночасно з їх навчанням в інтернатурі. Магістри мають право обіймати посади наукових співробітників, викладачів ВНЗ, консультантів та радників.

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 чи іншого еквівалентного ступеня і правом самостійно займатися 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 однорічну 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. або мають стаж роботи за спеціальністю, або особи, які пізніше пройшли тримісячну післядипломну підготовку і мають право на самостійну діяльність за фахом;

- особи, які пройшли підготовку у фармацевтичних навчальних закладах з терміном навчання не менше ніж два 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) або пройшли підготовку в обсязі їх повних чотирьох курсів (8 семестрів).

Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників. Відповідно до законодавства медичні і фармацевтичні працівники мають право на:

- заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;
- належні умови професійної діяльності;
- підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;
- вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;
- безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків;
- обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я в разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;
- 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;
- встановлення у державних закладах охорони здоров'я середніх ставок і посадових окладів на рівні не нижчому від середньої заробітної плати працівників промисловості;
- скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;
- пільгові умови пенсійного забезпечення;
- пільгове надання житла та забезпечення телефоном;
- безплатне користування квартирою з опаленням та освітленням тим, хто проживає в сільській місцевості, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитуван-

ня, обзаведення господарством і будівництва власного житла, придбання автотранспорту;

- першочергове одержання лікувально-профілактичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами;
- створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;
- судовий захист професійної честі та гідності.

Професійні обов'язки медичних і фармацевтичних працівників. Відповідно до законодавства медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані:

- сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, подавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;
- безплатно подавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;
- поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;
- дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;
- постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;
- подавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Медичні та фармацевтичні працівники несуть також інші обов'язки, передбачені законодавством.

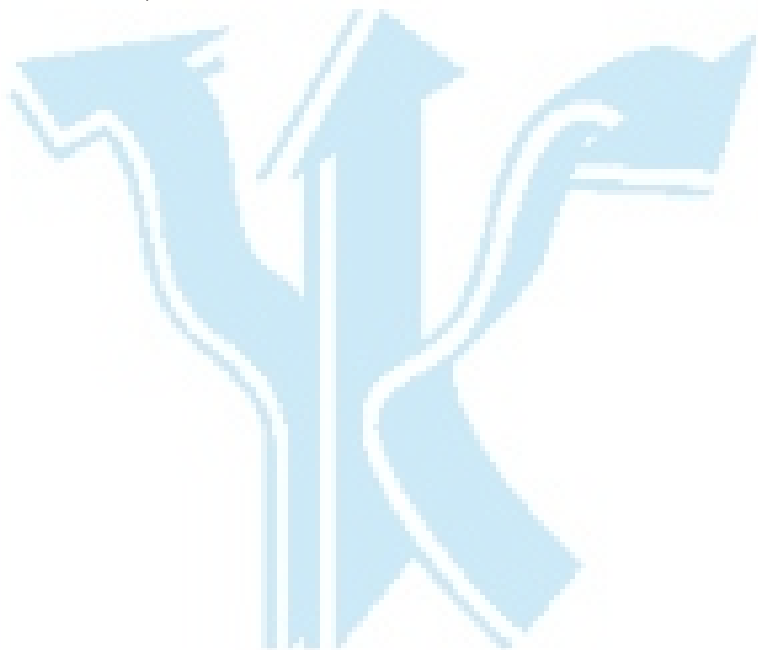
Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте основні принципи охорони здоров'я в Україні.
2. Які права має громадянин України на охорону здоров'я та якими шляхами вони реалізуються?
3. Які обов'язки в реалізації державної політики охорони здоров'я покладено на Президента України, Кабінет Міністрів і Міністерство охорони здоров'я?

2. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.92 // Відомості Верховної Ради України. — 1993. — № 4.
3. Баєва О. Формування напряму та стратегії підготовки менеджерів для галузі охорони здоров’я // Вісн. Української Акад. держ. упр. при Президентові України. — 2003. — № 1. — С. 233–236.
4. Баєва О. В. Концептуальні засади підготовки менеджерів для галузі охорони здоров’я // Вісн. Хмельницького нац. ун-ту. — 2005. — № 4. — Ч. 2. — Т. 3. — С. 21–25.
5. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров’я: Навч.-метод. посіб. — К.: МАУП, 2007.
6. Білинська М. М. Державне управління галузевими стандартами в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: Монографія. — К.: Вид-во НАДУ, 2004.
7. Блохина М. В. Совершенствование системы управления персоналом лечебно-профилактических учреждений // Главная медицинская сестра. — 2005. — № 6. — С. 93–98.
8. Виноградова Г. Професійна таємниця в міжнародно-правових джерелах: окремі питання регулювання та використання досвіду в законодавстві України // www.justinian.com.ua/article.php
9. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров’я. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.
10. Державне управління охороною громадського здоров’я: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка та Л. І. Жаліло. — К.: Вид-во НАДУ, 2004.
11. Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б., Кунгурцев О., Мартинюк О., Солоненко Н. Охорона громадського здоров’я: управлінські аспекти: Навч. посіб. / Українська Акад. держ. упр. при Президентові України. — К.: Вид-во УАДУ, 2001.
12. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. — К., 1994.
13. Краснянська Т. М. Ретроспективний аналіз та сучасний стан кадрового забезпечення фармацевтичної галузі України // Фармац. журн. — 2005. — № 4. — С. 5–9.
14. Кузьменко В. Г., Баранів В. В., Шиленко Ю. В. Охорона здоров’я в умовах ринкової економіки. — К., 2002.

15. *Лехан В., Рудий В., Нолт Е.* Системи здравоохранения в переходном периоде: Монографія. Україна. — Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской лаборатории по системам и политике здравоохранения, 2004.
16. *Лехан В. М.* Принципи організації інтегрованих систем надання і фінансування медичної допомоги в Україні // Вісн. соц. гігієни та організ. охорони здоров'я України. — 2001. — № 3. — С. 68–72.
17. *Лучкевич В. С.* Основи соціальної медицини й управління охороною здоров'я. — К., 2002.
18. *Мартинюк О.* Концептуально-методологічні засади механізмів державного управління міжгалузевою співпрацею з охорони громадського здоров'я // Упр. сучасн. містот. — 2004. — № 4 (16). — С. 213–218.
19. *Менеджмент в охороні здоров'я: Структура та поведінка організації охорони здоров'я /* За ред. С. Шортела та А. Калюжного. — К.: Основи, 1998.
20. *Москаленко В. Ф.* Охорона здоров'я України у світлі вимог Європейського Союзу, конституційних реформ // Укр. мед. часопис. Науково-практичний загальномедичний журнал. — 2000. — № 6(20).
21. *Нижник Н. Р.* Проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я // Укр. мед. вісті. — Ч. 1(56). — С. 23.
22. *Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: Спільний звіт /* За заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. — К.: Вид-во Раєвського, 2005.
23. *Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб./* Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; Кер. авт. кол. Л. Жаліло. — К.: Вид-во УАДУ, 2001.
24. *Радиш Я. Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001.
25. *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.
26. *Сенюта І.* Етичні гарантії і права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування // www.lawyer.org.ua

27. *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.
28. *Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я / За ред. О. В. Баєвої та І. М. Солоненка.* — К.: МАУП, 2007.



МАУП

ОРГАНІЗАЦІЇ ЯК ОБ'ЄКТИ УПРАВЛІННЯ

- 4.1. Поняття організації. Сутність та основні риси формальної організації.
- 4.2. Структури управління традиційними організаціями.
- 4.3. Специфіка організації діяльності закладів охорони здоров'я.

4.1. Поняття організації. Сутність та основні риси формальної організації

Організація — це відкрита самостабілізуюча система, яка прагне зберегти постійність свого внутрішнього середовища за рахунок забезпечення зв'язків між елементами системи та зовнішнім оточенням. Вирізняють організацію таких систем:

- біологічних;
- технічних;
- соціально-економічних.

Існують різні тлумачення походження терміна “організація”.

За основні, як правило, беруть такі:

- *organizo*, від лат. — чіткий вигляд, об'єднання. Під організацією розуміють об'єднання людей для досягнення спільних цілей;
- *organization*, від фр. — устрій. Під організацією розуміють внутрішню упорядкованість, узгодженість, взаємодію всіх частин цілого, зумовленого його будовою.

У розд. 1 було визначено, що об'єктом менеджменту є виробничо-господарська організація. За визначенням М. Х. Мескона, *виробничо-господарська організація являє собою групу осіб, діяльність яких свідомо координується для досягнення спільних цілей.*

Організації існують лише з однієї причини — щоб допомагати людям зробити те, що самостійно кожному було б не під силу.

Р. Уотерман

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 згідно з визначеними цілями.

Сутність організації проявляється через її основні *властивості*:

- ***Цілеспрямованість організації*** — властивість, яка характеризує її орієнтацію на досягнення можливого, бажаного та необхідного стану.
- ***Перманентність організації*** — властивість, згідно з якою вона перебуває у стані постійних і безперервних змін, які відбуваються незалежно від бажання суб'єктів.
- ***Дискретність*** — властивість, що означає перервність, виокремлення складових і відображає поелементний, поетапний підхід до її проектування, формування та функціонування.
- ***Циклічність*** — властивість, згідно з якою відбувається періодичне повторення послідовних подій і перетворень в організації.

- **Реверсивність** — властивість, яка визначає модель повернення до попередніх дій. Дає можливість управляти організацією на засадах повторення, адаптації та використання штатних, типових та аналогічних рішень.
- **Оперативність** — адаптація, відповідність, синхронізація ритмів і швидкості процесу організації з динамічними характеристиками розвитку ситуації і їх відповідності необхідним умовам досягнення запланованого результату.
- **Гнучкість** — здатність організації до адаптації, модернізації та реформування.
- **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 і схильність до встановлення взаємозв'язків.
- **Композиційність** — можливість побудови адекватної організації шляхом цілеспрямованого складання її елементів. Дає змогу 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 зворотний зв'язок (рис. 4.1).

Різноманітні ресурси або входні процеси об'єднуються й обробляються таким чином, щоб отримати бажаний результат (прибуток, соціальна місія тощо).

Внутрішні елементи системи взаємодіють між собою та із зовнішнім середовищем. Завдання менеджменту — підтримувати ці зв'язки.

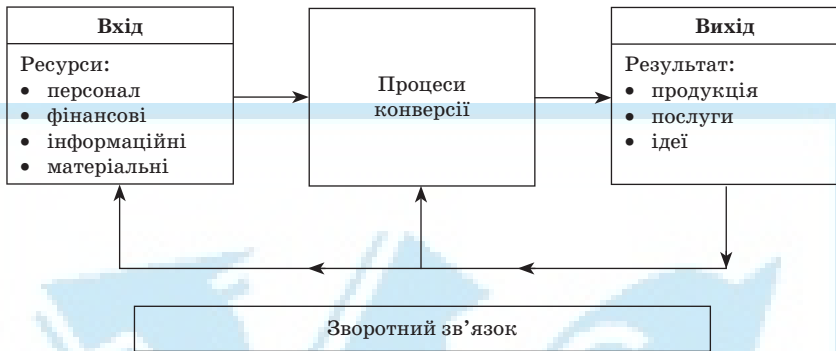


Рис. 4.1. Модель виробничо-господарської організації як простої системи

Зворотний зв'язок забезпечує інформацією про роботу системи. В управлінні організацією він надає інформацію для прийняття управлінських рішень щодо впровадження організаційних змін задля забезпечення ефективності. Наприклад, опитування пацієнтів, яким надаються медичні послуги (вихід), дає змогу зробити висновок про якість медичного сервісу (вхід) і зробити відповідні корективи в процесі відбору та набору кадрів.

Кожна система складається з певних підсистем. Наприклад, кардіологічне відділення є підсистемою лікарні. У свою чергу, лікарня є підсистемою системи охорони здоров'я міста або району, яка виступає підсистемою загальнодержавної системи охорони здоров'я.

У лікувально-профілактичному закладі функціонує кілька підсистем. Наприклад, обласна лікарня має кілька підсистем:

- підсистему консультативної поліклініки;
- підсистему центрів з надання консультативної лікувально-діагностичної допомоги;
- підсистему лікувально-діагностичних відділень, кабінетів і лабораторій;
- організаційно-методичну підсистему (центр медичної статистики);
- підсистему стаціонару з приймальним відділенням;
- підсистему планово-консультативної та екстреної медичної допомоги населенню області;

- організаційно-господарську підсистему: аптеку, харчо-блок, медичний архів, сховища, майстерні, автопарк, медичну бібліотеку;
- підсистему пансіонату для розміщення хворих з районів області, направлених на консультацію, поліклінічне обстеження.

Підсистеми взаємодіють між собою, що впливає на загальну діяльність лікувально-профілактичного закладу.

Основні характеристики систем

1. *Наявність керуючої та керованої підсистем:*

- *керуюча підсистема* розробляє способи впливу на організацію і трансформує ці способи в управлінські рішення. До керуючої підсистеми зараховують: апарат управління; засоби і технології управління; засоби комунікації, які використовуються в управлінській діяльності;
- *керована підсистема* складається з виконавців (лікарів, середніх медичних працівників), медичної та комп'ютерної техніки, організаційно-комунікаційних засобів, приміщень, які необхідні для здійснення виробничо-господарської діяльності (медичного обслуговування пацієнтів). Зв'язок між керованою та керуючою підсистемами покладено в основу функціонування системи (рис. 4.2).

2. *Самоорганізація* — пристосування організації до нових умов зовнішнього та внутрішнього середовища. Згідно з цією

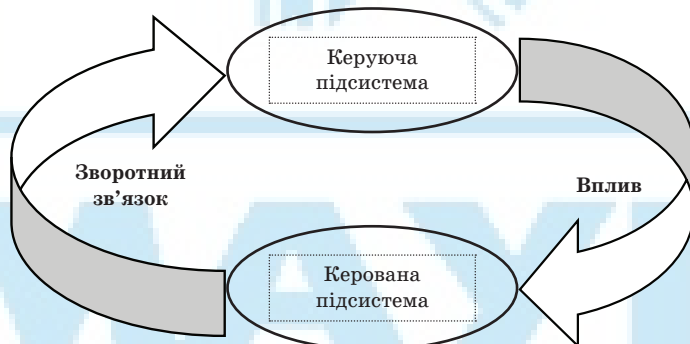


Рис. 4.2. Модель функціонування підсистем

властивістю, процес розвитку системи відбувається за принципом зворотного зв'язку. За цим принципом результат діяльності організації (відповідність якості або ціни на лікарський засіб, медичну послугу запитам споживача) має аналізуватися керівництвом і приводити до відповідних, взаємоузгоджених змін на вході в систему.

3. Гнучкість — здатність до оперативних змін. Гнучкість організації забезпечується принципами:

- побудовою гнучкої організаційної структури;
- гнучкістю технологій, які дають змогу швидко перейти на випуск нового лікарського засобу, товару медичного призначення, впровадити новий метод діагностики або лікування;
- засобами комунікації;
- характером виробничих відносин (стилем керівництва, організаційною культурою, діяльністю неформальних груп, психологічним кліматом);
- рівнем кваліфікації медичних і фармацевтичних кадрів, управлінського персоналу.

4. Синергізм — інтеграція зусиль у системі, яка приводить до примноження кінцевого результату.

5. Неадитивність — властивість системи, згідно з якою ефективність діяльності змінюється в часі і не дорівнює арифметичній сумі ефектів від діяльності окремих частин. Робота структурних підрозділів одного закладу охорони здоров'я (при загальній організаційній структурі, однакових принципах стимуляції праці) буде різною і залежатиме від професіоналізму персоналу підрозділу, особистих взаємовідносин, стилю керівництва управлінського персоналу підрозділу та лідерів неформальних груп.

6. Мультипликативність — примноження ефективності системи за рахунок стихійних процесів або управлінських дій (зміна стилю керівництва, впровадження нової мотиваційної політики, реструктуризація тощо).

7. Стабільність — здатність повертати свою рівновагу після внутрішніх змін або дії чинників зовнішнього середовища. Рівновидом стабільності є адаптивність системи — здатність пристосовуватися до зовнішнього середовища. В добре адаптованій системі всі її частини мають бути сумісними між собою.

Класифікація організацій

Організації класифікують за різними ознаками:

- за способом та метою утворення;
- за характером адаптації до змін;
- за принципами управління;
- за функціональними ознаками;
- за кількістю цілей;
- за взаємодією структурних підрозділів;
- за формами підприємництва;
- за величиною;
- за юридичним статусом.

1. Поділ організацій за способом та метою утворення. За цим принципом організації поділяють на формальні та неформальні.

Формальні організації — організації, які у своїй діяльності керуються статутом, положеннями і планами задля досягнення спільної мети.

До формальних організацій належать лікувально-профілактичні заклади, аптеки, підприємства з виробництва товарів медичного призначення, компанії та їх відділи, підрозділи, департаменти, служби, комітети тощо. Формальні організації називають просто організаціями.

Неформальні організації формуються і функціонують спонтанно на основі особистих інтересів груп осіб, які не мають спільної мети.

До неформальних організацій належать малі групи з одного або кількох відділів, які, наприклад, під час обідньої перерви обговорюють останні політичні події, проблеми стану системи охорони здоров'я, футбольні матчі. Як правило, неформальні організації формують особи, психологічно сумісні, які відчують задоволення від спілкування. Ядром такої організації є неформальний лідер.

2. Поділ організацій за характером адаптації до змін. За цим принципом організації поділяють на:

- механістичні;
- органістичні.

Механістичні організації — організації, в основу діяльності яких покладено механістичний підхід з дотриманням формальних правил і процедур, вузької спеціалізації, принципів ієрархії і централізації влади.

Система побудови таких організацій спроектована за типом машинного механізму, що призначений для виробничих операцій. Такий тип організацій становить надійну систему управління для забезпечення налагодженого функціонування стабільних рутинних технологій. Більшість лікувально-профілактичних закладів, що надають первинну лікувально-профілактичну допомогу, належать до механістичних організацій.

Організації з механістичними властивостями називають бюрократичними, ієрархічними, командними. До властивостей механістичних організацій зараховують:

- формальний поділ праці;
- вузьку спеціалізацію;
- використання формальних правил і процедур;
- орієнтацію на внутрішні фактори розвитку;
- цілі поділено на окремі завдання, виконання яких залежить від вирішення загальних завдань;
- централізоване прийняття рішень;
- жорстку ієрархію влади.

Органістичні організації — організації, в основу діяльності яких покладено органічний підхід, без жорсткого дотримання формальних правил та процедур, із децентралізацією влади, переважанням горизонтальних зв'язків в організаційній структурі.

Органічна модель організації виникла як антипод механістичній організації, яка перестала задовольняти нові ринки з динамічним зовнішнім середовищем. Ефективна при використанні нерутинних технологій, у складному, динамічному і невизначеному зовнішньому середовищі. Наприклад, організації, які розробляють і впроваджують комп'ютерні програми для лікувально-профілактичних закладів. Властивості органістичних організацій:

- функціональний розподіл праці, індивідуальні завдання і відповідальність постійно перерозподіляються і коригуються;
- особиста відповідальність при свободі дій;
- невелика кількість рівнів ієрархії, переважання горизонтальних і неформальних зв'язків;
- децентралізація влади;
- суб'єктивна система винагороди;
- при прийнятті управлінських рішень перевага віддається переконанню, а не владі;

- особистісний характер відносин;
- авторитет влади завойовується;
- розвиток творчого потенціалу працівників.

3. Поділ організацій за принципами управління. За цим принципом організації поділяють на такі види:

- унімодальні;
- мультимодальні;
- гомогенні;
- гетерогенні.

Унімодальні організації — організації, які мають ієрархічну структуру, на гребені влади перебуває особа, яка має вирішальний голос і вирішує всі проблеми, які виникають на нижчих структурних рівнях. До таких організацій належать приватні діагностичні та стоматологічні заклади, аптеки, які належать до малих підприємств.

Мультимодальні організації — організації, для яких властива відсутність персоналізованої влади; рішення приймаються кількома автономними відповідальними особами. До таких організацій належить аптечна мережа.

Гомогенні організації — організації, які управляють діяльністю своїх членів більше, ніж вони управляють організацією.

Гетерогенні організації — організації, якими члени організації керують більше, ніж організації управляють ними.

4. Поділ організацій за функціональними ознаками. За цим принципом вирізняють організації:

- ділові;
- громадські;
- асоціативні.

Ділові організації — створюються соціальними системами (державою, місцевою владою) та окремими підприємцями. Участь у діяльності таких організаціях дає прибуток або/та заробітну плату. Загальними принципами управління є адміністративний порядок, принципи доцільності та підпорядкованості.

Громадські організації — забезпечують узагальнення цілей індивідуальних учасників. Управління забезпечується прийнятими всіма нормами або статутом і принципом виборності. Участь в організаціях забезпечує задоволення політичних, соціальних, культурних, творчих та інших інтересів її членів.

Асоціативні організації — характеризуються автономією щодо середовища, відносною стабільністю, ієрархією ролей, прийняттям спільних рішень. Прикладом таких організацій виступають неформальні групи, наукові школи тощо. Функції регулювання здійснюють спонтанно сформовані колективні цінності та норми. В асоціативних організаціях цілі одного члена не суперечать цілям інших членів.

5. Поділ організацій за кількістю цілей. За цим принципом вирізняють прості та складні організації. В основу діяльності простих організацій покладено одну мету. Складні організації ставлять перед собою комплекс взаємопов'язаних цілей. В економіці функціонують переважно складні організації.

6. Поділ організацій за взаємодією структурних підрозділів. За цим принципом поділу вирізняють чотири типи організацій:

- традиційні;
- дивізіональні;
- матричні;
- комбіновані.

Традиційні організації мають лінійну, лінійно-функціональну та лінійно-штабну структури управління. Організаційну структуру управління традиційними організаціями розглянуто в підрозділі 4.2.

Дивізіональні організації мають структуру управління, орієнтовану на продукт (дивізіонально-продуктові), на регіон (дивізіонально-регіональні), на споживача (дивізіонально-споживчі), на ринок (дивізіонально-ринкові). Такі структури управління характерні для фармацевтичного бізнесу.

Матричні організації — організації, які використовують у своїй діяльності роботу окремих груп для розробки нового продукту або проекту.

Комбіновані організації — організації, структура управління яких складається з елементів простих, дивізіональних і матричних організацій.

7. Поділ організацій за формами підприємництва. Згідно з цим принципом поділу вирізняють підприємства, товариства, кооперативи, асоціації та спілки.

Підприємства — соціальні утворення виробничого характеру у сфері суспільного виробництва. Організаційно-правова форма підприємства визначається формою власності на його ка-

пітал. Підприємства можуть бути державними (загальнодержавними), муніципальними (відомчими) і приватними.

Товариства — об'єднання капіталів неюридичних та юридичних осіб з метою одержання прибутку. Згідно із законодавством України, діють такі види товариств: товариства із обмеженою відповідальністю (ТОВ), товариства з додатковою відповідальністю (ТДВ), повні товариства (ПТ), відкриті і 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.

8. Поділ організацій за величиною. Згідно з цим поділом вирізняють великі, середні та малі організації.

Малими визнаються організації, в яких середньооблікова кількість працівників за звітний (фінансовий) рік не перевищує п'ятдесяти осіб, а обсяг валового доходу від реалізації продукції (послуг) за цей період не перевищує суми, еквівалентної п'ятистам тисячам євро за середньорічним курсом Національного банку України щодо гривні.

Великими визнаються організації, в яких середньооблікова кількість працівників 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.

Всі інші організації визнаються *середніми*.

9. Поділ організацій за юридичним статусом. Згідно з цим поділом вирізняють юридичні і неюридичні особи.

Юридичні особи — офіційно зареєстровані організації, які отримують атрибути державної реєстрації, рахунок у банку, мають певну форму підприємництва тощо.

Неюридичні особи — організації, які не мають атрибутів державної реєстрації. Неюридичними особами є неформальні організації або підрозділи організації. Наприклад, маркетинговий відділ фармацевтичної фірми — це формальна організація, проте неюридична особа.

Фактори впливу на організацію — рушійні сили, які впливають на виробничо-господарську діяльність і забезпечують запла-

нований результат. Ці фактори класифікують за двома ознаками — рівнем і середовищем впливу.

За рівнем впливу виокремлюють:

- **макросередовище** — законодавчі акти, державні органи влади, система економічних відносин у державі, стан економіки, міжнародні події, міжнародне оточення, соціально-культурні обставини. Ці чинники функціонують на рівні держави або галузі;
- **мікросередовище** — цілі, структура, завдання, технологія, працівники, ресурси, постачальники, споживачі, конкуренти. Ці чинники функціонують на рівні організації.

4.2. Структури управління традиційними організаціями

Більшість закладів охорони здоров'я належать до традиційних організацій, які мають лінійну, функціональну, лінійно-функціональну та дивізіональну структури управління.

Лінійна організаційна структура управління

Лінійна структура управління характерна для невеликих лікувально-профілактичних, аптечних закладів і є найбільш економічною. Для лінійної системи управління властивий прямий вплив керівника на колектив. В його руках зосереджено керівництво виконанням всіх функцій. Принцип єдиноначальності у цьому випадку дістає свій прямий прояв.

Лінійна структура управління організацією (рис. 4.3) характеризується такими особливостями:

- кожний підлеглий має лише одного керівника;
- у кожній структурній одиниці виконується весь комплекс робіт, пов'язаних з управлінням об'єктом;
- чітко виражений принцип єдиноначальності;
- високий ступінь централізації в управлінні;
- повноваження функціональних спеціалістів незначні і не впливають суттєво на виробничий процес (надання медичної допомоги).

Переваги лінійної організаційної структури управління:

- чіткість і простота взаємовідносин всіх ланок управління і працівників;



Рис. 4.3. Лінійна організаційна структура управління

- узгодженість дій медичного персоналу;
- простота управління (один канал зв'язку);
- оперативність підготовки та проведення управлінських рішень;
- відсутність дублювання в роботі;
- повна особиста відповідальність керівника за кінцеві результати діяльності свого підрозділу;
- забезпечення єдності керівництва з верху до низу (принцип єдності розпорядницької діяльності);
- надійний контроль (суворе дотримання дисципліни, принципів надання медичної допомоги, клінічного протоколу тощо).

Недоліки лінійних організаційних структур управління:

- високі вимоги до кваліфікації керівників та до їхньої компетенції щодо всіх питань роботи підлеглих, що, у свою чергу, створює для керівника обмеження в ефективному управлінні організацією;

- значний обсяг інформації, яку передають з одного рівня на інший, безліч контактів з підлеглими, вищими та суміжними організаціями;
- концентрація влади у головного лікаря;
- при великих масштабах управлінської діяльності головний лікар (директор) не в змозі ефективно виконувати свої обов'язки;
- при бюрократичному, диктаторському стилі керівництва стримується інноваційність з боку медичного персоналу.

Функціональна організаційна структура управління

Функціональна структура управління була розроблена Тейлором на початку ХХ ст. і характеризується створенням в апараті управління спеціальних ланок для виконання певних функцій. Розпорядження та вказівки керівника в межах закріплених за ним функцій є обов'язковими для нижчих за ієрархією керівників і виконавців. Основна ідея такої структури управління полягає в тому, щоб максимально використати переваги спеціалізації і не допускати перевантаження керівництва.

Функціональну структуру управління використовують для вищого рівня управління в народному господарстві (рис. 4.4).



Рис. 4.4. Функціональна організаційна структура управління вищою медичною освітою

До обов'язків вищого керівника входить регулювання відносин між функціональними керівниками.

Якщо організація досить велика, то основні функціональні відділи можна поділити на дрібніші функціональні підрозділи. Вони мають назву вторинних, або похідних. Так, кожний медичний інститут має факультети та кафедри.

Функціональну структуру доцільно застосовувати в закладах охорони здоров'я, які випускають відносно обмежену номенклатуру продукції (лікарських засобів, товарів медичного призначення) або надають обмежений перелік медичних послуг (наприклад, діагностичних), діють у стабільному зовнішньому середовищі і для забезпечення свого функціонування потребують вирішення стандартних завдань управління.

У зв'язку з наявністю численних недоліків функціональна структура управління в "чистому вигляді" використовується рідко.

Переваги функціональної організаційної структури управління:

- висока компетентність управлінських кадрів, які відповідають за здійснення конкретних функцій, передбачає високу професійну спеціалізацію;
- зменшення дублювання зусиль і споживання матеріальних ресурсів у функціональних сферах;
- розширення можливостей лінійних керівників у питаннях стратегічного управління, передача ряду функцій спеціалізованим ланкам;
- розвантаження вищого керівництва.

Недоліки функціональних організаційних структур управління:

- підрозділи можуть бути більш зацікавленими в реалізації цілей і завдань своїх підрозділів, ніж спільних цілей усієї організації, через те збільшується можливість конфліктів між функціональними підрозділами (недостатня координація між функціональними ланками);
- у великій організації ланцюг команд від керівника до безпосереднього виконавця стає досить довгим;
- ускладнення координації управлінського впливу в результаті отримання виконавцями вказівок від кількох функціональних органів;

- зниження оперативності роботи органів управління;
- зменшення відповідальності виконавців за роботу внаслідок подвійного підпорядкування;
- порушення принципу єдиноначальності (керівники структурних підрозділів отримують розпорядження від різних функціональних керівників);
- складність контролю;
- недостатня гнучкість.

Лінійно-функціональна організаційна структура

Лінійно-функціональна структура управління розроблена на дотриманні принципу єдиноначальності. Структури будуються за лінійним принципом. Функції управління розподіляються між ними. Реалізується принцип демократичного централізму, при якому застосовується колегіальне обговорення питань. Проте рішення приймає і відповідає за нього тільки керівник.

За такої структури управління всю повноту влади бере на себе лінійний керівник, який очолює певний колектив. Під час розробки конкретних питань і підготовки відповідних рішень, програм, планів йому допомагає спеціальний апарат, який складається з функціональних служб.

Функціональні служби доводять свої рішення до виконавців через вищого керівника або (в межах спеціальних повноважень) безпосередньо. Як правило, функціональні служби не мають права самостійно віддавати розпорядження виробничим підрозділам. Функціональні ланки позбавлені права безпосереднього впливу на виконавців, вони готують рішення для лінійного керівника, який здійснює прямий адміністративний вплив на виконавців.

Відносини між міністерствами освіти, охорони здоров'я та медичними інститутами, університетами побудовано за функціональним принципом. Проте структура самого медичного інституту побудована за принципом поділу на підрозділи (факультети, кафедри), тобто застосовується лінійно-функціональна структура управління. За цим принципом будується структура багатопрофільного лікувально-профілактичного закладу або фармацевтичної фабрики (рис. 4.5).

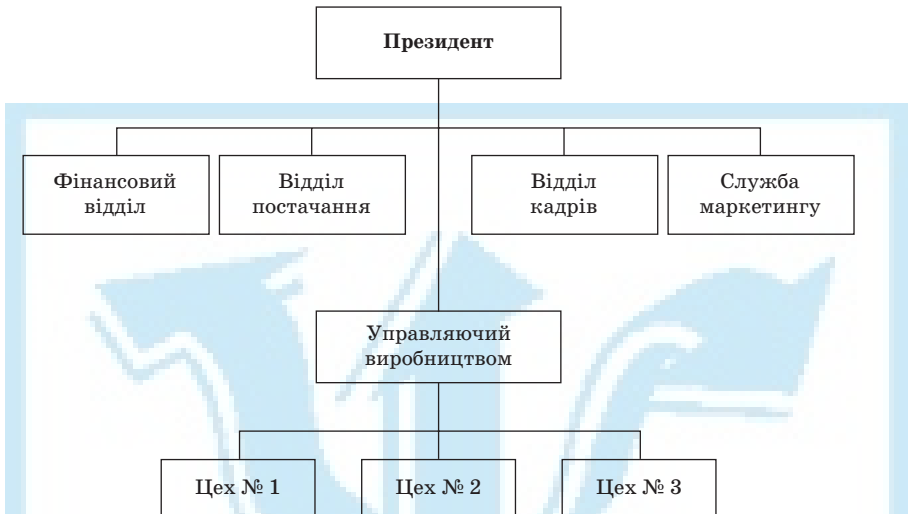


Рис. 4.5. Лінійно-функціональна структура управління

Лінійно-функціональна оргструктура застосовується при вирішенні завдань, які постійно повторюються, забезпечуючи максимальну стабільність організації. Вона ефективна для масового виробництва зі стабільним асортиментом продукції при незначних (еволюційних) змінах технології виробництва.

Переваги лінійно-функціональної організаційної структури:

- дає змогу організувати управління виробничими процесами (виробництво лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичне обслуговування) за лінійною схемою (керівник вищого рівня — керівник нижчого рівня — виконавець);
- можливість залучення лінійними керівниками фахівців функціональних підрозділів для надання методичної допомоги, консультацій;
- глибша підготовка рішень і планів, що пов'язано з високою компетентністю фахівців, які відповідають за здійснення конкретних функцій;
- поєднання принципу спеціалізації управління з принципом єдності керівництва.

Недоліки лінійно-функціональних організаційних структур:

- затягнення строків підготовки управлінських рішень;
- інформаційне перевантаження керівників вищих рівнів управління;
- недостатня координація роботи функціональних підрозділів;
- недостатньо чітка відповідальність, оскільки працівники, що допомагають розробляти рішення (функціональні підрозділи), як правило, не беруть участі в його реалізації (лінійні підрозділи);
- занадто розвинена система взаємодії по вертикалі, що породжує тенденцію до надмірної централізації.

Дивізіональна організаційна структура

Перші розробки дивізіональних організаційних структур (від англ. *divisional* — розподільчий) почали здійснюватися в 20-х роках ХХ ст., а пік практичного використання припав на 60–70-ті роки. Необхідність нових підходів до організації управління була викликана різким збільшенням розмірів підприємств, диверсифікацією їх діяльності та ускладненням технологічних процесів в умовах динамічно змінного зовнішнього середовища.

Цей тип організаційної структури розроблено в інтересах великих організацій, для яких функціональні структури вже не є ефективними. Ключовими фігурами в управлінні стають не керівники функціональних підрозділів, а менеджери, які очолюють виробничі підрозділи. Найбільшого використання такі структури дістали у фармацевтичній галузі та на підприємствах з проєктування і виготовлення медичної техніки.

Поділ організації на елементи та блоки відбувається за такими напрямками:

- види товарів (дивізіонально-продуктова структура управління. Використовується більшістю виробників з диверсифікованою продукцією);
- групи покупців (дивізіональна організаційна структура, спрямована на споживача. Застосовують фірми, які виробляють широкий асортимент товарів, що відповідають запитам кількох ринків або груп споживачів);

- географічний регіон (дивізіонально-регіональна організаційна структура — характерна для фірм, що виробляють невеликий асортимент товару або послуги й охоплюють значні географічні зони).

Вибір дивізіональної структури повинен ґрунтуватися на тому, який із цих факторів найважливіший з точки зору забезпечення реалізації стратегічних планів організації та досягнення її цілей.

Такий підхід забезпечує тісніший зв'язок виробництва зі споживачами, суттєво прискорює його реакцію на зміни, які відбуваються у зовнішньому середовищі. В результаті розширення меж оперативного-господарської самостійності відділення почали розглядатися як “центри прибутку”, які активно використовують надану їм свободу для підвищення ефективності роботи.

Водночас у дивізіональних структурах відбувається збільшення ієрархічності, тобто вертикалі управління. Вони потребують формування проміжних рівнів управління для координації роботи відділень, груп тощо. Дублювання функцій управління на різних рівнях призвело до збільшення затрат на утримання апарату управління.

4.3. Специфіка організації діяльності закладів охорони здоров'я

Відповідно до законодавства України, 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 за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації, а також порядок ліцензування медичної та фармацевтичної практики визначаються актами законодавства України.

Заклад охорони здоров'я здійснює свою діяльність на основі 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 у 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 статусу.

В Законі України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” визначено, що **закладами 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 — це зареєстровані і ліцензовані в установленому порядку суб'єкти господарської діяльності будь-якої організаційно-правової форми та форми власності.

Для всіх організацій властиві загальні характеристики:

- наявність мети;
- кадри;
- наявність структури.

Місія закладу охорони здоров'я виокремлює його з-поміж інших закладів цієї галузі, тому повинна містити інформацію про те, чим є цей заклад, яким він прагне бути й чим керується у своїй діяльності. Місія впливає на імідж закладу і привертає увагу до нього пацієнтів, їхніх законних представників, інвесторів, страхових медичних організацій та інших учасників процесу охорони здоров'я.

Місія є інструментом стратегічного управління, що визначає цільові орієнтири організації, важливі з точки зору довготермінових конкурентних позицій. Через те формування місії закладу охорони здоров'я має бути спрямоване на майбутнє і не

залежати від його нинішнього стану. Місія не є догмою. Медицина — наукомістка галузь, 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 нових можливостей. За таких обставин місія може переглядатися.

Важливу роль відіграє місія у формуванні етико-деонтологічної культури закладу. Всі співробітники закладу охорони здоров'я мають поділяти основні цінності і принципи, які відображаються в місії.

Характер місії проявляється у стратегії та організаційній культурі закладу. Місію закладу охорони здоров'я визначають зовнішні та внутрішні чинники, до яких належать:

- споживачі медичних послуг (пацієнти) та їхні законні представники (батьки малих дітей, діти осіб літнього віку тощо);
- кон'юнктура ринку медичних послуг, товарів медичного призначення, медичної техніки та фармацевтичного ринку;
- керівники закладу, їхні деонтологічні, біоетичні принципи та етико-моральні цінності;
- медичний і допоміжний персонал закладу;
- партнери (наприклад, фармацевтичні компанії, що постачають лікарські засоби і товари медичного призначення);
- органи державної влади та управління;
- суспільство в цілому.

Місія закладу охорони здоров'я конкретно втілюється в таких ознаках:

- потреби, які заклад має задовольнити;
- основна мета, 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, які він сповідує;
- деонтологічні, біоетичні та етико-моральні принципи діяльності.

На рівні великого закладу охорони здоров'я місія може бути сформульована доволі широко. На рівні підрозділів або малих закладів охорони здоров'я (наприклад, заклад, що надає діагностичні послуги за допомогою ультразвукового дослідження) місія формулюється конкретніше і чіткіше, відображає сферу діяльності та окремі види послуг або робіт.

Загальний зміст місії закладу охорони здоров'я відображається:

- у рекламних повідомленнях;
- бізнес-плані;
- річних звітах;
- статуті закладу;
- договірних угодах з діловими партнерами;
- у 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 кілька сфер, в яких організації охорони здоров'я встановлюють свою мету:

- соціальна відповідальність, яка проявляється в поліпшенні громадського здоров'я;
- медичне обслуговування населення;
- потреби і добробут співробітників;
- прибутки організації (для комерційних закладів охорони здоров'я).

Кадри — основа кожної організації, її основне багатство, необхідна умова надання медичних послуг або організації роботи аптеки. Гарний заклад намагається максимально використувати потенціал своїх співробітників, сприяє підвищенню їх кваліфікації та кар'єрному зростанню, матеріальному благополуччю. Сучасне управління має забезпечити такі умови, за яких заклад охорони здоров'я та його працівники були б корисні один для одного і відчували задоволення від взаємодії.

Структура. Всі організації охорони здоров'я мають спеціально розроблену структуру, яка є необхідною умовою виконання поставлених перед ними завдань — медичного обслуговування населення. Як правило, це традиційна структура з чітко і конкретно обумовленими інструкціями, функціональними обо-

в'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 структура, а також структура основних фондів закладів охорони здоров'я — державних (комунальних) підприємств визначається виключно власником цього закладу або створеними ними органами управління згідно із статутними завданнями та ліцензійними вимогами.

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 Наглядною 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 і кваліфікацію, що відповідають вимогам чинного законодавства.
- Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників лікарні затверджуються її головним лікарем.

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;

- метрологічне 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 ставлення 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 належать:

- *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, господарські 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 у хронічний, зниження захворюваності з тимчасовою непрацездатністю, інвалідності);

- *навчальні* (підготовка лікарів і середніх медичних працівників, підвищення кваліфікації медичних працівників);
- *науково-дослідні*.

Заклад охорони здоров'я може бути окремою організаційною одиницею, частиною іншої організаційної одиниці або організаційною одиницею, підпорядкованою іншій організаційній одиниці. Заклади охорони здоров'я в Україні можуть перебувати в державній (тобто загальнодержавній або комунальній) і недержавній (комерційній) власності.

До учасників відносин у сфері господарювання належать:

- суб'єкти господарювання (управлінський, виробничий (медичний) і допоміжний (бухгалтери, економісти, програмісти та ін.) персонал);
- споживачі (пацієнти);
- покупці (пацієнти, їхні 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 є засновниками закладів охорони здоров'я або здійснюють щодо них організаційно-господарські повноваження на основі відносин власності.

Всі 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.

Отже, предметом діяльності лікарні може бути:

- своєчасна госпіталізація і стаціонарне лікування хворих, кваліфіковане надання медичної допомоги населенню;
- консервативне й 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 і форм;
- всі 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 (як лікарів, так і медичних сестер), атестація середнього медичного 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 напрямки 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 має вартісний характер, що виражається через ціну.

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 органі-

заційно-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.

До основних засобів регулюючого впливу держави на діяльність закладів охорони здоров'я належать:

- 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 р. № 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 і товарів медичного призначення, ними також можна скористатися при ввезенні або вивезенні цих товарів з митної території України. Для користування такими податковими пільгами необхідно надати ряд документів, зазначених у наказі Державної митної служби України від 22.06.2006 № 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 Господарським кодексом України, іншими законодавчими актами, а також програмами соціального розвитку й програмами подолання деяких видів хвороб.

Вирізняють некомерційні (державні, комунальні) та комерційні заклади охорони здоров'я.

Комерційні заклади охорони здоров'я можуть функціонувати у 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.

В галузі охорони здоров'я переважно функціонують комерційні заклади охорони здоров'я, діяльність яких пов'язана з наданням таких видів послуг:

- 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 мета діяльності — отримання прибутку;
- прибуток може бути розподілено між учасниками комерційного закладу.

Некомерційний заклад охорони здоров'я. Діяльність некомерційної організації має два рівні — основна і підприємницька діяльність.

Некомерційна організація може здійснювати один або кілька видів діяльності. Для некомерційних організацій в галузі охорони здоров'я це може бути надання медичних послуг, створення медичної техніки, здійснення науково-дослідної роботи тощо.

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 12.11.02 № 385 (із змін. і допов., внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.03.03 № 114).
8. *Проект* Закону України “Про заклади охорони здоров'я”.

Навчально-методичні, наукові видання та підручники

1. *Баєва О. В.* Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посіб. — К.: МАУП, 2007.
2. *Белошапка В. А., Загорій Г. В., Усенко В. А.* Стратегическое управление и маркетинг в практике фармацевтических фирм: Учеб. изд. — К.: РИА “Триумф”, 2001.
3. *Богаченко П. В., Иванов В. В.* Медицинский менеджмент. — М.: ИНФРА-М, 2007.
4. *Бодди Д., Пэйтон Р.* Основы менеджмента: Пер. с англ. — СПб.: Питер, 1999.
5. *Большаков А. С., Михайлов В. И.* Современный менеджмент: теория и практика. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Питер, 2002.
6. *Веснин В. Р.* Основы менеджмента: Учебник. — М.: Трианда Лтд, 1997.
7. *Виханский О. С., Наумов А. И.* Менеджмент. — 3-е изд. — М.: Гардарики, 2002.
8. *Габуева Л. А., Щепин О. П.* Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении. — М.: Междунар. центр финансово-экономического развития, 2006.
9. *Галкин В. В.* Медицинский бизнес. — М.: КноРус, 2007.
10. *Гірняк О. М., Лазановський П. П.* Менеджмент: теоретичні основи і практикум: Навч. посіб. — К.: Магнолія плюс; Львів: Новий світ-2000, 2003.
11. *Гладун З. С.* Державне управління в галузі охорони здоров'я. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.
12. *Глазл Ф., Ливехуд Б.* Динамическое развитие предприятия. — М.: Духовное познание, 2000.

13. *Гріфін Р., Яцура В.* Основи менеджменту: Підручник / Наук. ред. В. Яцура, Д. Олесевич. — Львів: БаК, 2001.
14. *Дафт Р.Л.* Менеджмент. — СПб.: Питер, 2000.
15. *Двойников С.И.* Менеджмент в сестринском деле. — М.: Феникс, 2007.
16. *Дятлов А.Н.* Современный менеджмент. — М.: ВШЭ, 1996.
17. *Егоршин А.П.* Управление персоналом. — 2-е изд. — Н. Новгород: НИМБ, 1999.
18. *Економіка підприємства: Підручник / За ред. А. В. Шегди.* — К.: Знання, 2006.
19. *Журавель В.И.* Основы менеджмента в системе здравоохранения. — К., 1994.
20. *Иванова Т.Ю., Приходько В.И.* Теория организации. — СПб.: Питер, 2004.
21. *Кузьмін О.Є., Мельник О.Г.* Основы менеджменту: Підручник. — К.: Академвидав, 2003.
22. *Кутузов И.Н., Заярский Н.И.* Совершенствование методического обеспечения рыночного механизма в здравоохранении // Главный врач. — 2004. — № 11. — С. 34–38.
23. *Латфуллин Г.Р., Райченко А.В.* Теория организации: Учеб. для вузов. — СПб.: Питер, 2004.
24. *Лехан В.М.* Система охорони здоров'я в Україні: Монографія. — К.: Сфера, 2002.
25. *Лехан В.М.* Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги // Главный врач. — 2002. — № 1(9). — С. 33–41.
26. *Лехан В.Н.* Реформа системы здравоохранения в Украине: результаты и перспективы // Главный врач. — 2003. — № 6. — С. 47–53.
27. *Менеджмент в охороні здоров'я: Структура та поведінка організацій охорони здоров'я / За ред. С. Шортела та А. Калюжного.* — К.: Основи, 1998.
28. *Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф.* Основы менеджмента: Пер. с англ. — 3-е изд. — М.: Дело, 1998.
29. *Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб./ Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; Кер. авт. кол. Л. Жаліло.* — К.: Вид-во УАДУ, 2001.

30. *Пушкар Р. М., Тарнавська Н. П.* Менеджмент: теорія і практика: Підручник. — 3-тє вид. — Тернопіль: Карт-бланш, 2005.
31. *Радиш Я. Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001.
32. *Робинс С., Коултер М.* Менеджмент: Пер. с англ. — 6-е изд. — М.: Изд. дом "Вільямс", 2004.
33. *Сердюк О. Д.* Теорія і практика менеджменту: Навч. посіб. — К.: Професіонал, 2004.
34. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка.* — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
35. *Сучасні підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І. Мірошниченко; За заг. ред. І. Д. Звервої.* — К.: Наук. світ, 2003.
36. *Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я / За ред. О. В. Баєвої та І. М. Солоненка.* — К.: МАУП, 2007.
37. *Хміль Ф. І.* Основи менеджменту: Підручник. — К.: Академвидав, 2003.
38. *Холл Р. Х.* Организации: структуры, процессы, результаты. — СПб.: Питер, 2001.
39. *Янченко В. М., Касумова М. К., Мчедлидзе Т. Ш.* Управление медицинским бизнесом: Система управления стоматологической организацией. — СПб.: ООО "МЕДИ издательство", 2005.

МАУП

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ТА САНІТАРНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАКЛАДИ: СТРУКТУРА І ФУНКЦІЇ

- 5.1. Лікувально-профілактичні заклади як суб'єкти системи медичної допомоги.
- 5.2. Обласна лікарня: структура і функції.
- 5.3. Заклади охорони здоров'я з надання первинної лікувально-профілактичної допомоги.
- 5.4. Заклади охорони здоров'я з надання спеціалізованої медичної допомоги.
- 5.5. Заклади охорони здоров'я з надання медичної та соціальної допомоги.
- 5.6. Заклади охорони здоров'я з надання невідкладної медичної допомоги.
- 5.7. Санаторно-курортні заклади.
- 5.8. Санітарно-профілактичні заклади.

5.1. Лікувально-профілактичні заклади як суб'єкти системи медичної допомоги

Система медичної допомоги — це контрольована державою сукупність взаємопов'язаних лікувально-профілактичних закладів, що забезпечують профілактику, діагностику та лікування захворювань. Суб'єкти системи медичної допомоги наведено на рис. 5.1.

Лікувально-профілактичні заклади поділяють за різними принципами:

- за напрямом діяльності;
- за підпорядкованістю державному органу управління;

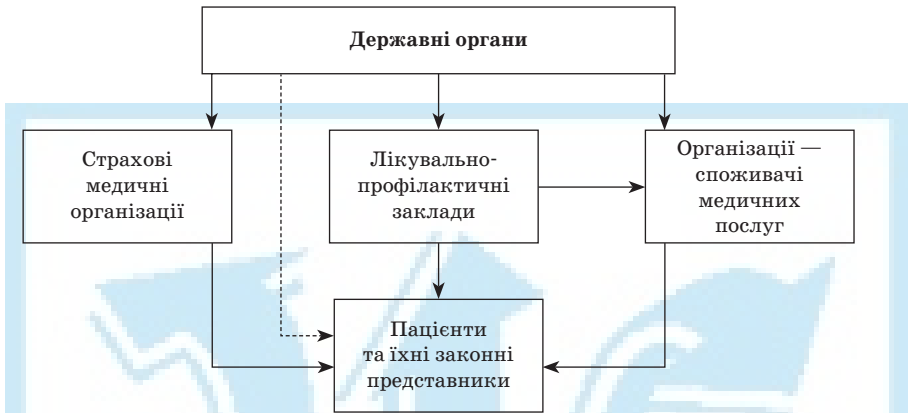


Рис. 5.1. Суб'єкти системи медичної допомоги

- за територією надання медичної допомоги;
- за належністю до ланки національної системи охорони здоров'я.

В управлінні системою медичної допомоги використовують такий інструмент менеджменту, як ієрархія. Відповідно до цього інструменту лікувально-профілактичні заклади поділяють за рівнями медико-санітарної допомоги (рис. 5.2). Розглянемо відповідно до цього поділу та системи медичної допомоги України заклади охорони 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 — багатпрофільною. У своєму складі лікарні можуть мати поліклініку або амбулаторію.

Однопрофільні лікарняні заклади — лікувально-профілактичні заклади, які створюються для надання медичної допомоги населенню певної території (міста, району). У своєму складі можуть мати поліклініку або амбулаторію.

Спеціалізовані лікарняні заклади — лікувально-профілактичні заклади, які створюються з метою надання спеціалізованої медичної допомоги населенню регіону (республіки, області,

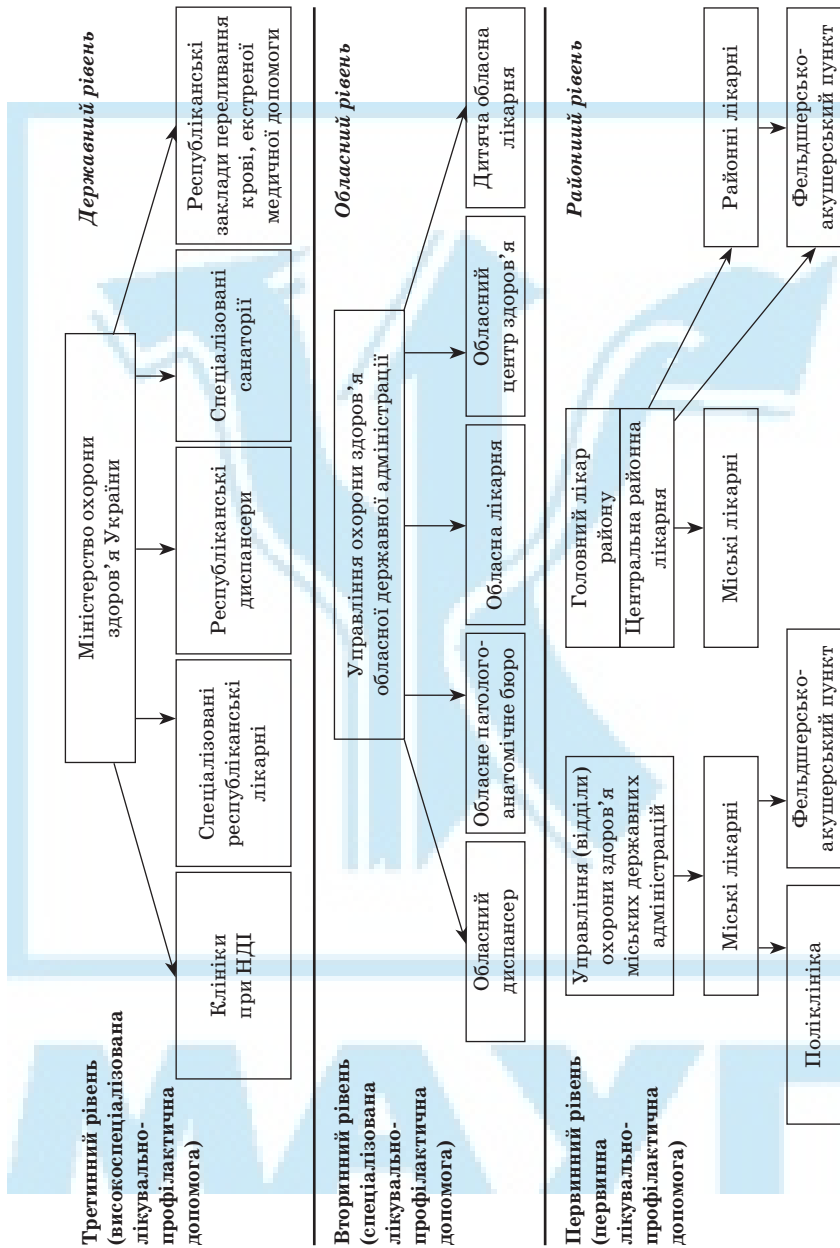


Рис. 5.2. Ієрархія лікувально-профілактичних закладів у системі медичної допомоги України

міста, в містах Києві та Севастополі). У своєму складі можуть мати поліклініку або 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 — багатопрофільний лікувально-профілактичний заклад, який являє собою комплекс лікувально-профілактичних та інших закладів, функціонально й організаційно пов'язаних між собою з метою інтеграції та ефективного використання трудових і матеріальних ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів у наданні медичної допомоги населенню.

Фельдшерські, фельдшерсько-акушерські пункти, сільські лікарські амбулаторії та дільничні лікарні — амбулаторно-поліклінічні заклади, які надають первинну медико-соціальну допомогу. Організуються в сільських населених пунктах, об'єктах будівництва за межами населених пунктів і підпорядковані міським або районним лікарням.

Пункти охорони здоров'я (здоровпункти) — амбулаторно-поліклінічні заклади, які надають первинну медико-соціальну допомогу, створюються на підприємствах, в установах, організаціях і входять до складу поліклініки або амбулаторії.

Амбулаторія — амбулаторно-поліклінічний заклад, що надає медичну допомогу хворим з однієї або кількох 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 і вдома.

Амбулаторія загальної практики — сімейної медицини — лікувально-профілактичний заклад, який у межах своєї діяльності забезпечує проведення комплексу профілактичних заходів з попередження і зниження захворюваності, інвалідності і смертності, раннього виявлення захворювань, надає прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню кваліфікова-

ну первинну лікувально-профілактичну допомогу, здійснює його диспансеризацію та моніторинг за станом здоров'я.

Диспансери — спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади, що надають медичну допомогу населенню з певних груп захворювань і забезпечують диспансеризацію населення. Диспансери можуть мати у своєму складі стаціонар. Диспансери, в яких кількість лікарів амбулаторного приймання менша п'яти, створюватися і функціонувати не можуть.

Медико-санітарна частина — 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.

Клінічний заклад охорони здоров'я — лікувально-профілактичний заклад, який не менш як на 50 відсотків використовується для розташування 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-профілактичний заклад (лікарня, пологовий будинок та ін.), який входить до складу медичних науково-дослідних закладів або підпорядкований медичним науково-дослідним закладам.

Центр — лікувально-профілактичний заклад або його структурний підрозділ, диспансер, пологовий будинок тощо, який виконує функцію головного закладу з організації і надання медичної і медикаментозної допомоги закріпленому населенню.

Міська лікарня швидкої медичної допомоги — багатопрофільний 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 рахунок 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 та організаційно-методичного центру патологоанатомічної служби в підвідомчому регіоні.

5.2. Обласна лікарня: структура і функції

Обласна лікарня є комплексним лікувально-профілактичним закладом, що забезпечує надання висококваліфікованої стаціонарної і консультативної поліклінічної допомоги населенню області; центром організаційно-методичного керівництва лікувально-профілактичними закладами, розміщеними на території області; базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження практики студентами вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації.

Основні завдання обласної лікарні:

- Забезпечення у повному обсязі висококваліфікованої стаціонарної та консультативної поліклінічної допомоги населенню області.
- Надання сільським та міським лікувально-профілактичним закладам області організаційно-методичної допомоги у підвищенні рівня та якості лікувально-профілактичного обслуговування населення.
- Координація лікувально-профілактичної та організаційно-методичної роботи всіх обласних спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів.
- Спеціалізація та підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу сільських і міських лікувально-профілактичних закладів області (на робочих місцях), підготовка лікарів-інтернів, забезпечення проходження практики студентами вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації.
- Організація та надання засобами наземного транспорту кваліфікованої екстреної та консультативної медичної

допомоги населенню області із залученням лікарів-спеціалістів усіх лікувальних закладів області, в тому числі співробітників вищих навчальних медичних закладів, науково-дослідних інститутів на території області.

- Організація, керівництво та контроль за постановкою і рівнем статистичного обліку та звітності в лікувально-профілактичних закладах області, а також безпосереднє проведення статистичних досліджень (складання зведених звітів, аналіз якісних показників діяльності сільських і міських медичних закладів тощо).
- Розробка за завданням відповідних органів охорони здоров'я заходів, спрямованих на підвищення якості медичного обслуговування та охорони здоров'я населення, зниження захворюваності, лікарняної летальності, інвалідності та загальної смертності.
- Вивчення, узагальнення, поширення та популяризація досвіду роботи передових лікувально-профілактичних закладів області.
- Своєчасне опанування та широке запровадження в практику роботи стаціонару лікарні та консультативної поліклініки сучасних методів і засобів профілактики, діагностики та лікування разом з кафедрами вищих навчальних медичних закладів, науково-дослідних інститутів.
- Забезпечення комплексного лікування хворих на основі медикаментозної терапії, лікувального харчування, фізіотерапевтичного лікування, лікувальної фізкультури, мануальної терапії, нетрадиційних та інших методів відновного лікування, а також раціонального лікувально-охоронного режиму.

Організаційна структура та штати. Обласна лікарня може мати у своєму складі такі структурні підрозділи:

- консультативну поліклініку;
- центри з надання консультативної лікувально-діагностичної допомоги;
- лікувально-діагностичні відділення, кабінети та лабораторії;
- організаційно-методичний відділ (центр медичної статистики);
- стаціонар з приймальним відділенням;

- відділення планово-консультативної та екстреної медичної допомоги населенню області;
- інші структурні підрозділи: аптеку, харчоблок, медичний архів, сховища, майстерні, автопарк, медичну бібліотеку;
- пансіонат для розміщення хворих з районів області, направлених на консультацію, поліклінічне обстеження.

Штати обласної лікарні визначаються і затверджуються в установленому порядку.

Основні функції специфічних структурних підрозділів

A. Консультативна поліклініка обласної лікарні:

- здійснює на рівні сучасних досягнень медичної науки і практики висококваліфіковану консультативну лікарську допомогу хворим, які направляються з лікувально-профілактичних закладів області для встановлення або уточнення діагнозу, і вирішує питання про подальше їх лікування, диспансерний нагляд тощо;
- розробляє пропозиції про порядок і показання до направлення хворих у консультативну поліклініку з районів області та подає їх в установленому порядку на розгляд і затвердження управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації;
- залучає до консультації хворих висококваліфікованих лікарів-спеціалістів лікарні та інших лікувальних закладів області, в тому числі працівників вищих навчальних медичних закладів та науково-дослідних інститутів;
- організовує виїзди згідно з графіком позаштатних обласних спеціалістів, завідувачів відділень у райони області з метою надання практичної допомоги лікарям районних і дільничних лікарень та амбулаторій, поліпшення якості медичної допомоги населенню області;
- організовує і проводить (разом з відділенням екстреної та планової консультативної допомоги) виїзні консультації лікарів-спеціалістів у райони, а також заочні консультації (письмово, по телефону або радіо) для лікарів лікувально-профілактичних закладів області;
- дає медичні висновки на хворих із зазначенням встановленого в консультативній поліклініці діагнозу захворювання, проведеного лікування та рекомендацій про подальше лікування і нагляд за хворим, які надсилаються в установ-

леному порядку в лікувально-профілактичні заклади, які направили хворого на консультацію;

- систематично аналізує на рівні сільських адміністративних районів випадки розходження діагнозів (між лікувально-профілактичним закладом, який направив хворого на консультацію, і встановленим у консультативній поліклініці) і дефекти в обстеженні та лікуванні хворих при направленні їх у консультативну поліклініку;
- на основі аналізу розходження діагнозів і дефектів, допущених в обстеженні та лікуванні хворих лікарями лікувально-профілактичних закладів районів, щоквартально складаються кон'юнктурні огляди та інформаційні листи з оцінкою стану та рівня лікувально-діагностичної роботи в районах області.

Б. Організаційно-методичний відділ обласної лікарні:

- вивчає стан медичного обслуговування населення області та діяльність сільських і міських лікувально-профілактичних закладів за матеріалами статистичних звітів і перевірок роботи закладів охорони здоров'я;
- розробляє на основі аналізу діяльності медичних закладів пропозиції з усунення недоліків у роботі закладів охорони здоров'я та практичні заходи з підвищення якості та культури медичного обслуговування населення і в установленому порядку (через головного лікаря лікарні) подає їх у відповідні органи охорони здоров'я;
- розробляє спільно з керівництвом обласних диспансерів різного профілю, спеціалістами вищих навчальних медичних закладів та науково-дослідних інститутів і головними спеціалістами обласних відділів охорони здоров'я плани:
 - первинної спеціалізації та підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу сільських і міських лікувально-профілактичних закладів;
 - планово-консультативних виїздів кваліфікованих лікарів-спеціалістів у райони для надання практичної допомоги медичним працівникам з метою поліпшення роботи лікувально-профілактичних закладів, освоєння та запровадження в практику сучасних методів і засобів профілактики, діагностики та лікування, стан-

дартів діагностично-лікувального процесу, протоколів медичної допомоги, підвищення загального рівня медичного обслуговування населення;

- несе безпосередню відповідальність за вивчення та узагальнення досвіду роботи кращих лікувально-профілактичних закладів області;
- розробляє заходи з якнайшвидшого доведення передового досвіду роботи до відома всіх закладів охорони здоров'я області;
- розробляє організаційно-методичні матеріали з найважливіших розділів роботи лікувально-профілактичних закладів (організація диспансерної роботи, проведення профілактичних оглядів населення, рівень діагностики і результати лікування та ін.) і доводить їх до відома керівництва медичних працівників закладів охорони здоров'я області;
- бере участь за вказівкою управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації у підготовці і проведенні обласних з'їздів, активів, нарад та конференцій медичних працівників;
- надає консультативну допомогу керівникам і лікарям-спеціалістам сільських і міських лікарень з питань організації роботи лікувально-профілактичних закладів і підвищення якості медичного обслуговування населення;
- організовує силами відповідних спеціалістів обласної лікарні систематичне вивчення та аналіз історій хвороби померлих у лікувальних закладах області, випадків пізньої госпіталізації, розходжень клінічних та патологоанатомічних діагнозів і на основі цих даних розробляє відповідні практичні заходи.

В. Відділ медичної статистики — структурний підрозділ організаційно-методичного відділу обласної лікарні, який має такі функції:

- здійснює організаційно-методичне керівництво статистичною роботою в усіх міських і сільських медичних закладах (лікарнях, поліклініках, диспансерах, жіночих консультаціях, дитячих закладах, санітарно-епідеміологічних станціях та ін.) області;

- перевіряє організацію статистичного обліку та звітності в медичних закладах і вживає необхідних заходів для усунення недоліків, виявлених при обстеженнях;
- проводить інструктаж, семінари, декадникі та інші курсові заходи для керівників медичних закладів, лікарів, спеціалістів з медичної статистики про порядок ведення статистичного обліку в закладах охорони здоров'я та складання державних статистичних звітів;
- складає облік народжень та смертей у медичних закладах; допомагає органам державної статистики в розробці даних про причини смертності населення (шифрування діагнозів тощо);
- аналізує демографічні матеріали (про народжуваність, смертність населення тощо);
- бере участь у прийманні органами охорони здоров'я державних статистичних звітів районних (міських) відділів охорони здоров'я (головних лікарів районів) та окремих медичних закладів, а також у складанні зведених звітів по області; обробляє та аналізує ці звіти;
- проводить за завданням органів охорони здоров'я або вищих центрів медичної статистики спеціальні статистичні дослідження захворюваності населення, госпітальної захворюваності, віддалених результатів лікування та інших показників, які характеризують діяльність медичних закладів і стан здоров'я населення;
- здійснює підготовку за наказом головного лікаря лікарні або відповідних органів охорони здоров'я статистичних матеріалів про стан здоров'я населення, мережу, діяльність та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я області для видання в установленому порядку;
- несе відповідальність за якість організації статистичного обліку та звітності в обласній лікарні.

Г. Відділення термінової та планово-консультативної медичної допомоги обласної лікарні:

- забезпечує засобами санітарної авіації або наземного транспорту (залежно від тяжкості захворювання, відстані, погоди, пори року та доби) своєчасне надання населенню міста та районів області кваліфікованої (термінової та планово-консультативної) медичної допомоги на місці та ева-

куацію хворих у відповідні лікувальні заклади за медичними показаннями;

- організовує цілодобову диспетчерську службу з прийому та регуляції викликів із районів області, а також здійснення постійного зв'язку з командуванням загону санітарної авіації, лікарями-консультантами та лікарями лікарні, які вилетіли (виїхали) на завдання у райони області для надання термінової або планово-консультативної допомоги населенню;
- організовує за наказом головного лікаря лікарні або відповідних органів охорони здоров'я транспортування хворих у спеціалізовані медичні заклади за межі області та забезпечує їх у разі необхідності супроводжуючим медичним персоналом;
- організовує і забезпечує за наказом головного лікаря лікарні або відповідних органів охорони здоров'я термінову доставку в райони області медичних вантажів, необхідних для рятування життя хворих (донорська кров і її препарати, кровозамінники, консервовані тканини: кістковий мозок, шкіра тощо), антибіотики, ендокринні препарати та інші лікарські засоби;
- забезпечує доставку медичних працівників і необхідні медичні вантажі (бактерійні препарати, антибіотики тощо) в райони області для проведення термінових протиепідемічних заходів;
- забезпечує страхування медичних працівників відділення термінової і планово-консультативної медичної допомоги та лікарів-спеціалістів інших закладів охорони здоров'я, які залучаються для роботи, від нещасних випадків в установленому порядку;
- складає разом з організаційно-методичним відділом обласної лікарні звіт про виконану роботу з надання термінової і планово-консультативної допомоги населенню області;
- комплектує з найбільш досвідчених, кваліфікованих і мобільних лікарів-спеціалістів необхідну кількість лікарів-консультантів для надання населенню області термінової і планово-консультативної медичної допомоги, формує списки лікарів-консультантів з подальшим узгодженням

їх з керівниками медичних закладів і затвердженням наказом відповідних органів охорони здоров'я.

Фінансування та господарське забезпечення діяльності обласної лікарні. Обласна лікарня є самостійним лікувально-профілактичним закладом і має в своєму розпорядженні будівлі з відповідною територією, необхідне медичне обладнання та апаратуру, господарський інвентар та інше майно.

Обласна лікарня безпосередньо підпорядкована управлінню охорони здоров'я обласної державної адміністрації і фінансується з таких джерел:

- обласного бюджету;
- благодійних (добровільних) внесків;
- пожертвувань від юридичних і фізичних осіб;
- інших джерел, не заборонених чинним законодавством.

Оплата праці медичного персоналу обласної лікарні здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2002 р. № 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”.

Матеріально-технічне забезпечення обласної лікарні, включаючи забезпечення медикаментами, устаткуванням та обладнанням, м'яким інвентарем, санітарним транспортом і харчування хворих здійснюється згідно з табелем оснащення, кошторисом витрат лікарні.

Управління обласною лікарнею. Керівництво діяльністю обласної лікарні здійснює головний лікар, якого призначають і звільнюють в установленому законом порядку.

Обласна лікарня користується правами юридичної особи, має круглу печатку і штамп, де вказано повну назву закладу, поточний та інші рахунки в банках.

Обласна лікарня має правила внутрішнього розпорядку для хворих і правила внутрішнього трудового розпорядку для працівників лікарні.

Обласна лікарня може бути клінічною (навчальною) базою вищого наукового медичного закладу різних рівнів акредитації, у тому числі базою для проходження практики студентами зазначених закладів, базою підготовки лікарів-інтернів, підви-

щення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу області.

При обласній лікарні діють:

- медична рада;
- лікарсько-консультативна комісія;
- рада медичних сестер;
- рада з харчування;
- координаційна рада.

У своїй роботі вони керуються спеціальними положеннями, затвердженими МОЗ України.

5.3. Заклади охорони здоров'я з надання первинної лікувально-профілактичної допомоги

5.3.1. Міська лікарня: структура і функції

Міська лікарня є лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує надання кваліфікованої стаціонарної, а в разі наявності у її складі поліклініки — амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги населенню міста.

За видом, обсягами, характером надання медичної допомоги та системою організації роботи міська лікарня може бути:

- за профілем — багатопрофільною і спеціалізованою;
- за системою організації — об'єднаною та необ'єднаною з поліклінікою;
- за обсягами діяльності — різної категорійності (ліжкової потужності).

Основні завдання міської лікарні:

1. Надання в повному обсязі кваліфікованої спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги населенню.
2. Удосконалення організаційних форм і методів медичного обслуговування населення і догляду за хворими з метою підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги.
3. Розробка та здійснення заходів, спрямованих на профілактику, зниження поширеності та ліквідацію інфекційних і неінфекційних захворювань, зниження рівня загальної захворюваності та захворюваності з тимчасовою втратою

працездатності, інвалідності, загальної, дитячої смертності в районі обслуговування.

Основні функції міської лікарні:

1. Надання першої та невідкладної медичної допомоги всім хворим і постраждалим, які звернулися в лікарню, незалежно від місця їх проживання.
2. Систематичне освоєння і запровадження в практику нових ефективних методів і засобів профілактики, діагностики і лікування та нових організаційних форм медичного обслуговування.
3. Своєчасне якісне обстеження та лікування хворих у стаціонарі, поліклініці та вдома згідно з діючими стандартами надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги.
4. Широке застосування в комплексному лікуванні хворих лікувального харчування, фізіотерапевтичного лікування, лікувальної фізкультури, ефективних методів відновного лікування та реабілітації, раціонального лікувально-охоронного режиму.
5. Розробка та впровадження комплексних заходів з підвищення якості обслуговування, лікування та догляду за хворими.
6. Забезпечення наступності в медичному обслуговуванні та лікуванні хворих між поліклінікою та стаціонаром.
7. Забезпечення постійного підвищення професійної кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу.
8. Організація і проведення експертизи тимчасової непрацездатності хворих, своєчасне направлення до МСЕК (медико-соціальна експертна комісія) осіб з ознаками стійкої втрати працездатності.
9. Організація та проведення обліку й аналізу захворюваності населення, аналіз ефективності роботи медичного персоналу і якості надання медичної допомоги, вивчення результатів лікування.

Організаційна структура та штати. Міська лікарня залежно від категорії та профілю має такі підрозділи:

- стаціонар з приймальним відділенням;
- поліклініку;

- лікувально-діагностичні відділення, кабінети та лабораторії;
- центри з надання лікувально-діагностичної допомоги;
- патологоанатомічне відділення;
- інші структурні підрозділи: аптеку, харчоблок, кабінет медичної статистики, віварій, медичний архів, медичну бібліотеку тощо.

Міська лікарня є самостійним лікувально-профілактичним закладом і має у своєму розпорядженні будівлі з відповідною територією, необхідне медичне обладнання та апаратуру, господарський інвентар та інше майно.

Штат міської лікарні визначається і затверджується в установленому порядку згідно з діючими штатними нормативами.

Управління, фінансування та господарське забезпечення. Керівництво діяльністю міської лікарні здійснює головний лікар, якого призначають і звільнюють в установленому законом порядку.

Міська лікарня користується правами юридичної особи, має круглу печатку і штамп, де зазначено повну назву закладу, точний та інші рахунки в банках.

Міська лікарня безпосередньо підпорядкована управлінню охорони здоров'я міської державної адміністрації.

Фінансування міської лікарні здійснюється за рахунок коштів:

- міського бюджету;
- благодійних (добровільних) внесків;
- пожертвувань від юридичних та фізичних осіб;
- інших джерел, не заборонених чинним законодавством.

Обсяг бюджетного фінансування визначається з розрахунку на одного міського жителя. Оплата праці медичного персоналу здійснюється згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2002 р. № 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”.

Міська лікарня має правила внутрішнього розпорядку для хворих і правила внутрішнього трудового розпорядку для працівників лікарні.

Приймання та виписки хворих з міської лікарні регламентується Порядком приймання та виписки хворих, затвердженим МОЗ України.

Міська лікарня здійснює облік захворюваності населення і звітує про свою діяльність у встановленому порядку.

Міська лікарня може бути клінічною (навчальною) базою медичного інституту (університету), медичного училища (коледжу), в тому числі базою для проходження практики студентами названих закладів, базою підготовки лікарів-інтернів, підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу міста.

При міській лікарні діють:

- медична рада;
- лікарсько-консультативна комісія (ЛКК);
- рада медичних сестер;
- секції наукових медичних товариств, які у своїй роботі керуються спеціальними положеннями, затвердженими МОЗ України.

5.3.2. Центральна районна лікарня: структура і функції

Центральна районна лікарня є лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує надання кваліфікованої спеціалізованої стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню району, є центром організаційно-методичного і оперативного керівництва всіма закладами охорони здоров'я на території району, відповідальним за організацію та якість медичного обслуговування населення району.

Центральна районна лікарня організовується в адміністративному центрі району і перебуває в безпосередньому підпорядкуванні органів місцевої влади.

Діяльність центральної районної лікарні здійснюється згідно з такими нормативними документами:

- чинним законодавством;
- рішеннями та розпорядженнями органів місцевої виконавчої влади;
- наказами, інструкціями та вказівками МОЗ України;

- наказами головного лікаря районного територіального медичного об'єднання (РТМО);
- Положенням про центральну районну лікарню.

Потужність центральної районної лікарні та адміністративна територія, яка обслуговується нею, визначаються територіальним органом охорони здоров'я залежно від:

- потреб населення в спеціалізованій медичній допомозі;
- кількості населення зони обслуговування;
- фактичного забезпечення населення ліжковим фондом, у тому числі ліжками денного лікування;
- рівня спеціалізації медичної допомоги.

Центральна районна лікарня міститься у спеціально збудованій або пристосованій будівлі, яка за набором та площею службових приміщень відповідає діючим санітарно-гігієнічним і будівельним нормам та правилам, вимогам техніки безпеки і протипожежним вимогам.

Основні завдання центральної районної лікарні:

1. Надання в необхідному обсязі кваліфікованої спеціалізованої стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги населенню району та районного центру.
2. Оперативне та організаційно-методичне керівництво, а також контроль за діяльністю всіх закладів охорони здоров'я, які розміщуються на території району.
3. Планування і здійснення заходів, спрямованих на підвищення якості медичного обслуговування населення району, зниження захворюваності, інвалідності, лікарняної летальності, дитячої і загальної смертності, поліпшення стану здоров'я різних контингентів населення.
4. Планування, фінансування та організація матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я району, розробка заходів з планомірного розвитку мережі медичних закладів.
5. Своєчасне і широке запровадження в практику роботи всіх медичних закладів району сучасних методів і засобів профілактики, діагностики і лікування.
6. Розробка, організація і здійснення заходів з розстановки, раціонального використання, підвищення професійної кваліфікації і виховання медичних кадрів та іншого персоналу закладів охорони здоров'я району.

Основні функції центральної районної лікарні:

1. Організація кваліфікованої спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги населенню району і районного центру.
2. Організація поліклінічного обслуговування населення районного центру згідно з організаційними принципами, встановленими для міських і селищних лікарень.
3. Організація поліклінічної допомоги хворим, які самостійно звертаються за медичною допомогою.
4. Встановлення порядку і показань до направлення хворих із сільських лікувально-профілактичних закладів для консультативної допомоги з урахуванням розвитку в районі спеціалізованої медичної допомоги, ліжкової потужності, профілю і наявності відповідних лікарів-спеціалістів у сільських, дільничних і районних лікарнях.
5. Організація швидкої та невідкладної медичної допомоги на території району; безпосередня відповідальність за надання медичної допомоги населенню районного центру і приписаних до нього населених пунктів.
6. Спеціалізація та підвищення професійної кваліфікації середніх медичних працівників лікувально-профілактичних закладів району.
7. Розробка і проведення заходів з підвищення професійної кваліфікації лікарів району: організація і проведення клініко-анатомічних конференцій; ознайомлення лікарів з новими методами та засобами профілактики, діагностики і лікування, а також формами і методами роботи кращих лікувально-профілактичних закладів району і районного центру.
8. Методичне керівництво лікувально-профілактичними закладами району і районного центру, включаючи:
 - планові виїзди лікарів-спеціалістів у районні та сільські дільничні лікарні для консультацій і надання практичної допомоги лікарям цих закладів з питань лікувально-діагностичної і профілактичної роботи;
 - контроль і надання методичної допомоги медичним працівникам у відновленні диспансерного обслуговування населення, проведенні масових профілактичних оглядів та інших оздоровчих заходів;

- систематичне вивчення силами лікарів-спеціалістів лікарні, працівників організаційно-методичного кабінету основних якісних показників роботи лікувально-профілактичних закладів і рівня медичного обслуговування населення.
9. Організація обліку у всіх медичних закладах району, зокрема:
- систематичне проведення статистичних ревізій у районних і дільничних лікарнях, ФАПх та інших медичних закладах району, необхідних заходів з ліквідації виявлених недоліків;
 - регулярне проведення інструктажів, семінарів для медичних працівників району з організації статистичного обліку, складання звітів і використання статистичних даних у роботі медичних закладів району;
 - організація, відповідно до чинних вимог, подання документації з приводу народження, смертності та мертвородження;
 - регулярна перевірка правильності заповнення документів, які надходять у районний відділ РАГСу;
 - здійснення аналізу захворюваності та смертності населення району;
 - забезпечення медичних закладів району бланками обліково-оперативної та звітної документації.
10. Проведення на території району комплексних протиепідемічних і санітарно-гігієнічних заходів.
11. Організація і проведення систематичної перевірки та контролю за роботою лікувально-профілактичних і дитячих закладів району шляхом:
- направлення бригад лікарів-спеціалістів та організаторів охорони здоров'я для визначення стану і рівня роботи з медичного обслуговуванню населення;
 - заслуховування звітів про роботу за певний період головних лікарів дільничних лікарень, лікарських амбулаторій, завідувачів ФАПів;
 - аналізу планів роботи, статистичних звітів, історій хвороби померлих, актів патологоанатомічних розтинів, протоколів проведення клініко-анатомічних конференцій тощо;
 - ревізії стану бухгалтерського обліку та звітності.

12. Проведення розтину померлих у центральній районній лікарні згідно з установленим порядком.
13. Повідомлення органів охорони здоров'я вищих рівнів про випадки внутрішньолікарняної інфекції, нещасні випадки і надзвичайні події (у самій лікарні та інших лікувально-профілактичних закладах району).
14. Центральна районна лікарня може бути базою для виробничої практики студентів вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації.

Організаційна структура та штати. Центральна районна лікарня є самостійним лікувально-профілактичним закладом, який має у своєму розпорядженні будівлі з відповідною територією, обладнанням, інвентарем та іншим майном.

Структура центральної районної лікарні визначається територіальним органом охорони здоров'я залежно від:

- потреб населення у медико-санітарній допомозі;
- кількості населення;
- зони обслуговування.

Затверджує структуру центральної районної лікарні територіальна державна адміністрація.

Структура центральної районної лікарні може включати такі підрозділи:

- стаціонар з профільними лікувально-діагностичними та приймальними відділеннями;
- поліклінічне відділення з кабінетами лікарів та жіночою консультацією;
- лікувально-допоміжні та діагностичні відділення (кабінети);
- організаційно-методичний кабінет або інформаційно-аналітичне відділення;
- відділення швидкої та невідкладної допомоги;
- дитячу консультацію, молочну кухню;
- патологоанатомічне відділення.

Штат центральної районної лікарні встановлюється згідно з діючими штатними нормативами і типовими штатами.

Центральна районна лікарня має правила внутрішнього трудового розпорядку для хворих і правила внутрішнього трудового розпорядку обслуговуючого персоналу.

Управління, фінансування та господарське забезпечення центральної районної лікарні. Центральна районна лікарня є самостійною юридичною особою, має штамп, печатку, власний розрахунковий рахунок.

Управління центральною районною лікарнею здійснює головний лікар, який призначається та звільняється згідно з чинним законодавством і несе відповідальність за діяльність закладу.

Фінансування центральної районної лікарні здійснюється за рахунок коштів:

- місцевого бюджету;
- благодійних (добровільних) внесків;
- пожертвувань від юридичних і фізичних осіб;
- інших джерел, не заборонених чинним законодавством.

Оплата праці медичного персоналу здійснюється згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2002 р. № 1298 “Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів та коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери”.

Матеріально-технічне забезпечення центральної районної лікарні, включаючи забезпечення медикаментами, устаткуванням та обладнанням, м'яким інвентарем, санітарним транспортом та харчування хворих здійснюється згідно з таблицею оснащення, кошторисом витрат лікарні. Центральна районна лікарня веде затверджену облікову та звітну документацію і звітує про свою діяльність.

При центральній районній лікарні організовуються:

- медична рада;
- рада медичних сестер;
- секції фахівців;
- дні лікарів, фельдшерів, акушерок, медичних сестер.

Всі зазначені органи та заходи діють на основі спеціальних положень, затверджених МОЗ України.

5.3.3. Районна лікарня: структура і функції

Районна лікарня є лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує надання кваліфікованої спеціалізованої стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню району або його частини.

Районна лікарня організовується в населеному пункті районного підпорядкування і перебуває в безпосередньому підпорядкуванні органів місцевої влади.

Діяльність районної лікарні здійснюється згідно з такими нормативними документами:

- чинним законодавством;
- рішеннями та розпорядженнями органів місцевої виконавчої влади;
- наказами, інструкціями та вказівками МОЗ України;
- наказами головного лікаря районного територіального медичного об'єднання (РТМО);
- Положенням про районну лікарню.

Потужність районної лікарні та адміністративна територія, яка нею обслуговується, визначається територіальним органом охорони здоров'я залежно від:

- потреб населення в спеціалізованій медичній допомозі;
- кількості населення;
- зони обслуговування;
- фактичного забезпечення населення ліжковим фондом, у тому числі ліжками денного лікування;
- рівня спеціалізації медичної допомоги.

Районна лікарня міститься у спеціально збудованій або пристосованій будівлі, яка за набором та площею службових приміщень відповідає діючим санітарно-гігієнічним та будівельним нормам і правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

Основні завдання районної лікарні:

1. Надання в необхідному обсязі кваліфікованої спеціалізованої стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги населенню району.
2. Оперативне та організаційно-методичне керівництво, а також контроль за діяльністю всіх закладів охорони здоров'я, які розташовані на території району.
3. Планування і здійснення заходів, спрямованих на підвищення якості медичного обслуговування населення району, зниження захворюваності, інвалідності, лікарняної летальності, дитячої і загальної смертності, поліпшення стану здоров'я різних контингентів населення.

4. Планування, фінансування та організація матеріально-технічного забезпечення підпорядкованих закладів охорони здоров'я району, розробка заходів з планомірного розвитку мережі підпорядкованих медичних закладів.
5. Своєчасне і широке запровадження в практику роботи всіх медичних закладів району сучасних методів і засобів профілактики, діагностики і лікування.
6. Розробка, організація і здійснення заходів з розстановки, раціонального використання, підвищення професійної кваліфікації і виховання медичних кадрів та іншого персоналу закладів охорони здоров'я району.

Основні функції районної лікарні:

1. Організація кваліфікованої спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги населенню району.
2. Організація поліклінічного обслуговування населення районного центру згідно з організаційними принципами, встановленими для міських і селищних лікарень.
3. Організація поліклінічної допомоги хворим, які самостійно звернулися за медичною допомогою.
4. Встановлення порядку і показань до направлення хворих із сільських лікувально-профілактичних закладів для консультативної допомоги з урахуванням розвитку в районі спеціалізованої медичної допомоги, ліжкової потужності, профілю і наявності відповідних лікарів-спеціалістів у сільських та дільничних лікарнях.
5. Організація швидкої і невідкладної медичної допомоги на території району; безпосередня відповідальність за надання медичної допомоги населенню району і приписаних до нього населених пунктів.
6. Спеціалізація та підвищення професійної кваліфікації середніх медичних працівників підпорядкованих лікувально-профілактичних закладів району.
7. Розробка, організація та проведення заходів з підвищення професійної кваліфікації лікарів району шляхом:
 - організації і проведення клініко-анатомічних конференцій;
 - ознайомлення лікарів з новими методами та засобами профілактики, діагностики і лікування, а також формами і

методами роботи кращих лікувально-профілактичних закладів району і районного центру.

8. Методичне керівництво лікувально-профілактичними закладами району, включаючи:

- планові виїзди лікарів-спеціалістів у сільські дільничні лікарні для консультацій і надання практичної допомоги лікарям цих закладів з питань лікувально-діагностичної і профілактичної роботи;
- організація та проведення контролю і надання методичної допомоги медичним працівникам у відновленні диспансерного обслуговування населення, проведенні масових профілактичних оглядів та інших оздоровчих заходів;
- систематичне вивчення силами лікарів-спеціалістів лікарні, працівників організаційно-методичного кабінету основних якісних показників роботи лікувально-профілактичних закладів і рівня медичного обслуговування населення.

9. Організація обліку у всіх підпорядкованих медичних закладах району, зокрема:

- систематичне проведення статистичних ревізій у дільничних лікарнях, ФАПх та інших підпорядкованих медичних закладах району, необхідних заходів з ліквідації виявлених недоліків;
- регулярне проведення інструктажів, семінарів для медичних працівників району з організації статистичного обліку, складання звітів і використання статистичних даних у роботі підпорядкованих медичних закладів району;
- організація, відповідно до чинних вимог, подання документації з приводу народження, смертності та мертвонародження;
- здійснення аналізу захворюваності та смертності населення району;
- забезпечення медичних закладів району бланками обліково-оперативної та звітної документації.

10. Проведення на території району комплексних протиепідемічних і санітарно-гігієнічних заходів.

11. Систематична перевірка та контроль за роботою лікувально-профілактичних і дитячих закладів району шляхом:

- направлення бригад лікарів-спеціалістів та організаторів охорони здоров'я для визначення стану та рівня роботи з медичного обслуговуванню населення;
 - заслуховування звітів про роботу за певний період головних лікарів дільничних лікарень, лікарських амбулаторій, завідувачів ФАПів;
 - аналізу планів роботи, статистичних звітів, історій хвороби померлих, актів патологоанатомічних розтинів, протоколів проведення клініко-анатомічних конференцій тощо;
 - ревізії стану бухгалтерського обліку та звітності.
12. Проведення розтину померлих у районній лікарні згідно з установленим порядком.
 13. Повідомлення органів охорони здоров'я вищого рівня про випадки внутрішньолікарняної інфекції, нещасні випадки і надзвичайні події (у самій лікарні та інших лікувально-профілактичних закладах району) в установленому порядку.
 14. Районна лікарня може бути базою для виробничої практики студентів вищих навчальних медичних закладів усіх рівнів акредитації.

Організаційна структура та штати. Районна лікарня є самостійним лікувально-профілактичним закладом, який має у своєму розпорядженні будівлі з відповідною територією, обладнанням, інвентарем та іншим майном.

Структура районної лікарні визначається територіальним органом охорони здоров'я залежно від потреб населення у медико-санітарній допомозі, кількості населення, зони обслуговування і затверджується територіальною державною адміністрацією.

Структура районної лікарні може включати такі підрозділи:

- стаціонар з профільними лікувально-діагностичними та приймальними відділеннями;
- поліклінічне відділення з кабінетами лікарів та жіночою консультацією;
- лікувально-допоміжні та діагностичні відділення (кабінети);
- організаційно-методичний кабінет або інформаційно-аналітичне відділення;
- відділення швидкої та невідкладної допомоги;

- дитячу консультацію, молочну кухню;
- патологоанатомічне відділення.

Штат районної лікарні встановлюється згідно з діючими штатними нормативами і типовими штатами.

Районна лікарня має правила внутрішнього трудового розпорядку для хворих і правила внутрішнього трудового розпорядку обслуговуючого персоналу.

Управління, фінансування та господарське забезпечення районної лікарні. Районна лікарня є самостійною юридичною особою, має штамп, печатку, власний розрахунковий рахунок.

Управління районною лікарнею здійснює головний лікар, який призначається і звільняється згідно з чинним законодавством і несе відповідальність за діяльність закладу.

При районній лікарні організовуються:

- медична рада;
- рада медичних сестер;
- секції фахівців.

Дні лікарів, фельдшерів, акушерок, медичних сестер проводяться на основі спеціальних положень, затверджених МОЗ України.

Фінансування районної лікарні здійснюється за рахунок коштів:

- місцевого бюджету;
- благодійних (добровільних) внесків;
- пожертвувань від юридичних і фізичних осіб;
- інших джерел, не заборонених чинним законодавством.

Оплата праці медичного персоналу здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2002 р. № 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”.

Матеріально-технічне забезпечення районної лікарні, включаючи забезпечення медикаментами, устаткуванням та обладнанням, м'яким інвентарем, санітарним транспортом, та харчування хворих здійснюється згідно з табелем оснащення, кошторисом витрат лікарні.

5.3.4. Дільнична лікарня: структура і функції

Дільнична лікарня є основним лікувально-профілактичним закладом сільської лікарської дільниці, який забезпечує надання кваліфікованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги населенню своєї дільниці.

Дільнична лікарня підпорядковується районному територіальному медичному об'єднанню (РТМО).

Діяльність дільничної лікарні регламентується такими документами:

- чинним законодавством;
- наказами, інструкціями та методичними вказівками МОЗ України;
- наказами та розпорядженнями територіальних органів місцевого самоврядування;
- іншими нормативними документами;
- Положенням про дільничну лікарню.

Потужність дільничної лікарні та адміністративна територія, що нею обслуговується, визначаються територіальним органом охорони здоров'я залежно від:

- потреб населення у медико-санітарній допомозі;
- кількості населення зони обслуговування;
- фактичного забезпечення населення ліжковим фондом, у тому числі ліжками денного лікування.

Приміщення дільничної лікарні є власністю сільської ради. Дільнична лікарня міститься у спеціально збудованій або пристосованій будівлі, яка за набором і площею службових приміщень відповідає діючим санітарно-гігієнічним і будівельним нормам і правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

Основні завдання дільничної лікарні:

1. Надання населенню дільниці кваліфікованої лікарської допомоги безпосередньо в амбулаторії, стаціонарі та вдома.
2. Запровадження в практику сучасних методів профілактики, діагностики та лікування хворих на основі досягнень медичної науки і передового досвіду.
3. Організація і проведення комплексу профілактичних заходів з попередження захворювань, травм та отруєнь, зни-

ження захворюваності, інвалідності та смертності серед прикріпленого населення дільниці.

4. Проведення лікувально-профілактичних і загальнооздоровчих заходів з охорони здоров'я матері і дитини.
5. Вивчення причин загальної захворюваності і захворюваності з тимчасовою втратою працездатності населення дільниці.
6. Організація і здійснення диспансерного нагляду дітей, підлітків, жінок та осіб з підвищеним ризиком захворюваності на серцево-судинні, онкологічні та інші захворювання.
7. Проведення протиепідемічних заходів на території дільниці.
8. Організаційно-методичне керівництво і контроль за діяльністю фельдшерсько-акушерських пунктів.

Основні функції дільничної лікарні:

1. Організація і надання амбулаторної допомоги населенню на прийомі і вдома.
2. Надання стаціонарної допомоги в лікарні, а також стаціонарозамінних форм медичної допомоги в умовах денного і домашнього стаціонарів.
3. Організація та надання екстреної медичної допомоги при гострих захворюваннях, нещасних випадках.
4. Раннє виявлення захворювань і факторів ризику їх розвитку, особливо туберкульозу, онкологічних захворювань, та своєчасне направлення хворих до необхідних спеціалістів.
5. Проведення експертизи тимчасової непрацездатності, своєчасне направлення хворих в ЛКК, МСЕК.
6. Проведення профілактичних медичних оглядів обов'язкових контингентів населення.
7. Диспансеризація населення: своєчасне взяття на облік осіб, які підлягають диспансеризації, забезпечення динамічного спостереження за станом їхнього здоров'я, проведення оздоровчих лікувальних заходів.
8. Охорона здоров'я матері та дитини, включаючи динамічне спостереження за станом здоров'я жінок і дітей, патронаж вагітних і малюків (першого та другого років життя),

проведення профілактичних заходів з метою виявлення онкологічних та інших захворювань серед жінок.

9. Проведення комплексних санітарно-протиепідемічних заходів, у тому числі профілактичних щеплень.
10. Організація планових виїздів у підпорядковані фельдшерсько-акушерські пункти.
11. Своєчасна госпіталізація хворих та організація їх стаціонарного лікування згідно з діючими стандартами в умовах дільничної лікарні.

Організаційна структура та штати. Структура дільничної лікарні визначається територіальним органом охорони здоров'я і затверджується територіальною державною адміністрацією залежно від:

- потреб населення у медико-санітарній допомозі;
- кількості населення зони обслуговування.

Дільнична лікарня є самостійним лікувально-профілактичним закладом, який має у своєму розпорядженні будівлі з відповідною територією, обладнанням, інвентарем та іншим майном.

Дільнична лікарня має такі структурні підрозділи:

- стаціонар з приймальним відділенням;
- амбулаторію;
- лікувально-діагностичні кабінети;
- харчоблок, інші господарські служби та допоміжні приміщення.

Штат дільничної лікарні встановлюється РТМО залежно від медичних потреб та кількості населення, в межах, передбачених діючими штатними нормативами. Функції та відповідальність персоналу визначаються його посадовими інструкціями (функціональними обов'язками).

Управління, фінансування та господарське забезпечення дільничної лікарні. Дільнична лікарня — самостійний лікувально-профілактичний заклад, який є юридичною особою, має штамп, гербову печатку, власний розрахунковий рахунок.

Дільничну лікарню очолює головний лікар, який призначається та звільняється головним лікарем РТМО за узгодженням з районною державною адміністрацією.

Фінансування дільничної лікарні здійснюється за рахунок коштів:

- місцевого бюджету;
- благодійних (добровільних) внесків;
- пожертвувань від юридичних і фізичних осіб;
- інших джерел, не заборонених чинним законодавством.

Оплата праці медичного персоналу здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2002 р. № 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”.

Матеріально-технічне забезпечення дільничної лікарні, включаючи забезпечення медикаментами, устаткуванням та обладнанням, м'яким інвентарем, санітарним транспортом, та харчування хворих здійснюється згідно з табелем оснащення, кошторисом витрат лікарні.

5.4. Заклади охорони здоров'я з надання спеціалізованої медичної допомоги

5.4.1. Лікарня відновного лікування

Лікарня відновного лікування є лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує прикріплене населення кваліфікованою спеціалізованою стаціонарною допомогою для проведення відновного лікування, а також організаційно-методичним центром з питань відновного лікування для всіх медичних закладів у районі діяльності лікарні.

Лікарня відновного лікування призначається для цілодобового стаціонарного лікування та кваліфікованого догляду за хворими різних вікових груп з наслідками травм, ортопедичних, неврологічних, нейрохірургічних захворювань, оперативних втручань, хвороб органів кровообігу, дихання, травлення та інших захворювань, які потребують комплексу відновних заходів з метою скорішого відновлення працездатності хворих та попередження їх інвалідизації.

Рішення про відкриття лікарні відновного лікування приймається територіальним органом охорони здоров'я. Лікарня від-

новного лікування підпорядковується територіальному органу охорони здоров'я.

Діяльність лікарні відновного лікування регламентується:

- чинним законодавством;
- наказами, інструкціями та вказівками МОЗ України;
- наказами та розпорядженнями місцевих органів охорони здоров'я за підпорядкуванням;
- Положенням про лікарню відновного лікування.

Потужність лікарні відновного лікування та адміністративна територія, що нею обслуговується, визначається територіальним органом охорони здоров'я залежно від:

- потреб населення у відновному лікуванні;
- кількості населення зони обслуговування;
- фактичного забезпечення населення ліжковим фондом та його спеціалізацією.

Лікарня відновного лікування розміщується в спеціально збудованій або пристосованій будівлі, яка за набором та площею службових приміщень відповідає діючим санітарно-гігієнічним та будівельним нормам і правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам.

Основні завдання лікарні відновного лікування:

1. Відновлення функцій систем і органів, порушених у результаті хвороби чи травми.
2. Повне або часткове відновлення працездатності хворого.
3. Пристосування хворих (у разі неможливості відновлення) до самообслуговування відповідно до нових умов життя, що виникли внаслідок хвороби або травми.
4. Своєчасне та якісне проведення відновного лікування хворих з використанням комплексу всіх необхідних і доступних методів.
5. Впровадження диференційованого підходу до вибору методів і засобів відновного лікування різних категорій хворих із забезпеченням принципів безперервності, наступності, послідовності й етапності, індивідуального підходу в організації та здійсненні програм відновного лікування.
6. Своєчасне переведення хворих у відповідні спеціалізовані відділення в разі погіршення стану та потреби у кваліфікованій лікарській допомозі.

7. Удосконалення форм і методів відновного лікування різних категорій хворих.
8. Забезпечення належного лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму роботи лікарні.
9. Організаційно-методичне керівництво закладами кабінетами (відділеннями) відновного лікування в районі своєї діяльності.

Основні функції лікарні відновного лікування.

Відповідно до перелічених завдань лікарня відновного лікування забезпечує:

1. Своєчасну обґрунтовану госпіталізацію хворих у відділення відповідного профілю.
2. Здійснення відповідної санітарної обробки госпіталізованих хворих та інших протиепідемічних заходів з метою попередження внутрішньолікарняних інфекцій.
3. Своєчасну організацію та проведення відновного лікування хворих за індивідуальними програмами згідно з діючими стандартами діагностично-лікувального процесу у відділеннях відновного лікування, протоколів відновного лікування, з використанням усіх сучасних засобів і методів відновного лікування.
4. Динамічне спостереження за станом здоров'я госпіталізованих хворих з метою своєчасної діагностики ускладнень або загострень хронічних хвороб і невідкладних станів.
5. Своєчасне надання за показаннями екстреної та невідкладної медичної допомоги госпіталізованим хворим зі здійсненням у разі потреби їх переведення у відповідні спеціалізовані стаціонарні заклади.
6. Забезпечення консультативних оглядів госпіталізованих хворих із залученням в разі необхідності лікарів-консультантів інших спеціалізованих закладів.
7. Запровадження у практику роботи відділень лікарні нових сучасних методів і засобів відновного лікування, що базуються на досягненнях сучасної медичної науки і практики, принципах доказової медицини тощо.
8. Проведення експертизи тимчасової непрацездатності працюючого населення в установленому порядку.

9. Забезпечення наступності та взаємозв'язку у роботі з прикріпленими поліклініками і лікарнями, які направляють хворих на відновне лікування, а також закладами медико-соціального забезпечення, громадськими та іншими організаціями.
10. Проведення клінічних розборів випадків необґрунтованого направлення на відновне лікування, дефектів у веденні хворого на етапах лікування, неефективності проведених відновних заходів тощо.
11. Планування та організація заходів з підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу лікарні.
12. Своєчасне забезпечення органів виконавчої влади і територіальних органів охорони здоров'я інформацією про надзвичайні ситуації та випадки, передбаченою чинним законодавством та інструктивно-директивними документами.
13. Співпраця з медичними і немедичними закладами, установами та громадськими організаціями з метою забезпечення виконання функцій, покладених на лікарню відновного лікування, в тому числі в разі виникнення надзвичайних ситуацій.
14. У разі потреби продовження курсу відновних заходів в амбулаторно-поліклінічних умовах, направлення хворих на подальше лікування у відділення відновного лікування поліклінік.
15. Здійснення консультативної та організаційно-методичної допомоги з питань відновного лікування прикріпленим закладам охорони здоров'я.

Структура і штати лікарні відновного лікування. Структура лікарні відновного лікування визначається територіальним органом охорони здоров'я і затверджується територіальною державною адміністрацією залежно від:

- потреб населення у відновному лікуванні;
- кількості обслуговуваного населення.

Структура лікарні відновного лікування виходячи з місцевих потреб та умов, покладених на лікарню завдань і функцій, кількості обслуговуваного населення може включати:

- адміністративно-господарську частину;
- приймальне відділення;

- спеціалізовані стаціонарні відділення відновного лікування (неврологічні, травматолого-ортопедичні, кардіологічні, гастроентерологічні, пульмонологічні);
- діагностичний блок (клінічна лабораторія, рентгенівський кабінет, відділення/кабінет функціональної діагностики тощо);
- реабілітаційний блок (фізіотерапевтичне відділення, відділення лікувальної фізкультури, басейн, кабінет голкорексфлексотерапії, механотерапії, фітотерапії, психотерапії, логопеда, соціально-побутові майстерні тощо);
- аптеку;
- поліклінічне відділення зі службою обслуговування хворих вдома;
- патологоанатомічне відділення;
- бібліотеку;
- інші структурні підрозділи.

Спеціалізовані стаціонари відновного лікування в разі потреби можуть включати відділення вузькоспеціалізованого лікування, зокрема:

- неврологічні стаціонари відновного лікування: неврологічні відділення для відновного лікування хворих з наслідками розладів мозкового кровообігу;
- неврологічні відділення для відновного лікування хворих із захворюваннями периферичної нервової системи;
- неврологічні відділення для відновного лікування хворих з наслідками травм голови та післяопераційних втручань на головному мозку;
- неврологічні відділення для відновного лікування хворих з наслідками захворювань і травм спинного мозку;
- травматолого-ортопедичні стаціонари відновного лікування: травматолого-ортопедичні стаціонари для відновного лікування хворих з наслідками травм і захворювань опорно-рухового апарату;
- травматолого-ортопедичні стаціонари для відновного лікування хворих із захворюваннями хребта без порушення функції спинного мозку тощо.

Штат лікарні відновного лікування встановлюється територіальним органом охорони здоров'я за узгодженням з територіальною державною адміністрацією залежно від потреб

населення, кількості контингентів обслуговування, структури лікарні та її потужності в межах, передбачених діючими штатними нормативами для закладів відновного лікування.

Керівник лікарні відновного лікування може здійснювати перерозподіл штатного розпису в межах затверджених штатів та згідно з діючими штатними нормативами залежно від потреб населення у відновному лікуванні, його надання, в межах фонду заробітної плати.

Функції та відповідальність персоналу лікарні відновного лікування визначаються його посадовими інструкціями (функціональними обов'язками).

Управління, фінансування та господарське забезпечення лікарні відновного лікування. Лікарня відновного лікування є самостійною юридичною особою, має штамп, печатку, власний розрахунковий рахунок.

Управління лікарнею відновного лікування здійснює головний лікар, який призначається та звільняється згідно з чинним законодавством і несе відповідальність за діяльність закладу.

Фінансування лікарні відновного лікування здійснюється за рахунок коштів:

- місцевого бюджету;
- благодійних (добровільних) внесків;
- пожертвувань від юридичних та фізичних осіб;
- інших джерел, не заборонених чинним законодавством.

Оплата праці медичного персоналу здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 3 серпня 2002 р. № 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”.

Матеріально-технічне забезпечення лікарні відновного лікування, включаючи забезпечення медикаментами, устаткуванням та обладнанням, м'яким інвентарем, санітарним транспортом, та харчування хворих здійснюється згідно з табелем оснащення, кошторисом витрат лікарні.

Лікарня відновного лікування:

- має право вимагати від медичних закладів, що направляють хворих на відновне лікування в лікарні відновного лі-

кування, дотримання належного відбору хворих на лікування та встановленого порядку госпіталізації;

- може бути клінічною і навчальною базою вищих навчальних медичних закладів різних видів акредитації і науково-дослідних установ.

У лікарні відновного лікування організуються:

- громадська рада, лікарняна рада;
- рада медичних сестер та інші неформальні організації, що діють згідно з відповідними положеннями.

Порядок госпіталізації в лікарню відновного лікування.

Лікарня відновного лікування госпіталізує хворих, направлених органами охорони здоров'я, прикріпленими лікарнями і поліклініками. Відбір хворих здійснюється комісією, склад і порядок роботи якої встановлюється головним лікарем лікарні відновного лікування.

При направленні хворих на лікування в лікарню відновного лікування надається “Виписка з карти амбулаторного (стаціонарного) хворого” (ф. № 027/о) із зазначенням результатів клініко-діагностичних досліджень, проведеного лікування, тривалості непрацездатності хворого.

У разі загострення захворювання або виникнення нового патологічного процесу, що потребує надання спеціалізованої медичної допомоги, хворих переводять у відповідні заклади охорони здоров'я в установленому порядку. Порядок госпіталізації (переведення) хворих з лікарні відновного лікування визначається органами охорони здоров'я за підпорядкуванням.

Тривалість перебування хворого в лікарні відновного лікування встановлюється індивідуально, з урахуванням діючих стандартів діагностично-лікувального процесу у відділеннях відновного лікування, протоколів медичної допомоги.

5.4.2. Пологовий будинок

Пологовий будинок є самостійним лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної стаціонарної допомоги.

Пологовий будинок підпорядковується територіальному органу охорони здоров'я та організовує свою діяльність відповідно

до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2003 № 620.

Згідно з наказом МОЗ України від 5.06.97 № 174 “Про затвердження Положення про клінічний лікувально-профілактичний заклад охорони здоров'я”, пологовий будинок може бути клінічною базою кафедр акушерства та гінекології, неонатології вищих медичних навчальних закладів.

Основні завдання пологового будинку:

1. Надання кваліфікованої стаціонарної лікувально-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та гінекологічним хворим згідно з “Нормативами надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги”.
2. Забезпечення пацієнтів невідкладною акушерсько-гінекологічною та неонатологічною допомогою.
3. Забезпечення пацієнтів кваліфікованою анестезіологічною та реанімаційною допомогою.
4. Впровадження у практику сучасних засобів діагностики та лікування ускладнень вагітності, захворювань породіль, гінекологічних захворювань.
5. Своєчасне переведення в разі необхідності пацієнтів на вищий рівень надання медичної допомоги згідно з визначеними рівнями організації акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні.
6. Здійснення заходів щодо профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій.
7. Організація лікувально-діагностичної допомоги з питань репродуктивного здоров'я подружжю, молоді, особам, які беруть шлюб, на стаціонарному етапі.
8. Організація та забезпечення спеціалізованої консультативної допомоги пацієнтам пологового будинку.
9. Проведення цитологічного скринінгу на патологію шийки матки усіх пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою вперше за звітний рік.
10. Організація спільного перебування матері та новонародженого відповідно до вимог чинних галузевих нормативних документів.
11. Удосконалення організаційних форм надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим та хворим на гінекологічну патологію.

12. Вивчення та впровадження сучасних методик ведення пологів і післяпологового періоду, діагностики та лікування гінекологічних захворювань, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду, досвіду роботи кращих лікувально-профілактичних закладів щодо сучасних технологій надання акушерсько-гінекологічної допомоги.
13. Аналіз показників стану здоров'я жінок і дітей, показників якості надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги населенню, розробка заходів щодо їх поліпшення.
14. Ведення відповідних форм обліково-звітної та статистичної документації, надання у встановлені терміни інформації про діяльність закладу територіальним органам охорони здоров'я.
15. Проведення експертизи тимчасової непрацездатності хворих. Аналіз та розробка заходів щодо її зниження.
16. Забезпечення підвищення кваліфікації медичного персоналу пологового будинку.
17. Забезпечення взаємозв'язку та наступності у роботі зі станцією швидкої медичної допомоги, жіночими консультаціями, амбулаторно-поліклінічними закладами та дитячими поліклініками, спеціалізованими ЛПЗ (дермато-венерологічні лікарні, протитуберкульозний диспансер та ін.).
18. Організація зберігання, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів відповідно до вимог чинних нормативних документів.
19. Надання інформації про всі випадки внутрішньолікарняних інфекцій, материнської смертності, нещасні випадки та надзвичайні події територіальним органам охорони здоров'я.
20. Забезпечення організації проведення патологоанатомічного дослідження згідно з чинним законодавством, участі в ньому фахівців, причетних до надання медичної допомоги померлим пацієнтам.
21. Забезпечення складання статистичних звітів за встановленими зразками.
22. Організація роботи щодо попередження випадків раннього соціального сирітства та оформлення документів на ново-

народжених, від яких відмовилися батьки, згідно з чинним законодавством.

23. Дотримання персоналом, пацієнтами та відвідувачами правил внутрішнього розпорядку, затверджених головним лікарем пологового будинку.
24. Створення ліжок денного перебування у гінекологічному відділенні та відділенні патології вагітних згідно з показаннями, визначеними у наказі МОЗ від 28.12.2003 № 503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”.
25. Організація і проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров’я; профілактики ускладнень вагітності та пологів; профілактики ВІЛ, СНІДу; планування сім’ї; первинної профілактики вроджених вад розвитку; профілактики онкологічних захворювань та ін.

Планування діяльності, фінансування, укомплектування штатами, оснащення пологових будинків медичною апаратурою, інструментарієм, господарським інвентарем та обладнанням проводиться відповідно до діючих нормативів у встановленому порядку.

З метою здійснення медико-соціальних програм, спрямованих на поліпшення охорони здоров’я матерів та дітей, пологовий будинок співпрацює:

- з іншими закладами охорони здоров’я (центрами здоров’я, реабілітаційними центрами, клініками тощо);
- з кафедрами вищих медичних навчальних закладів;
- з відділами науково-дослідних інститутів МОЗ та АМН України;
- з громадськими організаціями.

Структурні підрозділи пологового будинку:

- приймально-оглядове відділення;
- відділення патології вагітності;
- пологове фізіологічне відділення з індивідуальними пологовими залами та передпологовими палатами (індивідуальні пологові зали без передпологових палат за наявності умов);
- післяпологове фізіологічне відділення з ліжками спільного перебування матері та дитини (із спільним перебуванням матері та дитини);

- відділення неонатального догляду та лікування новонароджених;
- обсерваційне відділення з індивідуальними пологовими залами та передпологовими палатами (індивідуальні пологові зали без передпологових палат за наявності умов) з боксами;
- відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії (для жінок);
- відділення інтенсивної терапії новонароджених;
- відділення трансфузіології;
- пологовий зал сімейного типу;
- відділення оперативної гінекології;
- відділення консервативної гінекології;
- жіноча консультація;
- лікувально-діагностичні відділення з кабінетами ультразвукової діагностики, рентгенологічним відділенням (кабінетом);
- лабораторія;
- денний стаціонар;
- організаційно-методичний відділ з кабінетом обліку і медичної статистики, оснащений сучасними засобами отримання та передачі інформації;
- аптека;
- центральний стерилізаційний блок з відділенням дезінфекції;
- господарський підрозділ (пральня, харчоблок, склади);
- медичний архів;
- медична бібліотека.

Керівництво пологовим будинком здійснюється головним лікарем, який призначається на посаду та звільняється з посади згідно з чинним законодавством і несе відповідальність за діяльність закладу. У своїй діяльності пологовий будинок керується чинним законодавством, положеннями, наказами, інструкціями, іншими нормативними актами органів охорони здоров'я, посадовими інструкціями.

Розрахункова площа приміщень пологового будинку повинна відповідати нормативним вимогам, що ставляться до лікувальних закладів.

Штатний розпис пологового будинку складається відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 “Про штатні норма-

тиви та типові штати закладів охорони здоров'я" і затверджується відповідним органом охорони здоров'я.

Пологовий будинок має у своєму розпорядженні на правах оперативного управління приміщення з відповідною територією, медичне обладнання, апаратуру, медикаменти та витратні матеріали, господарський інвентар та інше майно, яким володіє, користується і розпоряджається згідно з чинним законодавством.

Пологовий будинок із функціями обласного здійснює організаційно-методичне керівництво діяльністю всіх лікувально-профілактичних закладів акушерсько-гінекологічного профілю регіону, у тому числі спеціалізованих служб (планування сім'ї, дитячої та підліткової гінекології).

5.4.3. Перинатальний центр

Перинатальний центр є самостійним лікувально-профілактичним закладом III рівня надання спеціалізованої висококваліфікованої медичної допомоги жінкам, вагітним з акушерською та екстрагенітальною патологією, роділлям і породіллям, новонародженим.

Перинатальний центр створюється з метою забезпечення надання ефективної висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної медичної допомоги шляхом об'єднання діяльності акушерської, неонатологічної та педіатричної служб.

Керівництво перинатальним центром здійснюється головним лікарем, який призначається на посаду та звільняється з посади згідно з чинним законодавством і несе відповідальність за діяльність закладу.

У своїй діяльності персонал Перинатального центру керується:

- чинним законодавством;
- наказами, інструкціями, іншими нормативними актами МОЗ;
- посадовими інструкціями;
- Положенням про Перинатальний центр.

Перинатальний центр може бути клінічною базою кафедр акушерства та гінекології, неонатології, анестезіології та реанімації вищих медичних навчальних закладів.

З метою здійснення медико-соціальних програм, спрямованих на поліпшення охорони здоров'я, Перинатальний центр співпрацює:

- з іншими закладами охорони здоров'я (центри здоров'я, реабілітаційні центри, клініки, фітотерапевтичні заклади);
- з кафедрами вищих медичних навчальних закладів, відділами науково-дослідних інститутів МОЗ та АМН України;
- з вітчизняними та зарубіжними громадськими організаціями.

Основні завдання Перинатального центру:

1. Надання кваліфікованої стаціонарної лікувально-діагностичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим згідно з “Нормативами надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги”.
2. Надання висококваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної допомоги вагітним з невиношуванням, іншою акушерською та екстрагенітальною патологією групи високого та вкрай високого ступеня ризику.
3. Забезпечення кваліфікованою анестезіологічною та реанімаційною допомогою пацієнтів.
4. Раціональне розродження вагітних високого та вкрай високого ступеня перинатального та акушерського ризику.
5. Надання медичної допомоги хворим і недоношеним новонародженим з подальшим проведенням реабілітаційних заходів.
6. Впровадження сучасних організаційних, діагностичних і лікувальних технологій, спрямованих на зниження репродуктивних втрат та збереження репродуктивного здоров'я.
7. Здійснення аналізу стану надання медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим у перинатальному центрі.
8. Аналіз причин перинатальної захворюваності та смертності, захворюваності вагітних.

9. Планування заходів щодо поліпшення медичної допомоги жінкам і новонародженим, зниження перинатальної захворюваності та смертності.
10. Забезпечення підвищення кваліфікації медичних кадрів з питань охорони репродуктивного здоров'я, неонатології.
11. Здійснення заходів щодо профілактики вертикальної трансмісії від матері до дитини.
12. Організація і проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я; профілактики ускладнень вагітності та пологів; профілактики ЗПСШ, ВІЛ, СНІДу; планування сім'ї; первинної профілактики вроджених вад розвитку; профілактики онкологічних захворювань та ін.

Структура Перинатального центру включає такі взаємопов'язані блоки:

1. *Консультативно-діагностичний блок*, представлений консультативною жіночою консультацією, до складу якої входять:

- кабінет невиношування;
- кабінет планування сім'ї;
- кабінет діагностики та лікування безпліддя;
- кабінет психопрофілактичної підготовки вагітних (подружніх пар) до пологів;
- кабінет патології шийки матки;
- кабінет (відділення) пренатальної діагностики та медико-генетичного консультування;
- денний стаціонар.

2. *Акушерсько-гінекологічний блок*:

- приймальне відділення;
- пологове відділення з індивідуальними пологовими залами;
- післяпологове фізіологічне відділення з ліжками спільного перебування матері і дитини;
- обсерваційне акушерське відділення з боксами;
- відділення акушерської патології;
- відділення екстрагенітальної патології (за умови створення Центру на базі багатопрофільної лікарні);
- відділення діагностики та лікування невиношування вагітності;
- гінекологічне відділення (консервативне);

- гінекологічне відділення (оперативне, ендоскопічне);
- відділення дитячої та підліткової гінекології;
- відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії;
- виїзна бригада невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги.
- відділення трансфузіології.

3. *Неонатологічний блок:*

- відділення неонатального догляду та лікування новонароджених (фізіологічне, обсерваційне з боксами для інфекційних хворих);
- відділення інтенсивної терапії новонароджених;
- виїзна неонатологічна бригада невідкладної допомоги та інтенсивного лікування;
- спеціалізоване відділення для новонароджених (створюється лише у Центрі з окремим неонатологічним блоком для новонароджених, переведених з інших пологових стаціонарів регіону);
- регіональне відділення інтенсивної терапії новонароджених;
- відділення для новонароджених з ураженням нервової системи;
- відділення для недоношених новонароджених як другий етап виходжування;
- хірургічне неонатологічне відділення;
- відділення патології новонароджених з боксами для інфекційних хворих.

4. *Лабораторно-діагностичну службу.*

5. *Адміністративно-господарські служби:*

- централізоване стерилізаційне відділення;
- гараж;
- харчоблок;
- пральню.

5.4.4. Диспансери

Диспансер — спеціалізований лікувально-профілактичний заклад, який забезпечує надання кваліфікованої медичної допомоги і здійснює методичне керівництво за певною лікарською спеціальністю.

Аналогічні функції виконують центри та спеціалізовані лікарні. Наприклад, онкологічна, дерматовенерологічна, отоларингологічна, інфекційна, психіатрична лікарні.

Диспансери поділяють за кількома ознаками:

- *за спеціалізацією*: онкологічні, ендокринологічні, гастроентерологічні, кардіологічні, наркологічні, протитуберкульозні, психоневрологічні, шкірно-венерологічні тощо;
- *за функціями та районами обслуговування*: Автономної Республіки Крим, обласні, міські, міжрайонні.

Диспансери є самостійними державними установами з відповідною територією, забудовами, обладнанням та іншим майном, що користуються правами юридичної особи, мають печатку та штамп зі своїм найменуванням.

Для формування уявлення про структуру та функції диспансерів далі наведено інформацію про онкологічний і шкірно-венерологічний диспансери.

5.4.4.1. Онкологічні диспансери

Онкологічні диспансери (Автономної Республіки Крим, обласний, міський, міжрайонний) — це спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади, які забезпечують надання кваліфікованої онкологічної допомоги населенню та здійснюють методичне керівництво організацією протиракової боротьби в регіоні. Аналогічні функції виконують протипухлинні центри та онкологічні лікарні.

Структура онкологічного диспансеру визначається:

- кількістю населення, що обслуговується;
- рівнем і структурою онкологічної захворюваності;
- ліжковою місткістю закладу.

На базі обласних онкологічних диспансерів розміщуються централізована цитологічна та патологоанатомічна лабораторії. У структурі онкологічного диспансеру повинно передбачатися відділення анестезіології та інтенсивної терапії (з кількістю ліжок залежно від загального ліжкового фонду).

За рішенням управління охорони здоров'я області на міський онкологічний заклад, що обслуговує кілька сільських районів, може бути покладена функція міжрайонного.

У містах з населенням до одного мільйона чоловік функції міського виконує обласний онкологічний диспансер, з населенням понад один мільйон — міський онкологічний диспансер з відповідними функціями.

Основні завдання онкологічного диспансеру:

- надання в повному обсязі кваліфікованої консультативної та лікувальної допомоги (поліклінічної та стаціонарної) хворим на злоякісні новоутворення, хворим з пограничними пухлинами і тяжкими формами дисплазії;
- забезпечення своєчасного початку лікування та госпіталізації зазначених категорій хворих;
- впровадження у практику роботи сучасних методів діагностики і лікування раку та передпухлинної патології згідно із затвердженими стандартами;
- організація та контроль за диспансерним наглядом хворих, які отримали лікування в онкологічних закладах регіону;
- здійснення організаційно-методичного керівництва та координації діяльності всіх онкологічних закладів на території обслуговування (міські, міжрайонні онкологічні диспансери, відділення, кабінети);
- експертна оцінка якості лікування онкологічних хворих усіма лікувальними закладами та дотримання ними стандартів надання медичної допомоги онкологічним хворим, затверджених МОЗ України;
- раціональне використання коштів на безоплатне лікування онкологічних хворих у стаціонарах та в амбулаторних умовах;
- здійснення аналізу щорічної потреби онкологічного диспансеру в сучасному обладнанні, протипухлинних препаратах та в інших лікувальних засобах, складання заявок на них;
- здійснення та забезпечення повного обліку онкологічних хворих у регіоні з використанням сучасних засобів обчислювальної техніки, забезпечення функціонування на базі обласного онкологічного диспансеру обласного канцер-реєстру;
- постійний контроль за своєчасністю та якістю надходження в канцер-реєстр первинних облікових документів на он-

кологічних хворих від усіх ланок лікувально-профілактичних закладів (поліклінік, стаціонарів, діагностичних центрів та ін.);

- складання та передача в МОЗ України щорічних звітів про захворюваність на злоякісні новоутворення в регіоні та діяльність онкологічних закладів (ф. № 35-здоров, ф. № 7);
- здійснення постійного моніторингу онкоепідеміологічної ситуації в регіоні і на цій основі подання в управління охорони здоров'я пропозицій з розвитку онкологічної мережі та підвищення ефективності протиракової боротьби;
- здійснення (разом з головними спеціалістами управління охорони здоров'я областей) аналізу стану своєчасності виявлення злоякісних новоутворень у регіоні, розгляд його результатів на протиракових експертних комісіях;
- участь у роботі протиракових експертних комісій, внесення на їх розгляд пропозицій з питань поліпшення стану протиракової боротьби в регіоні;
- розробка і здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації з онкології лікарів і середніх медпрацівників загальнолікувальних закладів (у першу чергу первинного прийому) на короткострокових курсах, семінарах тощо;
- розробка поточних і перспективних планів розвитку онкологічної служби, обговорення та затвердження їх в управліннях охорони здоров'я;
- надання установам загальнолікувальної мережі консультативно-методичної допомоги з питань профілактики, своєчасного виявлення злоякісних новоутворень та передпухлинних захворювань, лікування та диспансерного нагляду за хворими зазначених категорій;
- контроль за обґрунтованістю діагнозу злоякісного новоутворення в свідоцтвах про смерть, які подаються в РАГСі;
- проведення разом з Центрами здоров'я широкої протиракової пропаганди серед населення із залученням преси, радіо, телебачення та ін.

Онкологічні диспансери безпосередньо підпорядковані Міністерству охорони здоров'я АР Крим, управлінню (відділу) охорони здоров'я обласної (міської) державної адміністрації, а в методичному плані — Інституту онкології АМН України.

Керівництво диспансером здійснює одноособово головний лікар, якого призначають на посаду і звільняють з посади у встановленому порядку і який користується всіма правами керівника обласної, республіканської, міської лікарні. Головний лікар онкологічного диспансеру, як правило, призначається головним позаштатним онкологом МОЗ АР Крим, управління охорони здоров'я обласної міської держадміністрації, міста і відповідає за організацію онкологічної допомоги населенню в регіоні.

Штат онкологічного диспансеру встановлюється у визначеному порядку згідно з директивними документами МОЗ України.

Онкологічний диспансер може бути клінічною базою (навчальною) відповідних кафедр медичних інститутів, інститутів післядипломної освіти лікарів, науково-дослідних інститутів, медичних училищ, а також базою виробничої практики студентів та осіб, які навчаються у зазначених закладах.

У своїй діяльності диспансер керується:

- чинним законодавством;
- Положенням про онкологічний диспансер;
- наказами, інструкціями і вказівками МОЗ України;
- наказами, інструкціями і вказівками органів охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, області, міста.

З метою широкого залучення громадськості, підприємств, установ до здійснення заходів щодо підвищення ефективності протиракової боротьби в регіоні при диспансерах можуть створюватися громадські ради, які у своїй діяльності керуються відповідними положеннями та чинним законодавством.

5.4.4.2. Шкірно-венерологічні диспансери

Структура та функції шкірно-венерологічних диспансерів визначаються відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 30.12.92 № 207.

Обласний шкірно-венерологічний диспансер

Обласний шкірно-венерологічний диспансер являє собою спеціалізований лікувально-профілактичний заклад боротьби з шкірно-венерологічними захворюваннями, який у своїй діяльності підпорядковується відділу (управлінню) охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Обласні шкірно-венерологічні диспансери діють в усіх обласних центрах України, в Автономній Республіці Крим, містах Києві та Севастополі, які прирівнюються до обласних центрів.

Обласний шкірно-венерологічний диспансер у своїй діяльності керується:

- законодавством України;
- наказами, інструкціями МОЗ України;
- наказами, розпорядженнями та інструкціями відділу (управління) охорони здоров'я обласної державної адміністрації;
- Положенням про Обласний шкірно-венерологічний диспансер.

Керівником диспансеру (головним лікарем) призначається лікар-фахівець — дерматовенеролог, як правило, вищої кваліфікації, який має досвід керівної роботи.

Обласний шкірно-венерологічний диспансер має у своєму розпорядженні приміщення з відповідною територією, медичним обладнанням та апаратурою, транспортними засобами, господарським інвентарем та іншим майном. Площа відділень диспансеру, їх приміщення повинна відповідати будівельним та санітарним нормам і правилам.

Диспансер перебуває на бюджеті відповідного органу охорони здоров'я.

Структура Обласного шкірно-венерологічного диспансеру.

До структурних підрозділів шкірно-венерологічного диспансеру входять:

- стаціонар;
- поліклінічне відділення;
- фізіотерапевтичне відділення;
- лабораторія.

У стаціонарі повинні бути дерматологічне і венерологічне відділення.

Поліклінічне відділення повинно мати дерматологічне відділення (кабінети); венерологічне відділення з відокремленими прийомами для чоловіків, жінок і дітей (кабінети); самостійну реєстратуру, статистичний кабінет.

Диспансер повинен мати у своїй структурі фізіотерапевтичне відділення, яке може підпорядковуватися безпосередньо головному лікарю або завідувачеві поліклініки.

Лабораторія диспансеру має забезпечувати проведення клінічних, біохімічних, серологічних та гістологічних досліджень і може поділятися на окремі структурні підрозділи.

Основні завдання Обласного шкірно-венерологічного диспансеру:

1. Організація і надання кваліфікованої допомоги населенню при шкірно-венеричних захворюваннях.
2. Здійснення заходів щодо забезпечення допомоги хворим на заразні форми сифілісу, гонорею та шкірні хвороби.
3. Виявлення джерел венеричних і заразних захворювань, залучення до огляду членів сім'ї хворого та контроль якості лікування хворих, виявлених у результаті цих оглядів.
4. Зв'язок з периферійними диспансерами з питань виявлення джерел інфекцій та обстеження хворих, які потребують лікування.
5. Спеціальний облік хворих на венеричні та шкірні хвороби.
6. Проведення з Центром здоров'я санітарно-освітньої роботи з питань профілактики шкірно-венеричних захворювань серед населення.
7. Здійснення методичного керівництва лікарів-дерматовенерологів, які працюють у жіночих консультаціях, дитячих лікувально-профілактичних установах з питань боротьби з вродженими сифілісом, гонореею, трихомоніазом, заразними шкірними хворобами.
8. Консультаційна допомога периферійним шкірно-венерологічним закладам для консультацій та організації боротьби з шкірними та венеричними хворобами. В окремих випадках — організація венерологічних загонів як із середовища своїх, так і із залученням працівників інших шкірно-венерологічних установ; здійснення методичного керівництва діяльністю цих загонів.
9. Проведення періодичних перевірок роботи районних і міських шкірно-венерологічних установ та інструктаж медичного персоналу з методики диспансерної роботи та лікування хворих на венеричні та шкірні хвороби.
10. Організація боротьби з гноячковими захворюваннями шкіри та професійними дерматозами разом із санітарно-

епідеміологічними установами, здоровпунктами та поліклінічними відділеннями лікарень.

11. Підвищення кваліфікації лікарських і середніх медичних працівників шляхом організації короткострокових курсів, навчання на місцях, поширює методичні рекомендації тощо.
12. Проведення нарад і конференцій лікарів-дерматологів і венерологів з питань лікування шкірних і венеричних хворих, найбільш ефективних методів диспансерної роботи.
13. Проведення науково-практичної роботи з проблем дерматовенерології.
14. Надання методично-консультативної допомоги відділу (управлінню) охорони здоров'я обласної державної адміністрації з питань планування мережі шкірно-венерологічних закладів, організації їх роботи, підготовки кадрів.

Обласний шкірно-венерологічний диспансер згідно з чинним положенням може бути навчальною базою медичного інституту, інституту удосконалення лікарів.

Міський шкірно-венерологічний диспансер. Міський шкірно-венерологічний диспансер являє собою спеціалізований лікувально-профілактичний заклад боротьби з шкірно-венеричними захворюваннями у масштабі міста. У своїй діяльності підпорядковується відділу (управлінню) охорони здоров'я міської державної адміністрації.

Міські шкірно-венерологічні диспансери діють в усіх містах України, Автономної Республіки Крим.

Міський шкірно-венерологічний диспансер у своїй роботі керується:

- законодавством України;
- наказами, інструкціями МОЗ України;
- наказами, розпорядженнями та інструкціями відділу (управління) охорони здоров'я обласної державної адміністрації;
- Положенням про Міський шкірно-венерологічний диспансер.

Міський шкірно-венерологічний диспансер є самостійною установою, яка має свій штат і необхідну матеріальну базу. Керівником диспансеру призначається лікар-фахівець — дерма-

товенеролог, як правило, вищої кваліфікації, який має досвід керівної роботи.

Міський шкірно-венерологічний диспансер має у своєму розпорядженні приміщення з відповідною територією, медичним обладнанням та апаратурою, транспортними засобами, господарським інвентарем та іншим майном. Площа відділень диспансеру, їх приміщень повинна відповідати будівельним та санітарним нормам і правилам.

Структура Міського шкірно-венерологічного диспансеру.

До структурних підрозділів диспансеру входять:

- стаціонар;
- поліклінічне відділення;
- фізіотерапевтичне відділення;
- лабораторія.

На базі диспансеру організовується денний стаціонар для хворих на шкірні хвороби, а також відділення денного перебування хворих на венеричні хвороби. У стаціонарі повинні бути дерматологічне і венерологічне відділення.

Поліклінічне відділення повинно мати дерматологічне відділення (кабінети); венерологічне відділення з відокремленими прийомами для чоловіків, жінок і дітей (кабінети); самостійну реєстратуру, статистичний кабінет. Диспансер повинен мати у своїй структурі фізіотерапевтичне відділення, яке може підпорядковуватися безпосередньо головному лікарю або завідувачеві поліклініки.

Лабораторія диспансеру має забезпечувати проведення клінічних, біохімічних, серологічних (за відсутності Центральної серологічної лабораторії), імунологічних та гістологічних досліджень і може поділятися на окремі структурні підрозділи.

Основні завдання Міського шкірно-венерологічного диспансеру:

1. Надає кваліфіковану допомогу населенню при шкірно-венеричних захворюваннях.
2. Встановлює зв'язок з іншими диспансерами з метою спостереження за хворими на венеричні хвороби.
3. Виявляє джерела венеричних і заразних захворювань шкіри, залучає для огляду членів сім'ї хворого та контролює якість лікування хворих, виявлених у результаті оглядів.

4. Веде систематичний контроль за оглядом і якістю лікування хворих на венеричні та заразні шкірні захворювання.
5. Веде спеціальний облік згідно із затвердженими формами та аналізує статистичні матеріали.
6. Розробляє і пропонує для затвердження міському управлінню охорони здоров'я і міському управлінню внутрішніх справ спільні заходи щодо профілактики поширення венеричних захворювань.
7. Здійснює разом з Центром здоров'я масову санітарно-освітню роботу з питань профілактики та лікування шкірно-венеричних хвороб серед населення.
8. Встановлює зв'язок з акушерсько-гінекологічними кабінетами з метою постійного інструктажу у справі виявлення та лікування венеричних хворих.
9. Разом із санітарно-епідеміологічними установами, здоров'я пунктами заводів і поліклінічним відділом диспансеру бере участь у боротьбі з гноячковими захворюваннями шкіри та професійними дерматозами.
10. Регулярно проводить науково-практичні конференції з дерматовенерології.
11. Забезпечує організацію методичної роботи з дерматовенерологами, акушерами-гінекологами, урологами та іншими лікарями.
12. Має право на організацію відділень і кабінетів анонімного обстеження та амбулаторного лікування хворих на венеричні і шкірні хвороби.

Міський шкірно-венерологічний диспансер може бути базою медичного інституту, інституту удосконалення лікарів.

Районний (міжрайонний) шкірно-венерологічний диспансер

Районний (міжрайонний) шкірно-венерологічний диспансер — це заклад, що надає спеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу у боротьбі з шкірно-венеричними захворюваннями, входить до структури центральної районної лікарні і підпорядковується її головному лікарю.

Керівництво центральної районної лікарні несе повну відповідальність за створення необхідних умов праці шкірно-венерологічного диспансеру, у тому числі укомплектування медични-

ми кадрами, за матеріально-технічне обладнання, господарське забезпечення тощо.

Районний шкірно-венерологічний диспансер у своїй роботі керується:

- законодавством України;
- наказами та інструкціями МОЗ України;
- Положенням про районний (міжрайонний) диспансер;
- наказами та розпорядженнями лікувально-профілактичного закладу, якому підпорядковується.

Основні завдання Районного шкірно-венерологічного диспансеру:

1. Здійснює лікування венеричних та шкірних хвороб.
2. В обов'язковому порядку госпіталізує хворих на заразні форми сифілісу (сифіліс I та II свіжий, сифіліс II рецидивний, сифіліс вроджений ранній) і вживає заходів щодо госпіталізації хворих на ускладнену гонорею та хворих на шкірні хвороби, які підлягають госпіталізації.
3. Виявляє джерела зараження венеричними та заразними шкірними хворобами, залучає до лікування виявлених хворих, здійснює огляди сімей хворих і контроль за акуратним з'явленням хворих на лікування.
4. Веде облік хворих на венеричні та заразні шкірні захворювання відповідно до статистичних форм. У разі виявлення хворих зі свіжими формами сифілісу, збільшення кількості заразних хвороб шкіри негайно надсилає повідомлення до обласного шкірно-венерологічного диспансеру (незалежно від календарних строків подання звітів).
5. Проводить швидкі лікарняні огляди окремих груп організованого населення із вжиттям заходів з ліквідації вогнищ захворюваності.
6. Організовує силами своїх працівників і медичних працівників установ, які обслуговують дітей і підлітків, систематичне спостереження за станом захворюваності на шкірні хвороби із своєчасним вжиттям заходів щодо ліквідації цих захворювань.
7. Проводить систематичну санітарно-освітню роботу з боротьби з венеричними та шкірними хворобами серед населення з використанням усіх можливих методів і форм (бесіди, лекції, стінгазети, виставки, кіно, радіо).

8. Розробляє загальний план роботи боротьби з венеричними та шкірними хворобами у районі, передбачає у цьому плані практичну роль та участь кожної медичної дільниці, що обслуговує дітей і підлітків, пологове відділення ЦРЛ.
9. Надає сільським медичним дільницям та іншим установам допомогу в організації лікування та диспансерного обслуговування хворих на шкірні та венеричні захворювання.
10. Організовує виїзди лікарів на медичні дільниці для обстеження роботи з питань боротьби з венеричними та шкірними захворюваннями, проводить консультацію хворих, а також перевіряє правильність ведення обліку шкірних та венеричних захворювань.
11. Надає консультативну та лікувальну допомогу хворим на шкірні та венеричні захворювання, які направлені медичними дільницями.
12. Встановлює практичний зв'язок з усіма медичними дільницями з питань виявлення джерел зараження, обстеження сімей хворих та контролює якість лікування.
13. Контролює обстеження у жіночих консультаціях гінекологічних хворих з метою виявлення та залучення до лікування жінок, хворих на сифіліс, гонорею, трихомоніаз.
14. Контролює діяльність урологічних кабінетів з виявлення венеричних хвороб.
15. Організовує за допомогою жіночих і дитячих консультацій, медичних працівників пологових відділень роботу з профілактики вродженого сифілісу з проведенням масової васерманізації вагітних (у першій та другій половині вагітності).
16. Організовує за сприяння органів охорони здоров'я та обласного шкірно-венерологічного диспансеру систематичне проведення серологічних (бактеріоскопічних) досліджень у районній лабораторії та необхідних консультацій фахівців.
17. Організує масову санітарно-освітню роботу з профілактики шкірних та венеричних хвороб із залученням усіх медичних працівників району для забезпечення їх спеціальними методичними вказівками.
18. Організовує підвищення кваліфікації дільничних медичних працівників шляхом короткочасного практичного ста-

жування їх у диспансері. Організовує за сприяння органів охорони здоров'я, головного лікаря ЦРЛ короткочасні курси для середнього медичного персоналу.

19. Вирішує в органах охорони здоров'я питання про направлення дільничних медичних працівників на курси стажування з дерматології та венерології.
20. Веде документацію і подає звіти за формою і в терміни, затверджені Міністерством охорони здоров'я України.

5.5. Заклади охорони здоров'я з надання медичної та соціальної допомоги

5.5.1. Хоспіс: структура і функції

Хоспіс є лікувально-профілактичним закладом, який призначається для цілодобового кваліфікованого догляду, надання медичної та соціальної допомоги, включаючи забезпечення паліативної та симптоматичної допомоги, психологічної та соціальної підтримки інкурабельним онкологічним хворим, хронічним хворим у термінальній стадії та іншим контингентам, що потребують такого виду допомоги.

Рішення про відкриття хоспісу приймається територіальним органом охорони здоров'я, якому підпорядковується хоспіс.

У своїй діяльності хоспіс керується:

- чинним законодавством;
- директивними та інструктивно-методичними документами МОЗ України;
- розпорядженнями територіальних органів місцевого самоврядування за підпорядкуванням;
- Положенням про хоспіс.

Потужність хоспісу та обслуговувана ним адміністративна територія визначаються територіальним органом охорони здоров'я залежно від потреб населення в медико-соціальній допомозі такого типу, кількості населення зони обслуговування, фактичного забезпечення населення ліжковим фондом та його спеціалізацією.

Хоспіс розміщується в спеціально збудованій або пристосованій будівлі, яка за набором і площею службових приміщень відповідає чинним санітарно-гігієнічним та будівельним нормам і правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам. Хоспіс має бути забезпечений всіма видами комунальних зручностей для перебування тяжкохворих, які потребують медичної та соціальної допомоги.

Керівник хоспісу має право вимагати від медичних закладів, які направляють хворих на планове лікування до хоспісу, дотримання належного відбору хворих на лікування та встановленого порядку госпіталізації.

Основні завдання хоспісу:

1. Підвищення доступності кваліфікованої стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим і хронічним хворим у термінальній стадії.
2. Здійснення медичного догляду за інкурабельними онкологічними хворими, хронічними хворими у термінальній стадії.
3. Надання госпіталізованим хворим та їх родичам активної психологічної та соціальної підтримки.
4. Забезпечення надання екстреної медичної допомоги госпіталізованим хворим у разі невідкладних станів.
5. Забезпечення належного лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму.
6. Забезпечення взаємодії з іншими медичними та немедичними закладами при вирішенні питань надання медико-соціальної допомоги.
7. Організація патронажного нагляду за інкурабельними онкологічними хворими та хронічними хворими у термінальній стадії вдома у разі неможливості їх госпіталізації в стаціонарне відділення хоспісу.

Основні функції хоспісу. Відповідно до покладених на хоспіс завдань він виконує такі функції:

1. Здійснює приймання і розміщення госпіталізованих хворих відповідно до профілю захворювання і тяжкості стану.
2. Проводить санітарну обробку госпіталізованих хворих та інші заходи з попередження внутрішньолікарняних інфекцій в установленому порядку.

3. Забезпечує:

- призначення та здійснення відповідних програм обстеження, паліативного і симптоматичного лікування госпіталізованим хворим з урахуванням їх віку, діагнозу, тяжкості стану та згідно з діючими стандартами надання медичної допомоги;
- проведення регулярних лікарських оглядів госпіталізованих хворих з періодичністю, що визначається станом хворих, але не рідше одного разу на тиждень;
- кваліфікований медичний догляд і дієтичне харчування госпіталізованих хворих;
- своєчасне надання екстреної та невідкладної медичної допомоги хворим у разі невідкладних станів зі здійсненням у разі потреби переведення хворих у спеціалізовані медичні заклади;
- проведення в разі потреби консультативних оглядів госпіталізованих хворих із залученням лікарів-консультантів відповідних спеціалізованих закладів;
- організацію патронажного нагляду за інкурабельними онкологічними хворими, хворими у термінальній стадії вдома з наданням кваліфікованої медико-соціальної допомоги, в тому числі паліативного та симптоматичного лікування.

4. Здійснює:

- надання психологічної допомоги та підтримки госпіталізованим хворим та їх родичам і забезпечення в разі потреби правового консультування госпіталізованих хворих;
- навчання родичів госпіталізованих хворих навичок догляду за тяжкохворими та хворими у термінальній стадії;
- своєчасне інформування органів виконавчої влади та територіальних органів охорони здоров'я про надзвичайні ситуації та випадки в установленому порядку;
- взаємодію з медичними і немедичними органами, закладами, установами та громадськими організаціями для забезпечення виконання функцій, покладених на хоспіс, у тому числі в разі виникнення надзвичайних ситуацій;
- ведення і передачу діючої обліково-звітної документації та аналіз діяльності хоспісу в установленому порядку;

- надання організаційно-методичної та консультативної допомоги іншим медичним закладам і медичним працівникам з питань організації паліативної допомоги.

5. Співпрацює з установами соціального захисту та іншими медичними і немедичними закладами та громадськими, релігійними організаціями з питань надання медико-соціальної допомоги.

Організаційна структура та штати хоспісу. Структура хоспісу визначається територіальним органом охорони здоров'я і затверджується територіальною державною адміністрацією залежно від потреб населення в медико-соціальній допомозі і кількості відслужовуваного населення.

Структура хоспісу розробляється відповідно до місцевих потреб та умов, покладених на хоспіс завдань та функцій і кількості хворих.

Структура хоспісу може включати:

- апарат управління;
- стаціонар з приймальним відділенням;
- патронажне відділення;
- лікувально-діагностичну службу;
- аптеку;
- господарські служби та інші приміщення.

До структури хоспісу можуть також входити патологоанатомічне відділення, відділення ритуальних послуг тощо.

Штат хоспіс встановлюється територіальним органом охорони здоров'я за узгодженням з територіальною державною адміністрацією залежно від потреб населення, кількості контингенту обслуговування, структури хоспісу та його потужності в межах, передбачених діючими штатними нормативами.

Керівник хоспісу може здійснювати перерозподіл штатного розпису в межах затверджених штатів та згідно з діючими штатними нормативами залежно від потреб населення в медико-соціальній допомозі, обсягів її надання, в межах фонду заробітної плати.

Управління, фінансування та господарське забезпечення хоспісу. Хоспіс є самостійною фінансовою і юридичною особою, має штамп, печатку, власний розрахунковий рахунок.

Управління хоспісом здійснює головний лікар, який призначається на посаду та звільняється з посади згідно з чинним законодавством і несе відповідальність за діяльність закладу.

Фінансування хоспісу здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету, благодійних (добровільних) внесків, пожертвувань від юридичних і фізичних осіб, інших джерел, не заборонених чинним законодавством. Оплата праці медичного персоналу здійснюється в установленому порядку.

Матеріально-технічне забезпечення хоспісу, включаючи забезпечення медикаментами, устаткуванням та обладнанням, м'яким інвентарем, санітарним транспортом, та харчування хворих здійснюється згідно з табелем оснащення і кошторисом витрат хоспісу.

5.5.2. Лікарня сестринського догляду

Лікарня сестринського догляду є лікувально-профілактичним закладом, що призначається для цілодобового кваліфікованого догляду, надання медичної та соціальної допомоги, включаючи забезпечення підтримуючого, в тому числі довготривалого, лікування, психологічної та соціальної підтримки і реабілітації, хронічним хворим, особам старших вікових груп, інвалідам, післяопераційним хворим та іншим контингентам, що потребують такого виду допомоги. Рішення про відкриття лікарні сестринського догляду приймається територіальним органом охорони здоров'я за узгодженням з територіальними органами соціального захисту.

Лікарня сестринського догляду підпорядковується територіальному органу охорони здоров'я і керується у своїй діяльності чинним законодавством, директивними та інструктивно-методичними документами МОЗ України та місцевих органів охорони здоров'я, відповідним Положенням і наказами керівника лікарні.

Потужність лікарні сестринського догляду та адміністративна територія, що нею обслуговується, визначається територіальним органом охорони здоров'я залежно від потреб населення в медико-соціальній допомозі, кількості населення зони обслуговування, фактичного забезпечення населення ліжковим фондом та його спеціалізацією.

Лікарня сестринського догляду розміщується в спеціально збудованій або пристосованій будівлі, яка за набором та площею службових приміщень відповідає діючим санітарно-гігієнічним

та будівельним нормам і правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам. Лікарня сестринського догляду має бути забезпечена всіма видами комунальних зручностей для перебування хворих похилого віку, інвалідів, які потребують медичної та соціальної допомоги.

Основні завдання лікарні сестринського догляду:

1. Надання кваліфікованого підтримуючого лікування, в тому числі довготривалого, хронічним хворим, інвалідам, особам похилого віку та немічним особам.
2. Здійснення медичного догляду за хронічними хворими з довготривалим перебігом хвороби, інвалідами, особами старших вікових груп та іншими контингентами, що потребують стороннього догляду.
3. Надання госпіталізованим хворим активної психологічної та соціальної підтримки.
4. Здійснення заходів щодо медичної та соціально-психологічної реабілітації хронічних хворих та інвалідів.
5. Проведення курсів профілактичного лікування хронічних хворих з метою попередження тяжких загострень та ускладнень хвороб та інвалідизації.
6. Забезпечення екстреної медичної допомоги госпіталізованим хворим у разі невідкладних станів.
7. Своєчасне переведення хворих у відповідні спеціалізовані відділення в разі погіршення стану та потреби у кваліфікованій лікарській допомозі.
8. Забезпечення належного лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму.
9. Забезпечення взаємодії з іншими медичними та немедичними закладами при вирішенні питань надання медико-соціальної допомоги.

Основні функції лікарні сестринського догляду:

1. Приймання і розміщення госпіталізованих хворих відповідно до профілю захворювання і тяжкості стану.
2. Здійснення відповідної санітарної обробки госпіталізованих хворих та інших заходів щодо попередження внутрішньолікарняних інфекцій.
3. Проведення періодичних лікарських оглядів госпіталізованих хворих з призначенням відповідних програм обстеження, лікування, медико-соціальної та психологічної ре-

абілітації з урахуванням віку хворих, діагнозу, тяжкості стану, потреби в сторонньому догляді тощо з періодичністю, що визначається станом хворих, але не рідше одного разу на тиждень.

4. Забезпечення виконання лікарських призначень, процедур, реабілітаційних заходів тощо та дієтичного харчування хворих за рекомендаціями лікарів.
5. Забезпечення кваліфікованого медичного догляду за хворими, інвалідами, особами похилого віку, психологічної допомоги і підтримки.
6. Динамічне спостереження за станом здоров'я госпіталізованих хворих з метою своєчасної діагностики ускладнень або загострень хронічних хвороб і невідкладних станів.
7. Своєчасне надання екстреної та невідкладної медичної допомоги хворим у разі невідкладних станів з переведенням хворих у спеціалізовані медичні заклади.
8. Навчання хворих елементарних навичок самообслуговування та самодопомоги.
9. Навчання родичів госпіталізованих хворих навичок догляду за тяжкохворими та інвалідами.
10. Забезпечення в разі потреби консультативних оглядів госпіталізованих хворих із залученням лікарів-консультантів відповідних лікувально-профілактичних закладів.
11. Своєчасне надання органам виконавчої влади і територіальним органам охорони здоров'я інформації про надзвичайні ситуації та випадки, передбаченої чинним законодавством та інструктивно-директивними документами.
12. Забезпечення взаємодії з медичними і немедичними органами, закладами, установами та громадськими організаціями для виконання функцій, покладених на лікарню (відділення) сестринського догляду, в тому числі в разі виникнення надзвичайних ситуацій.
13. Ведення і передача діючої обліково-звітної документації та аналіз діяльності лікарні (відділення) сестринського догляду в установленому порядку.

Лікарня сестринського догляду має право:

- надавати населенню медико-соціальну допомогу згідно з чинним законодавством;

- співпрацювати з установами соціального захисту та іншими медичними і немедичними закладами та громадськими, релігійними організаціями з питань надання медико-соціальної допомоги;
- вимагати від медичних закладів, які направляють хворих на планове лікування в лікарні сестринського догляду, дотримання належного відбору хворих на лікування та встановленого порядку госпіталізації.

Структура та штати лікарні сестринського догляду.

Структура лікарні сестринського догляду визначається територіальним органом охорони здоров'я залежно від потреб населення у медико-соціальній допомозі, кількості обслуговуваного населення і затверджується територіальною державною адміністрацією.

Структура лікарні сестринського догляду виходячи з місцевих потреб та умов, покладених на лікарню завдань та функцій, кількості обслуговування включає:

- апарат управління;
- стаціонар з приймальним відділенням;
- лікувально-діагностичну службу;
- відділення реабілітації;
- аптеку;
- господарські служби.

У структуру лікарні сестринського догляду можуть входити відділення позалікарняної допомоги зі службою обслуговування хворих вдома, патологоанатомічне відділення, соціально-побутові майстерні, бібліотека тощо.

Штат лікарні сестринського догляду встановлюється територіальним органом охорони здоров'я за узгодженням з територіальною державною адміністрацією залежно від потреб населення, кількості контингенту обслуговування, структури лікарні та її потужності в межах, передбачених діючими штатними нормативами для закладів сестринського закладу.

Керівник лікарні сестринського догляду може здійснювати перерозподіл штатного розпису в межах затверджених штатів та згідно з діючими штатними нормативами залежно від потреб населення в медико-соціальній допомозі, обсягів її надання, в межах фонду заробітної плати.

Функції та відповідальність персоналу лікарні сестринського догляду визначаються посадовими інструкціями (функціональними обов'язками).

Управління фінансування та господарське забезпечення лікарні сестринського догляду. Лікарня сестринського догляду є самостійною юридичною особою, має штамп, печатку, власний розрахунковий рахунок. Управління лікарнею сестринського догляду здійснює директор, який призначається на посаду і звільняється з посади згідно з чинним законодавством і несе відповідальність за діяльність закладу.

Фінансування лікарні сестринського догляду здійснюється за рахунок коштів місцевого бюджету із залученням не заборонених чинним законодавством позабюджетних джерел (страхових, благодійних фондів, внесків підприємств, установ та організацій, спонсорської допомоги окремих громадян тощо). Оплата праці медичного персоналу здійснюється в установленому порядку.

Матеріально-технічне забезпечення лікарні сестринського догляду, включаючи забезпечення медикаментами, устаткуванням та обладнанням, м'яким інвентарем, санітарним транспортом, та харчування хворих здійснюється згідно з табелем оснащення, кошторисом витрат лікарні.

5.6. Заклади охорони здоров'я з надання невідкладної медичної допомоги

Систему органів, що надають невідкладну медичну допомогу, утворює густа мережа об'єктів охорони здоров'я різного спрямування, видів і потужності.

На районному та міському рівні функції невідкладної медичної допомоги виконують районні та міські лікарні (або інші заклади охорони здоров'я), які визначені центральними для району, міста.

На догоспітальному етапі цей вид медичної допомоги здійснюють станції (відділення) швидкої медичної допомоги, пункти невідкладної медичної допомоги.

Обов'язок надання невідкладної медичної допомоги лежить на всіх відділеннях лікувально-профілактичного закладу.

5.6.1. Лікарня швидкої медичної допомоги

Лікарня швидкої медичної допомоги являє собою лікувально-профілактичний заклад, призначений для цілодобового надання стаціонарної екстреної допомоги населенню при гострих захворюваннях, травмах, нещасних випадках, отруєннях у повсякденних умовах і надзвичайних ситуаціях.

Лікарня швидкої медичної допомоги 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 міських рад народних депутатів, розпорядженнями міської державної адміністрації;
- наказами Міністерства охорони здоров'я України;
- наказами та розпорядженнями управлінь охорони здоров'я при державних адміністраціях;
- Статутом (Положенням) про лікарню швидкої медичної допомоги;
- іншими нормативними актами.

Лікарня швидкої медичної допомоги створюється і функціонує з метою інтеграції та ефективного використання ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів у наданні медичної допомоги населенню. Основним завданням Лікарні швидкої медичної допомоги є забезпечення потреб населення у кваліфікованій і доступній медичній допомозі.

Лікарня швидкої медичної допомоги має самостійний баланс, свій розрахунковий рахунок та інші рахунки в банках, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік, веде статистичну звітність у встановленому законодавством порядком.

Лікарня швидкої медичної допомоги є юридичною особою, має право оперативного управління щодо закріпленого за нею майна, має штамп встановленого зразка, печатку з власним найменуванням, зразок якої затверджується управлінням охорони здоров'я при міській (обласній) державній адміністрації (Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва).

Основні завдання Лікарні швидкої медичної допомоги:

- цілодобова стаціонарна екстрена медична допомога хворим і потерпілим при патологічних станах із загрозою життя, раптовим погіршенням здоров'я та при надзвичайних ситуаціях;
- лікувально-діагностична допомога зазначеним контингентам до кінцевого результату;
- взаємодія з медичними, немедичними закладами та установами при вирішенні питань організації та надання екстреної допомоги;
- участь у розробці прогнозів потреби в екстреній та невідкладній медичній допомозі;
- участь у розробці пропозицій щодо удосконалення організаційних форм і методів діагностики, лікування, профілактики та зниження впливу негативних факторів, що зумовлюють виникнення раптових захворювань, нещасних випадків тощо;
- організація та здійснення заходів щодо підготовки лікарні до роботи в надзвичайних ситуаціях;
- створення постійного запасу для забезпечення сталої роботи лікарні в умовах надзвичайних ситуацій;
- інформування місцевих органів влади та управління охорони здоров'я у випадках масових уражень людей і виявленні хворих з підозрою на особливо небезпечні інфекції.

Предметом діяльності Лікарні швидкої медичної допомоги є:

- надання невідкладної медичної допомоги хворим при гострих та раптових захворюваннях, травмах, отруєннях та інших нещасних випадках;
- кваліфіковане і в повному обсязі обстеження хворих, які звернулися до поліклініки;
- своєчасне і кваліфіковане надання медичної допомоги населенню на амбулаторному прийомі в поліклініці та вдома хворим, які за станом здоров'я і характером захворювання не можуть відвідувати поліклініку, потребують постільного режиму і систематичного догляду;
- консервативне та оперативне лікування хворих;
- відновлення репродуктивного здоров'я;

- розробка, впровадження та здійснення прогресивних методів лікування;
- надання консультативно-діагностичних послуг;
- надання медичних сервісних послуг;
- своєчасна госпіталізація і стаціонарне лікування хворих;
- приготування і реалізація фармацевтичних препаратів та форм;
- здійснення медичної, консультативної, лікувальної та профілактичної діяльності, в тому числі надання платних медичних послуг відповідно до чинного законодавства;
- підготовка та підвищення кваліфікації медичних кадрів;
- експертиза тимчасової непрацездатності хворих, видача та продовження листків непрацездатності;
- надання трудових рекомендацій хворим, які потребують переведення на інші ділянки роботи;
- направлення хворих на МСЕК;
- здійснення господарської діяльності, види та напрями якої погоджуються з управлінням охорони здоров'я при державних адміністраціях;
- здійснення зовнішньоекономічної діяльності відповідно до чинного законодавства;
- інша не заборонена законодавством діяльність.

Виробнича діяльність Лікарні швидкої медичної допомоги і оплата праці працівників здійснюється за рахунок бюджетних коштів, коштів, отриманих від надання платних послуг населенню, коштів, отриманих від господарської та іншої діяльності, не забороненої чинним законодавством.

Лікарня швидкої медичної допомоги здійснює в повному обсязі свої права і обов'язки, передбачені законодавством України, у сферах планування, матеріально-технічного постачання, організації праці та заробітної плати, фінансів, ціноутворення, зовнішньоекономічної діяльності, природокористування та охорони навколишнього середовища.

Управління Лікарнею швидкої медичної допомоги здійснює головний лікар на основі єдиначальності, який несе персональну відповідальність за діяльність лікувально-профілактичного закладу.

Матеріально-технічну базу і кошти Лікарні швидкої медичної допомоги становлять основні фонди та оборотні кошти, а

також інші матеріальні цінності та фінансові ресурси, вартість яких відображена на її самостійному балансі. Майно Лікарні швидкої медичної допомоги належить до комунальної власності міста і закріплюється за нею на праві оперативного управління. Витрати з утримання лікувально-профілактичного закладу фінансуються за рахунок бюджетних коштів та інших джерел, не заборонених чинним законодавством.

Лікарня швидкої медичної допомоги здійснює облік результатів діяльності, контроль за обсягами наданої медичної допомоги, веде оперативний, бухгалтерський, медичний і статистичний облік.

Структурні підрозділи Лікарні швидкої медичної допомоги:

- приймальне відділення з довідково-інформаційною службою;
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- спеціалізовані клінічні відділення, профіль і потужність яких визначаються потребою та місцевими умовами;
- діагностичні відділення та кабінети;
- травмпункт;
- операційний блок;
- токсикологічне відділення;
- аптека;
- патолого-анатомічне відділення;
- адміністративно-господарська частина;
- обчислювальний центр;
- організаційно-методичний відділ (з відділом медичної статистики);
- планово-економічний відділ;
- бухгалтерія;
- інші відділи, відділення та служби відповідно до місцевих потреб.

Організаційна структура управління Лікарні швидкої медичної допомоги визначається головним лікарем згідно з потребою, обсягами фінансування та нормативами використання доходів від госпрозрахункової діяльності.

Лікарні швидкої медичної допомоги можуть бути клінічними базами для підготовки та удосконалення працівників з питань організації та надання екстреної медичної допомоги, базами проведення науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт.

5.6.2. Територіальний центр екстреної медичної допомоги

Територіальний центр екстреної медичної допомоги є лікувально-профілактичним закладом, що входить до складу медичних сил і засобів Державної служби медицини катастроф і створюється відповідно Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями.

Територіальний центр екстреної медичної допомоги у своїй діяльності керується:

- Конституцією України;
- законами України;
- законодавчими актами Президента і Кабінету Міністрів України, актами відповідно Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій;
- наказами МОЗ України;
- Статутом.

Режим функціонування Територіального центру екстреної медичної допомоги встановлюється місцевими органами виконавчої влади відповідно до масштабів і особливостей надзвичайної ситуації, що прогнозується або виникла.

Територіальний центр екстреної медичної допомоги має статус юридичної особи, відокремлене майно, реєстраційні рахунки в установах держказначейства, печатку із зображенням Державного герба України та своїм найменуванням, веде самостійний баланс.

Центр підпорядковуються відповідно Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласним, Київській та Севастопольській міським держадміністраціям через їх органи, уповноважені з питань охорони здоров'я, а у функціональному плані — Українському науково-практичному центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Основні завдання Територіального центру екстреної медичної допомоги:

1. Термінове реагування на надзвичайні ситуації у межах адміністративної території.
2. Організація надання екстреної медичної допомоги постраждалим від надзвичайних ситуацій рятувальникам та

особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

3. Запобігання виникненню та мінімізація медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій у межах адміністративної території.
4. Участь в організації захисту навколишнього природного середовища та ліквідації медико-санітарних наслідків екологічних надзвичайних ситуацій у межах адміністративної території.
5. Організація виїзної екстреної та планової консультативної медичної допомоги в межах адміністративної території.

Територіальний центр екстреної медичної допомоги *має право:*

1. Самостійно планувати і реалізовувати свою діяльність у межах повноважень, наданих Статутом закладу, та виділених асигнувань.
2. Запитувати та отримувати необхідну інформацію у лікувально-профілактичних закладів, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в межах адміністративної території для виконання покладених функцій.
3. Залучати для ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій на території обслуговування фахівців формувань ДСМК адміністративної території згідно з планами медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території в надзвичайній ситуації.
4. Здійснювати контроль щодо готовності лікувально-профілактичних закладів і установ ДСМК адміністративної території до роботи в умовах надзвичайної ситуації.
5. Взаємодіяти з лікувально-профілактичними закладами і підприємствами неметричного профілю з питань організації та надання екстреної медичної допомоги.
6. Розробляти пропозиції щодо планування та управління резервним ліжковим фондом на базі лікувально-профілактичних закладів адміністративної території.
7. Розробляти і видавати для лікувально-профілактичних закладів адміністративної території рекомендації, інформаційні листи, інші методичні документи з питань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

8. Організовувати підготовку з питань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф медичних і немедичних працівників адміністративної території за програмами, затвердженим МОЗ України.

Працівники Територіального центру екстреної медичної допомоги мають право безперешкодного доступу на об'єкти і території з метою виконання функцій, пов'язаних з ліквідацією медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

Територіальний центр екстреної медичної допомоги відповідно до поставлених на нього завдань організовує та здійснює такі **види діяльності**:

1. Направлення в район надзвичайної ситуації оперативних груп, окремих представників, формування ДСМК з метою проведення медичної розвідки, аналізу та оцінки медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації.
2. Організація надання екстреної медичної допомоги постраждалим у надзвичайній ситуації, рятувальникам та особам, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайної ситуації.
3. Розрахунок потреб у медичних силах і технічних засобах ДСМК для надання екстреної медичної допомоги згідно з планом медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території при надзвичайних ситуаціях.
4. Розрахунок додаткових потреб у залученні сил і засобів ДСМК центрального рівня у разі неможливості ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайної ситуації силами і засобами ДСМК адміністративної території.
5. Організація обліку санітарних втрат і здійснення заходів щодо зменшення негативного впливу несприятливих чинників на здоров'я і життя людей в зоні надзвичайної ситуації.
6. Підготовка і надання оперативної інформації про хід ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій відповідним органам виконавчої влади, Українському науково-практичному центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.
7. Визначення сил і засобів ДСМК адміністративної території для участі в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій в

інших регіонах України та/або за її межами на підставі рішень відповідно Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій.

8. Організація взаємодії з органами місцевого самоврядування, керівництвом закладів, установ та організацій всіх відомств, які беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, взаємодія з іншими державними та недержавними структурами, які беруть участь в їх ліквідації.
9. Участь в організації здійснення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у районах надзвичайних ситуацій.
10. Збирання, аналіз та передача інформації про медичні наслідки надзвичайних ситуацій у межах Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій.
11. Забезпечення виконання функцій вузла інформаційно-аналітичної обробки інформації територіального органу управління охорони здоров'я функціональної підсистеми МОЗ України Урядової інформаційно-аналітичної системи з питань надзвичайних ситуацій.
12. Прогнозування медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій на адміністративній території та розробка відповідної пропозиції територіальному органу управління охорони здоров'я щодо конкретних заходів з метою зниження негативного впливу медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій на життя і здоров'я населення.
13. Розробка плану медико-санітарного забезпечення населення адміністративної території при надзвичайних ситуаціях та внесення пропозицій щодо його коригування.
14. Створення банку даних, обробка та аналіз матеріалів щодо організації надання екстреної медичної допомоги населенню адміністративної території в повсякденних умовах та під час ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру.
15. Участь у створенні та раціональному використанні регіонального резерву медичних засобів та обладнання, ма-

теріально-технічних ресурсів ДСМК адміністративної території для ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій.

16. Розробка пропозицій щодо удосконалення організаційної структури та функціонування ДСМК адміністративної території.
17. Організація навчання та практичної підготовки з питань екстреної медичної допомоги медичних і немедичних працівників, на яких відповідно до законодавства покладено обов'язки щодо володіння навичками надання медичної допомоги потерпілим у випадках надзвичайних ситуацій.
18. Утворення власних формувань ДСМК.
19. Організація на базі закладу освіти (післядипломної освіти) післядипломної підготовки і підвищення кваліфікації медичних працівників ДСМК адміністративної території.
20. Координація роботи, спрямованої на забезпечення готовності органів охорони здоров'я, лікувально-профілактичних закладів, системи зв'язку та оповіщення, медичних і спеціалізованих формувань та закладів ДСМК адміністративної території до дій в умовах надзвичайних ситуацій.
21. Контролювання створення і стану готовності формувань ДСМК у лікувально-профілактичних закладах та інших об'єктах регіону.
22. Виконання функцій базового закладу для роботи територіальної координаційної комісії ДСМК.
23. Організація виїзної екстреної та планової консультативної медичної допомоги в межах адміністративної території.
24. Організація статистичного обліку та звітності з питань ДСМК, виїзної екстреної та планової консультативної медичної допомоги в межах адміністративної території.
25. Вивчення і поширення передового досвіду лікувально-профілактичних закладів адміністративної території щодо організації та надання екстреної медичної допомоги.
26. Організація і проведення семінарів, нарад, конференцій з питань екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.
27. Проведення підготовки та атестації медичних працівників закладів і формувань ДСМК адміністративної території як рятувальників.

28. Організація атестування медичних формувань ДСМК, внесення їх до спеціального реєстру аварійно-рятувальних служб.

Територіальний центр екстреної медичної допомоги має такі основні структурні підрозділи:

- апарат управління та адміністративно-господарську службу;
- аналітично-організаційний підрозділ;
- відділ екстреної медичної допомоги;
- ДСМК і службу забезпечення їх постійної готовності: інформаційно-диспетчерську службу; спеціалізовані медичні центри травми та токсикології, склади нормативно визначених запасів медикаментів, медичної апаратури, інструментів, майна; автотранспортну службу тощо;
- лікувально-профілактичні заклади, мобільні госпіталі, мобільні загони; навчально-методичні заклади, спеціалізовані центри, курси тощо (за рішенням Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій).

Організаційна структура Центру визначається власником.

Майно та фінансування. Майно Територіального центру екстреної медичної допомоги становлять основні фонди, оборотні кошти, цінності, вартість яких відображається в самостійному балансі Центру.

Майно Центру є комунальною власністю адміністративної території і закріплюється за ним на праві оперативного управління.

Джерелами формування майна Центру та його фінансування є бюджетні асигнування з місцевого бюджету адміністративної території; майно, передане власником; кошти державного та місцевого бюджетів на виконання цільових програм; добровільні пожертвування організацій та громадян; інші джерела, не заборонені законодавством.

Управління Центром. Управління Територіальним центром екстреної медичної допомоги здійснює директор (головний лікар), який призначається на посаду та звільняється з посади відповідно Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями за погодженням з МОЗ України.

Директор (головний лікар) Територіального центру екстреної медичної допомоги:

- несе персональну відповідальність за виконання покладених на Центр завдань і функцій;
- укладає і розриває трудові договори з працівниками формувань ДСМК, що входять до штату Центру;
- складає штатний розпис та кошториси витрат і видатків Центру відповідно до виділених бюджетних асигнувань і ліміту штатної кількості і подає на затвердження розпоряднику коштів вищого рівня;
- розподіляє функціональні обов'язки між своїми заступниками та керівниками підрозділів;
- розпоряджається коштами і майном Центру;
- представляє Центр в органах виконавчої влади, діє від імені Центру у відносинах з підприємствами, установами та організаціями;
- у межах своєї компетенції видає накази, дає вказівки, обов'язкові для підпорядкованих підрозділів та працівників, організовує і контролює їх виконання.

5.7. Санаторно-курортні заклади

Санаторно-курортний заклад — це заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів курортів (лікувальних грязей та озокериту, мінеральних і термальних вод, ропи лиманів та озер, природних комплексів із сприятливими для лікування умовами тощо) та із застосуванням фізіотерапевтичних методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів санаторно-курортного лікування.

Санаторно-курортний заклад регламентує свою діяльність:

- Законом України “Про курорти”;
- Постановою Кабінету Міністрів України “Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад” від 11 липня 2001 р. № 805;
- Статутом (положенням), що затверджується власником (власниками) або уповноваженим ним (ними) органом.

Перелік видів санаторно-курортних закладів затверджується МОЗ. Напрями спеціалізації санаторно-курортних закладів визначаються МОЗ з урахуванням лікувальних властивостей природних лікувальних ресурсів курортів.

Санаторно-курортний заклад функціонує цілорічно або сезонно, може бути однопрофільним (для хворих з однорідними захворюваннями) і багатопрофільним (з двома або більше спеціалізованими відділеннями).

Санаторно-курортний заклад є юридичною особою з моменту його державної реєстрації, має самостійний баланс, рахунки в установах банків (реєстраційні рахунки в органах Державного казначейства), круглу печатку із своєю назвою, бланки з емблемою, інші реквізити.

Мета діяльності санаторно-курортного закладу — забезпечення санаторно-курортного лікування відповідно до сучасних вимог медичної науки, методик комплексної терапії відновного лікування та ефективного використання наявної матеріальної бази закладу.

Основні завдання санаторно-курортного закладу:

- проведення комплексного і повноцінного лікування;
- проведення медичної реабілітації та профілактики захворювань з максимальним використанням природних лікувальних ресурсів, традиційних і нетрадиційних методів відновного лікування з метою закріплення результатів, досягнутих на госпітальному етапі, ліквідації залишкових явищ оперативних втручань, травм, скорочення періоду відновлення порушених функцій і запобігання переходу патологічного процесу у хронічний тощо;
- розробка і впровадження в установленому порядку нових ефективних методик діагностики та лікування;
- активна співпраця з профільними науково-дослідними інститутами, виконання науково-практичної роботи з питань розроблення та впровадження нових ефективних методів лікування;
- проведення санітарно-просвітницької роботи серед пацієнтів та обслуговуючого персоналу;
- забезпечення підвищення кваліфікації медичного та обслуговуючого персоналу;

- зміцнення матеріально-технічної бази санаторно-курортного закладу;
- надання платних медичних послуг у порядку, встановленому законодавством;
- здійснення у межах своєї компетенції заходів щодо розвідки, обліку, раціонального використання та охорони родовищ мінеральних і термальних вод, лікувальних грязей, озокериту, ропи лиманів та озер, лікувальних ресурсів на прилеглий території курорту відповідно до вимог законодавства;
- участь у виконанні заходів і робіт для визначення та узгодження меж округу і зон санітарної охорони родовищ природних лікувальних ресурсів у встановленому порядку;
- розробка заходів щодо поліпшення благоустрою та санітарного стану курортів (разом з установами державної санітарно-епідемічної служби).

Для лікування хворих вузького профілю створюються спеціалізовані санаторно-курортні заклади (санаторії):

1. Санаторії для лікування захворювань органів кровообігу, травлення, обміну речовин, хвороб нервової системи, опорно-рухового апарату, органів дихання нетуберкульозного характеру, жіночої статевої сфери, шкіри, нирок, сечовивідних шляхів тощо.
2. Санаторії для лікування судин кінцівок, а також з деякими професійними захворюваннями (силікоз, вібраційна хвороба) тощо.
3. Санаторії для хворих на туберкульоз усіх вікових груп, спеціалізація яких залежить від форми, стадії та локалізації туберкульозного процесу.

Оснащення санаторію лікувально-діагностичною апаратурою та комплектування медичними кадрами здійснюється відповідно до медичного профілю санаторно-курортного закладу.

У санаторно-курортних закладах можуть утворюватися реабілітаційні відділення для хворих різного профілю. Реабілітаційні відділення мають також певну спеціалізацію: для лікування хворих, які перенесли інфаркт міокарда, хворіють на нестабільну стенокардію, хронічні захворювання органів дихання, глаукому на фоні цукрового діабету, для лікування осіб, які

перенесли вірусні гепатити, мозкові інсульти, оперативні втручання на органах травлення, магістральних судинах серця, з наслідками опіків, патологією вагітності тощо.

Майно санаторно-курортного закладу становлять основні фонди, обігові, оборотні і грошові кошти, а також інші матеріальні цінності, вартість яких відображається на самостійному балансі.

Джерелами формування майна санаторно-курортного закладу є майно, в тому числі:

- грошові внески власника (власників) або уповноваженого ним (ними) органу до статутного фонду;
- кошти, одержані від реалізації путівок на санаторно-курортне лікування та надання інших платних послуг;
- кошти відповідних бюджетів;
- благодійні внески;
- інші джерела, не заборонені законодавством.

Управління санаторно-курортним закладом. Керівником санаторно-курортного закладу може бути особа, яка відповідає встановленим МОЗ кваліфікаційним вимогам.

Керівник санаторно-курортного закладу має такі повноваження:

- здійснення керівництва організацією роботи санаторно-курортного закладу;
- забезпечення раціонального добору кадрів;
- створення необхідних умов для підвищення фахового і кваліфікаційного рівня працівників;
- організація і забезпечення умов для повноцінного лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань;
- відкриття в установах банків поточних та інших рахунків;
- забезпечення дотримання санітарно-гігієнічних та протипожежних норм, техніки безпеки, законодавства про працю;
- видання в межах своєї компетенції наказів і розпоряджень та здійснення контролю щодо їх виконання;
- здійснення контролю організації лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань;
- здійснення інших визначених статутом (положенням) санаторно-курортного закладу повноважень.

Повноваження трудового колективу санаторно-курортного закладу реалізуються загальними зборами (конференцією). Порядок скликання, повноваження, кількість, склад загальних зборів (конференції) встановлюються статутом (положенням) санаторно-курортного закладу.

Структура і штат санаторно-курортного закладу формуються відповідно до профілю діяльності, покладених на нього завдань, кваліфікаційних вимог до персоналу та вимог законодавства.

Санаторно-курортний заклад може здійснювати зовнішньо-економічну діяльність відповідно до чинного законодавства.

Санаторно-курортний заклад веде оперативний і бухгалтерський облік результатів своєї роботи, статистичну звітність. Порядок організації та ведення бухгалтерського обліку і подання фінансової та статистичної звітності визначаються законодавством.

5.8. Санітарно-профілактичні заклади

Санітарно-епідеміологічна служба України у своїй діяльності керується Законом України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” від 24 лютого 1994 р. Відповідно до ст. 31 цього Закону до системи державної санітарно-епідеміологічної служби України належать:

- центральний орган виконавчої влади в галузі охорони здоров'я;
- установи й заклади державної санітарно-епідеміологічної служби центрального органу в галузі охорони здоров'я;
- відповідні установи, заклади, частини й підрозділи центральних органів виконавчої влади в галузі оборони, в галузі внутрішніх справ, у справах охорони державного кордону, з питань виконання покарань, Державного лікувально-оздоровчого управління, Служби безпеки України;
- різноманітні державні наукові установи санітарно-епідеміологічного профілю.

Міська санітарно-епідеміологічна станція у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами

МОЗ України, наказами та постановами головного державного санітарного лікаря України, статутом.

Міська санітарно-епідеміологічна станція є юридичною особою, має закріплене за нею майно, може від свого імені укладати угоди, набувати майнові права, виконувати обов'язки, бути позивачем і відповідачем у судах.

Міська санітарно-епідеміологічна станція має самостійний баланс, рахунки в органах Державного казначейства, печатку із зображенням Державного герба України та своїм найменуванням. Вона є неприбутковим закладом, який має право здавати в оренду рухоме і нерухоме майно у порядку та згідно з чинним законодавством України.

Метою діяльності Міської санітарно-епідеміологічної станції є нагляд:

- за забезпеченням санітарного та епідемічного благополуччя на підконтрольних об'єктах і територіях;
- за профілактикою інфекційних і професійних хвороб та отруень, радіаційних уражень людей;
- за запобіганням шкідливому впливу на стан здоров'я населення.

Основні напрями діяльності Міської санітарно-епідеміологічної станції:

- здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду;
- визначення пріоритетних заходів у профілактиці захворювань, а також в охороні здоров'я населення від шкідливого впливу на нього факторів навколишнього середовища;
- вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності людини, встановлення факторів навколишнього середовища, які шкідливо впливають на здоров'я населення;
- підготовка пропозицій щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, запобігання занесенню та поширенню особливо небезпечних (у тому числі карантинних) і небезпечних інфекційних хвороб;
- контроль за усуненням причин і умов виникнення і поширення інфекцій, масових неінфекційних захворювань, отруень та радіаційних уражень людей;

- державний облік інфекційних і професійних захворювань та отруень;
- подання висновків державної санітарно-епідеміологічної експертизи.

Основні завдання Міської санітарно-епідеміологічної станції:

1. Нагляд за організацією та проведенням органами виконавчої влади, місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями та громадянами санітарних і протиепідемічних заходів на підконтрольних Міській санітарно-епідеміологічній станції об'єктах і територіях.
2. Нагляд за реалізацією державної політики з питань профілактики захворювань населення, участь у розробці та контроль за виконанням програм, що стосуються запобігання шкідливому впливу факторів навколишнього середовища на здоров'я населення.
3. Проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи, гігієнічної регламентації небезпечних факторів і видача дозволів на їх використання.
4. Здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду на підконтрольних об'єктах і територіях.
5. Контроль за дотриманням вимог санітарного законодавства, здійсненням санітарних і протиепідемічних (профілактичних) заходів, а також виконанням приписів, постанов і вимог, викладених у висновках державної санітарно-епідеміологічної експертизи.
6. Санітарно-карантинний контроль у пунктах пропуску через державний кордон.
7. Контроль за санітарною та епідеміологічною ситуацією на об'єктах нагляду.
8. Проведення санітарних та епідеміологічних розслідувань, спрямованих на встановлення причин та умов виникнення і поширення інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруень) та радіаційних уражень людей.
9. У межах своєї компетенції проведення роботи щодо гігієнічного виховання населення.
10. Вжиття заходів для припинення порушень санітарного законодавства та притягнення до відповідальності осіб, винних у вчиненні таких правопорушень.

11. Здійснення на об'єктах території міста робіт з дератизації, дезінсекції та дезінфекції.

Міська санітарно-епідеміологічна станція має право здійснювати іншу не заборонену чинним законодавством України діяльність.

Функції Міської санітарно-епідеміологічної станції. Відповідно до мети, напрямів діяльності та покладених завдань Міська санітарно-епідеміологічна станція виконує такі функції:

1. Здійснює і надає навчальну, методичну, координаційну, консультативну допомогу в межах своєї компетенції іншим санепідкладам та установам на підконтрольних об'єктах на території міста.
2. Здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд за дотриманням вимог санітарного законодавства органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, підприємствами, установами, організаціями (незалежно від форм власності та господарювання) та громадянами на підконтрольних об'єктах і територіях.
3. Здійснює державну санітарно-епідеміологічну експертизу, обстеження, розслідування, лабораторні та інструментальні дослідження і випробування, а також санітарну, гігієнічну, токсикологічну, епідеміологічну та інших видів оцінку середовища життєдіяльності людини, об'єктів господарської та інших видів діяльності, продукції, робіт, послуг, проектної документації і подає висновок щодо їх відповідності (невідповідності) вимогам санітарних норм.
4. Надає навчальну, методичну, координаційну, консультативну допомогу в межах своєї компетенції іншим санепідкладам міста.
5. Проводить лабораторні дослідження і випробування з метою визначення впливу на стан здоров'я і життя людини повітря, води, ґрунту та продукції, що виробляється або реалізується.
6. Вивчає, оцінює і прогнозує показники здоров'я населення залежно від стану середовища його життєдіяльності, визначає фактори довкілля, що шкідливо впливають на стан здоров'я людини.
7. Аналізує санітарну та епідемічну ситуацію на підконтрольних об'єктах і територіях.

8. Вносить в установленому порядку до органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування пропозиції щодо здійснення заходів з метою забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, необхідності запровадження карантину.
9. Забезпечує охорону території України в межах території міста від занесення та поширення особливо небезпечних (у тому числі карантинних) і небезпечних інфекційних хвороб, здійснює санітарно-епідеміологічний контроль і нагляд у пунктах пропуску через державний кордон.
10. Видає обов'язкові для виконання приписи і постанови щодо усунення або обмеження шкідливого впливу на стан здоров'я і життя людини факторів середовища життєдіяльності, причин та умов виникнення і поширення інфекційних хвороб.
11. Виконує обумовлені чинним законодавством України в межах території міста дії щодо обмеження або заборони в'їзду на територію України її громадян, іноземців та осіб без громадянства, експорту, імпорту, транзиту вантажів і товарів з країн або регіонів у зв'язку з неблагополучною епідемічною ситуацією на їхніх територіях.
12. Аналізує причини та умови виникнення і поширення інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей.
13. Взаємодіє з державними органами і громадськими організаціями з питань охорони здоров'я людини.
14. Вживає заходів щодо розвитку міжнародного співробітництва з питань забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.
15. Виконує дезінфекційні, дезінсекційні, дератизаційні роботи на підконтрольних об'єктах і територіях.

Фінансування Міської санітарно-епідеміологічної станції здійснюється за рахунок коштів державного бюджету України, у тому числі спеціального фонду, інших джерел, передбачених чинним законодавством України, в тому числі благодійних (добровільних) внесків та пожертвувань від юридичних і фізичних осіб.

Кошти до спеціального фонду відраховують за виконання робіт і надання послуг у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, що не належать до медичної допомоги населенню, а саме:

- підготовка та видача дозволів, висновків, гігієнічних сертифікатів, передбачених чинним законодавством України;
- проведення лабораторних досліджень, вимірювань, випробувань факторів середовища життєдіяльності людини;
- вивчення, дослідження, аналіз проектів нормативних документів, проектної, технічної, інструктивно-методичної документації на відповідність вимогам чинного санітарного законодавства України;
- обґрунтування медичних вимог безпеки для життя і здоров'я людини, розробка гігієнічних нормативів і санітарних норм України;
- участь в акредитації установ, організацій і закладів на право випробувань продукції щодо її безпеки для життя і здоров'я людини;
- атестація робочих місць;
- гігієнічне навчання професійних груп працівників;
- консультації за зверненнями юридичних і фізичних осіб;
- роботи з профілактичної дезінфекції, дезінсекції, дератизації;
- інші види робіт і послуг за переліком, визначеним чинним законодавством України.

Оплата зазначених послуг здійснюється за тарифами і преїскурантами, затвердженими відповідно до чинного законодавства України.

Майно Міської санітарно-епідеміологічної станції закріплено за нею у порядку та відповідно до вимог чинного законодавства України і складається з основних фондів (включаючи будинки, споруди, транспортні засоби, обладнання та ін.) і грошових коштів, вартість яких відображається в її самостійному балансі.

Міська санітарно-епідеміологічна станція має право здавати майно, яке перебуває на її балансі, в оренду у порядку та відповідно до вимог чинного законодавства України.

Керівництво Міською санітарно-епідеміологічною станцією здійснюється головним лікарем Міської санітарно-епідеміо-

логічної станції. Головний лікар Міської санітарно-епідеміологічної станції є водночас головним державним санітарним лікарем міста.

Головний державний санітарний лікар міста та його заступники призначаються на посаду і звільняються з посади наказом головного державного санітарного лікаря України. Головний лікар Міської санітарно-епідеміологічної станції, головний державний санітарний лікар міста призначає та звільняє з посади головних лікарів підпорядкованих санепідзакладів міста за погодженням з головним державним санітарним лікарем України.

Питання для самоконтролю

1. Основні завдання обласної лікарні.
2. Побудуйте організаційну структуру управління обласної лікарні з урахуванням підпорядкування основних структурних підрозділів. Визначте тип організаційної структури, його переваги та недоліки.
3. Основні завдання міської лікарні.
4. Побудуйте організаційну структуру управління міської лікарні з урахуванням підпорядкування основних структурних підрозділів. Визначте тип організаційної структури, його переваги та недоліки.
5. Основні завдання центральної районної лікарні.
6. Побудуйте організаційну структуру управління центральної районної лікарні з урахуванням підпорядкування основних структурних підрозділів. Визначте тип організаційної структури, його переваги та недоліки.
7. Основні завдання онкологічного диспансеру.
8. Побудуйте організаційну структуру управління онкологічного диспансеру з урахуванням підпорядкування основних структурних підрозділів. Визначте тип організаційної структури, його переваги та недоліки.
9. Визначте основні завдання санаторію “Ворзель”, розташованого у м. Ворзель Київської області. Профіль — кардіологічний, гастроентерологічний, пульмонологічний.
10. Побудуйте організаційну структуру управління санаторію “Ворзель” з урахуванням підпорядкування основних

Навчально-методичні, наукові видання та підручники

1. *Акопян А. С., Шиленко Ю. В., Юрьева Т. В.* Индустрия здоровья: экономика и управление. — М.: Дрофа, 2003.
2. *Баєва О. В.* Основы менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посіб. — К.: МАУП, 2007.
3. *Богаченко П. В., Иванов В. В.* Медицинский менеджмент. — М.: ИНФРА-М, 2007.
4. *Габуева Л. А., Щепин О. П.* Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении. — М.: Междунар. центр финансово-экономического развития, 2006.
5. *Галкин В. В.* Медицинский бизнес. — М.: КноРус, 2007.
6. *Галкин Р. А., Тоон П., Иванова А. В., Мовшович Б. Л.* Организация общей врачебной практики. — Самара: Самарский дом печати, 1997.
7. *Гладун З. С.* Державне управління в галузі охорони здоров'я. — Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.
8. *Двойников С. И.* Менеджмент в сестринском деле. — М.: Феникс, 2007.
9. *Журавель В. И.* Основы менеджмента в системе здравоохранения. — К., 1994.
10. *Крыштопа Б. П., Андреева И. М.* Менеджер в здравоохранении. — К.: Добродий МК, 1995.
11. *Крячкова Л. В.* Стационарозамещающие формы медицинской помощи как пример замещения в организационных структурах здравоохранения // Главный врач. — 2002. — № 8. — С. 41–54.
12. *Лехан В. М.* Концепція розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні // Нова медицина. — 2004. — № 2(13). — С. 9–10.
13. *Лехан В. М.* Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги // Главный врач. — 2002. — № 1(9). — С. 33–41.
14. *Лехан В. М.* Структурна реорганізація стаціонарного сектору медичної допомоги // Главный врач. — 2002. — № 4(12). — С. 30–34.
15. *Лехан В. М., Губар І. О., Крячкова Л. В.* Концептуальні підходи до моделювання оптимальної структури медичної допомоги населенню // Формування регіональної політики

- в галузі охорони здоров'я: Матеріали наук. конф. / За ред. В. О. Колоденка. — Одеса: ОФ УАДУ, 2001. — Ч. 2. — С. 135–141.
16. *Лехан В. М., Дячук Д. Д.* Організаційна модель системи паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим // Охорона здоров'я України. — 2003. — Т. 10. — № 3. — С. 35–42.
 17. *Лехан В. М., Іпатов А. В., Борвінко Е. В., Крічкова Л. В., Заков О. Л.* Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря). — Д.: АРТ-ПРЕС, 2002.
 18. *Лехан В., Крюков С.* Хоспіс як засіб реалізації державної політики для безнадійно хворих // Зб. наук. праць Укр. Академії держ. управління при Президентові України. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — Вип. 2.
 19. *Лехан В. М., Латишев Є. Є.* Організація медичного обслуговування // Главный врач. — 2005. — № 9. — С. 22–29.
 20. *Менеджмент в охороні здоров'я: Структура та поведінка організацій охорони здоров'я / За ред. С. Шортела та А. Калюжного.* — К.: Основи, 1998.
 21. *Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб. / Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; Кер. авт. кол. Л. Жаліло.* — К.: Вид-во УАДУ, 2001.
 22. *Радиш Я. Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. — К.: Вид-во УАДУ, 2001.
 23. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка.* — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.
 24. *Сучасні підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації / Упоряд.: Н. В. Зимівець, В. В. Крушельницький, Т. І. Мірошниченко; За заг. ред. І. Д. Звереві.* — К.: Наук. світ, 2003.
 25. *Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я / За ред. О. В. Баєвої та І. М. Солоненка.* — К.: МАУП, 2007.
 26. *Янченко В. М., Касумова М. К., Мчедлидзе Т. Ш.* Управление медицинским бизнесом: Система управления стоматологической организацией. — СПб.: ООО “МЕДИ издательство”, 2005.

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ: ОБІГ ТА СУБ'ЄКТИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

- 6.1. Загальні поняття про лікарські засоби.
- 6.2. Загальні поняття про обіг лікарських засобів.
- 6.3. Суб'єкти системи забезпечення лікарськими засобами.
- 6.4. Підприємства — виробники лікарських засобів.
- 6.5. Фірми з оптової торгівлі лікарськими засобами.
- 6.6. Фірми з роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

6.1. Загальні поняття про лікарські засоби

Лікарськими засобами (лікарськими препаратами, ліками, медикаментами) називають речовини або їх суміші природного, синтетичного або біотехнологічного походження, які застосовуються для профілактики, діагностики та лікування захворювань у людей або для зміни стану і функцій організму.

До лікарських засобів належать:

- готові лікарські засоби;
- субстанції (діючі речовини) або їх суміші, у тому числі призначені для використання в складі напоїв;
- дезінфекційні або інсектицидні (засоби для боротьби зі збудниками хвороб або паразитами) засоби, які призначаються для безпосереднього контакту з людиною;
- імунобіологічні препарати;
- препарати для переливання крові, продукти крові;
- препарати, отримані з крові, її компонентів і плазми крові людини та тварин;
- радіофармацевтичні засоби;
- гомеопатичні засоби;

- лікарські чаї (лікарські збори) або суміш лікарських чаїв (лікарських зборів);
- лікарські добавки до харчових продуктів;
- лікарські косметичні засоби;
- засоби, які використовуються для виявлення збудників хвороб (діагностичні препарати);
- лікарська рослинна сировина.

Готові лікарські засоби — це засоби, які отримані шляхом технологічної обробки субстанцій і допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, пройшли стадії технологічного процесу та контролю якості у тому вигляді та стані, в якому їх застосовують, розміщені у відповідні упаковки з належним маркуванням, призначені для застосування людиною.

Препарати крові — лікарські засоби, виготовлені з крові людини, тварин або її компонентів.

Радіофармацевтичні засоби — лікарські засоби, які містять принаймні один спеціально введений радіонуклід у формі, призначений для застосування людиною.

Гомеопатичний засіб — лікарський засіб, що містить одну або більше субстанцій, розведених особливим чином, який при введенні в концентрованій формі викликає у здорової людини такі самі симптоми, у зв'язку з якими він застосовується.

Імунобіологічні препарати — препарати переважно біологічного походження, в тому числі препарати крові або плазми крові людини і тварин, які призначені для використання в медичній практиці з метою специфічної профілактики, лікування та діагностики інфекційних, паразитарних захворювань та алергійних станів.

Лікарські косметичні засоби — суміш речовин природного або синтетичного походження певної форми, у зареєстрованій лікарській формі у вигляді in bulk або розфасована для роздрібною торгівлі, що містять субстанцію чи їх суміш для лікування або профілактики шкіри, її додатків (волосся, вії, нігті тощо), слизової оболонки ротової та носової порожнин, зовнішніх статевих органів тощо.

Вирізняють лікарські засоби:

- патентовані;
- генерики;
- нові;

- оригінальні;
- фальсифіковані.

Патентований лікарський засіб — готовий лікарський засіб, який представлений під спеціальною назвою та в спеціальній упаковці і має патентний захист в Україні.

Лікарські засоби-генерики — лікарські засоби, здатні замінити патентований лікарський засіб після закінчення терміну дії патенту.

Нові лікарські засоби — лікарські засоби, які вперше реєструються в Україні і створені з використанням нових субстанцій (біологічних агентів) або є новою комбінацією відомих субстанцій (біологічних агентів).

Оригінальні лікарські засоби — лікарські засоби, які містять невідому раніше субстанцію або нову комбінацію відомих субстанцій і зареєстровані під власними назвами.

Фальсифіковані (підроблені) лікарські засоби — препарати, які навмисно неправильно промарковані щодо ідентичності та/або назви виробника.

До лікарських засобів не належать:

- біологічно активні добавки;
- харчові продукти;
- косметичні засоби;
- матеріали для лабораторної діагностики, які не контактують з органами людини, крім імунобіологічних препаратів;
- вироби медичного призначення, медична техніка і комплектуючі, дезінфікуючі та інсектицидні препарати, що не належать до лікарських засобів.

У маркуванні зазначеної продукції забороняється наводити терапевтичні показання.

Біологічно активні добавки — спеціальні харчові продукти, які містять у межах фізіологічних потреб з урахуванням відповідних норм та/або на рівні їх вмісту в раціоні за умови оптимального харчування природні, ідентичні за своїм природним складом, біологічно активні речовини, призначені для вживання разом з їжею або введення до складу харчових продуктів (раціону харчування) з метою:

- поповнення (відновлення їх можливого дефіциту);
- регуляції органів і систем у межах фізіологічних норм;
- зниження ризику захворюваності.

Косметичний засіб — суміш речовин природного або синтетичного походження певної форми, розфасована для роздрібно́ї торгівлі, яка призначена для:

- очищення шкіри, її придатків (вії, волосся, нігті тощо), зубів, слизової оболонки ротової та носової порожнин, зовнішніх статевих органів;
- захисту їх від несприятливої дії факторів навколишнього та виробничого середовища;
- підтримки функціонального стану шкіри та її придатків на рівні, адекватному фізіологічним коливанням для певної вікової категорії населення;
- для фарбування, підвищення привабливості та зміни зовнішнього вигляду людини без безпосередньої зміни структури та функції шкіри, слизової оболонки ротової та носової порожнин, зовнішніх статевих органів чи організму в цілому;
- забезпечення гігієнічних, захисних, декоративних та естетичних функцій.

Лікарські добавки до харчових продуктів — природні або синтетичні біологічно активні речовини, призначені для введення (чи введені) до складу харчового продукту в кількостях, більших за фізіологічні потреби, в лікувальних дозах з метою отримання профілактичного та/або лікувального ефекту порівняно з конкретною нозологічною формою захворювання.

6.2. Загальні поняття про обіг лікарських засобів

Одне з основних завдань держави в галузі охорони здоров'я — створити умови для виробництва та реалізації безпечних і якісних лікарських засобів.

У фармацевтичній галузі України активно впроваджується система забезпечення якості лікарських засобів. Вона охоплює всі етапи обігу ліків від їх створення до реалізації та застосування споживачем і включає фармацевтичну розробку лікарського засобу і впровадження в Україні певних правил належних виробничих практик. З цією метою при Міністерстві охорони здоров'я у 2007 р. створено Раду з розробки та впровадження на-

лежної виробничої практики (GMP), практики дистрибуції (GDP), лабораторної (GLP) та клінічної (GCP) практик.

- **Належна лабораторна практика (GLP)** — сукупність правил з планування, виконання, контролю, оцінки і документування лабораторних досліджень, які є частиною доклінічного вивчення і клінічних випробувань лікарських засобів, що забезпечує якість, точність і повноту отриманих даних.
- **Належна клінічна практика (GCP)** — сукупність правил з планування, виконання, оцінки і документування клінічних випробувань лікарських засобів, що забезпечують точність отриманих даних, а також захист прав осіб, які беруть участь у випробуваннях, і конфіденційність відомостей про цих осіб.
- **Належна виробнича практика (GMP)** — сукупність правил з організації виробництва і контролю якості, яка є елементом системи забезпечення якості.
- **Належна практика дистрибуції (GDP)** — сукупність правил і вимог до дистрибуції, що забезпечують управління та організацію оптової торгівлі лікарськими засобами на всіх її етапах та якість лікарських засобів.

Обіг лікарських засобів — діяльність, яка включає:

- розробку;
- дослідження;
- виробництво;
- виготовлення;
- зберігання;
- пакування;
- перевезення;
- державну реєстрацію;
- стандартизацію та контроль якості;
- продаж;
- маркування;
- рекламу;
- застосування лікарських засобів;
- знищення лікарських засобів, непридатних до застосування, або лікарських засобів з терміном придатності, що минув.

Неzareєстровані лікарські засоби можуть ввозитися 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;
- проведення наукових досліджень і контролю якості, ефективності, безпеки лікарських засобів, відпрацювання технології виробництва лікарських засобів;
- індивідуального використання громадянами.

Лікарський засіб може застосовуватися в Україні протягом п'яти років з дня його державної реєстрації. За бажанням заявника термін, протягом якого лікарський засіб дозволяється до застосування на території України, за рішенням реєструючого органу може бути скорочено.

6.3. Суб'єкти системи забезпечення лікарськими засобами

Система забезпечення лікарськими засобами — контрольована державою сукупність взаємообумовлених підприємств та закладів, які здійснюють виробництво, оптову та роздрібну реалізацію лікарських засобів і товарів медичного призначення (рис. 6.1).

Виробники лікарських засобів в Україні представлені 140 вітчизняними виробниками фармацевтичної продукції і понад 300 зарубіжними фірмами-імпортерами та представництвами.

Оптові посередники представлені аптечними складами та фірмами з оптової торгівлі лікарськими засобами. Серед них понад 1,2 тис. закладів з оптової торгівлі лікарськими засобами та 789 аптечних складів, зокрема державних і комунальних — 43.

Роздрібні посередники представлені аптеками та їх відокремленими структурними підрозділами. До останніх належать аптечні кіоски та аптечні пункти. На середину 2007 р. аптечна мережа України складалася з 5411 ліцензіатів, які у своєму складі мали 22571 аптечний заклад. З них аптек — 10601 (державних і

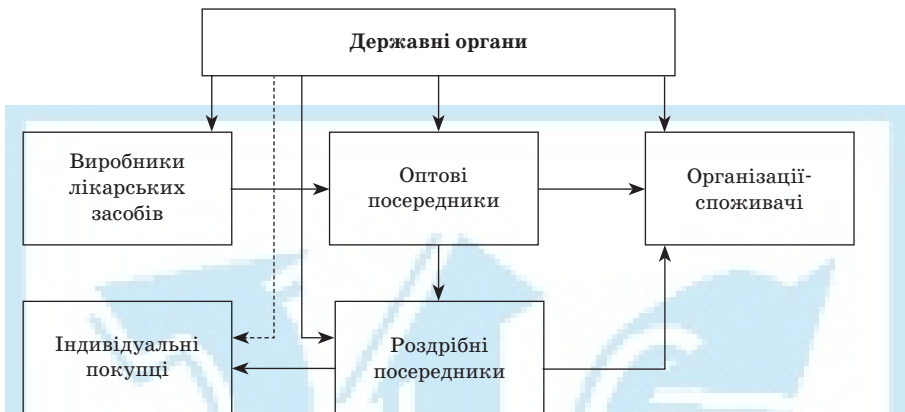


Рис. 6.1. Суб'єкти системи забезпечення лікарськими засобами

комунальних — 2642, сільських — 1837), аптечних кіосків — 5764 (державних і комунальних — 824, сільських 712), аптечних пунктів — 5417 (державних і комунальних — 1745, сільських — 796).

Організаціями-споживачами є лікувально-профілактичні заклади, медичні науково-дослідні інститути, санітарно-епідеміологічні станції тощо.

За інформаційно-аналітичними матеріалами МОЗ України, на 1 липня 2007 р. на провадження господарської діяльності медичної практики було 12,6 тис. діючих ліцензій. Серед них 7,0 тис. — фізичні особи, 5,6 тис. — юридичні особи. Загалом у системі охорони здоров'я акредитовано 2786 закладів.

Індивідуальні покупці представлені безпосередньо споживачами лікарських засобів і відвідувачами аптек, які купують лікарські засоби для членів своєї родини (дітей, членів родини з гострим перебігом хвороби).

6.4. Підприємства — виробники лікарських засобів

Виробництво лікарських засобів — діяльність, пов'язана із серійним випуском лікарських засобів, яка включає всі стадії технологічного процесу або одну з них, контроль якості в про-

цесі виробництва та контроль якості готової продукції, а також реалізацію продукції власного виробництва.

Виробництво лікарських засобів здійснюється фізичними або юридичними особами на основі ліцензії, що видається у встановленому законодавством порядку.

Підставою для видачі ліцензії на виробництво лікарських засобів є наявність:

- матеріально-технічної бази;
- відповідної кваліфікації персоналу;
- умов щодо контролю за якістю лікарських засобів, що вироблятимуться.

Загальні вимоги до матеріально-технічної бази для виробництва лікарських засобів, здійснення виробничого контролю їх якості, а також технологічних регламентів встановлюються Державним комітетом України з медичної та мікробіологічної промисловості.

Загальні вимоги до виробництва лікарських засобів:

1. Для виробництва лікарських засобів можуть використовуватися діючі, допоміжні речовини і пакувальні матеріали, дозволені до застосування Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.
2. 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.
3. У разі зміни діючої, допоміжної речовини виробник лікарського засобу зобов'язаний здійснити реєстрацію лікарського засобу.

У зв'язку з тим, що виробник несе відповідальність за якість, ефективність та безпеку виробленого ним лікарського засобу, він зобов'язаний:

- мати штат кваліфікованих працівників для виконання ліцензійних умов щодо виробництва та контролю якості лікарських засобів, які він виробляє;
- реалізовувати готові лікарські засоби тільки суб'єктам господарювання, які мають ліцензію на оптову, роздрібну торгівлю лікарськими засобами, або закладам охорони здоров'я;

- інформувати Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення про всі зміни, які він передбачає внести в документи, за умови яких була отримана ліцензія, в тому числі про заміну уповноваженої особи;
- забезпечувати безперешкодне здійснення перевірок спрможності виконання ліцензійних умов, планових, позапланових перевірок посадовими державними особами у своїх приміщеннях за наявності рішення про перевірку;
- сприяти уповноваженій особі у виконанні своїх обов'язків та надавати в її розпорядження всі необхідні для цього засоби;
- здійснювати свою діяльність з урахуванням вимог належної виробничої практики до:
 - управління якістю;
 - персоналу;
 - приміщень та обладнання;
 - документації, технологічного процесу;
 - контролю якості, робіт за контрактом;
 - реклаमाцій та відкликання продукції;
 - самоінспекції.

Загальні вимоги до сертифікації лікарських засобів. Сертифікація виробництва лікарських засобів на відповідність вимогам належної виробничої практики — процедура, за допомогою якої національний орган сертифікації підтверджує, що виробництво відповідає вимогам належної виробничої практики.

Система сертифікації лікарських засобів у ЄС передбачає:

- ліцензування (тобто реєстрацію) лікарських засобів;
- ліцензування виробництва й імпорту на підставі результатів інспектування щодо відповідності правилам GMP і реєстраційній документації;
- ліцензування дистрибуції на підставі результатів інспектування щодо відповідності правилам належної практики дистрибуції (GDP);
- незалежний контроль якості (незалежність контролю якості від виробництва, функціонування інституту уповноважених осіб, державний контроль якості на етапах реєстрації та реалізації);

- фармакологічний нагляд;
- сертифікацію субстанцій Європейською фармакопеею.

Таким чином, система сертифікації є комплексною, а реєстрація, ліцензування, інспектування, фармаконагляд та інші процедури є її складовими.

Загальні вимоги до маркування лікарських засобів. Фармацевтична фірма — виробник лікарських засобів має дотримуватися загальних вимог щодо маркування. Лікарські засоби повинні мати належне маркування, інструкцію із застосування та/чи листок-вкладиш. На вторинній упаковці лікарського засобу або на первинній упаковці, якщо вона є споживчою упаковкою лікарського засобу, українською мовою або українською та іншими мовами (за умови, що тексти маркування містять однукову інформацію) мають бути зазначені:

- назва країни;
- назва підприємства-виробника, його товарний знак та адреса; зареєстрований торговий знак (за наявності), назва лікарського засобу та міжнародна непатентована назва;
- реєстраційний номер, номер серії, способи застосування, доза діючої речовини або активність у кожній одиниці та їх кількість в упаковці, термін придатності, умови зберігання, запобіжні заходи, реєстраційний номер;
- номер серії;
- штриховий код.

Додатково можуть наводитися інші відомості.

Для імунобіологічних препаратів додатково зазначають номер контролю. Додатково наводять міжнародну назву латинською мовою для препаратів, що вводяться людині, та англійською мовою — для діагностичних імунобіологічних препаратів.

На первинній упаковці, якщо вона не є споживчою упаковкою лікарського засобу, українською мовою або українською та іншими мовами (за умови, що тексти маркування містять однукову інформацію) мають бути зазначені:

- назва лікарського засобу;
- номер серії;
- номер контролю (для імунобіологічних препаратів);
- доза діючої речовини або активність.

Всі лікарські засоби, отримані з крові та її компонентів, а також з органів, тканин людини, повинні мати напис: “Антигіла до вірусу імунодефіциту людини відсутні”.

Сироватки повинні мати напис: із крові, плазми крові, органів, з тканини якого вони отримані; вакцини — із зазначенням живильного середовища, яке використовується для розмноження вірусів і бактерій. Лікарські засоби, що зареєстровані як гомеопатичні, повинні мати напис “Гомеопатичні”. Лікарська рослинна сировина у споживчій упаковці, збори лікарської рослинної сировини, лікарські чаї повинні мати напис “Радіологічний контроль гарантований”. Лікарські засоби, призначені для клінічних досліджень, повинні мати напис “Для клінічних досліджень”.

Фармацевтична галузь входить у п’ятірку найбільш прибуткових галузей світової економіки. Динаміку обсягів продажу на світовому фармацевтичному ринку наведено на рис. 6.2.



Рис. 6.2. Динаміка обсягів продажу на світовому фармацевтичному ринку (за даними IMS Health)

У 2007 р. спостерігалось збільшення обсягів продажу лікарських засобів на основних світових фармацевтичних ринках. Розподіл обсягів продажу на фармацевтичних ринках за різними регіонами та країнами наведено в табл. 6.1.

У рейтингу корпорацій — виробників лікарських засобів за обсягами продажів перше місце займає компанія Pfizer, друге — GlaxoSmithKline. На третій, четвертій і п’ятій позиціях — Novartis, AstraZeneca і Sanofi-aventis відповідно.

Наприкінці минулого десятиліття провідні американські фармацевтичні концерни здавалися недосяжними, тоді як євро-

**Загальний обсяг продажу лікарських засобів на основних світових
фармацевтичних ринках у 2007 р.**

(за матеріалами www.imshealth.com)

Регион/країна	Обсяг фармринку, млрд. дол. США	Порівняно з минулим роком
Північна Америка:	221,0	5 %
США	205,7	4 %
Канада	15,3	6 %
Європа: топ-5	107,2	3 %
Німеччина	31,3	4 %
Франція	29,0	5 %
Великобританія	17,5	3 %
Італія	15,9	-3 %
Іспанія	13,4	8 %
Японія	58,0	4 %
Латинська Америка: топ-3	21,4	10 %
Бразилія	10,1	9 %
Мексика	8,6	7 %
Аргентина	2,6	18 %
Австралія/Нова Зеландія	7,0	8 %
Разом	414,6	4 %

пейська фарміндустрія переживала занепад. Проте нині картина змінилася: і за фінансовими показниками, і за асортиментом лікарських засобів спостерігається прогрес європейської фарміндустрії. За дев'ять місяців 2006 р. прибуток провідних європейських фармацевтичних концернів збільшився в середньому на 11 %, тоді як американських — лише на 3 %. Фармакологи вважають, що причиною стрімкого зростання є тенденції до об'єднання фармацевтичних бізнесів. Зокрема, купівля Schering концерном Bayer і придбання групою Merck 64,5 % акцій Serono.

За аналізами експертів, такі тенденції на світовому фармацевтичному ринку зберігатимуться й надалі: IMS прогнозує

зростання американського фармацевтичного ринку лише на 4–5 % при світовому зростанні 5–6 %.

Прогноз IMS Health зумовлений такими чинниками:

- перед американськими виробниками лікарських засобів гостро постає проблема закінчення патентних термінів. Так, у 2006–2010 рр. закінчиться термін патентного захисту препаратів на загальну суму 74 млрд дол., серед них найбільший купівельний попит мають Zosor (виробник Merck&Co) і Lipitor (Pfizer), які знижують рівень холестерину;
- інноваційні розробки європейських фармацевтичних виробників сконцентровані головним чином на виробництві препаратів проти раку, тобто на економічно стабільному сегменті;
- збільшення виробництва лікарських засобів європейськими фармацевтичними компаніями на перспективних сегментах фармацевтичного ринку (виробництво ліків проти діабету або препаратів для вакцинації тощо).

За основними показниками *фармацевтичний ринок України* поступаєтьс я провідним країнам світу, проте має позитивну динаміку.

Динаміка фармацевтичного ринку України у 2007 р. має такі тенденції:

- збільшення обсягів аптечного ринку та скорочення госпітального ринку лікарських засобів;
- збільшення споживання дорожчих і водночас безпечніших та ефективніших лікарських засобів.

За обсягами виробництва лікарських засобів перша двадцятка українських виробників виробляє понад 80 % фармацевтичної продукції України. Рейтинг фармацевтичних виробників за обсягом аптечних продажів демонструє відносну стабільність. На аптечному ринку України представлені як зарубіжні, так і вітчизняні виробники лікарських засобів. Рейтинг провідних фармацевтичних виробників за обсягом аптечних продажів в Україні наведено в табл. 6.2.

За обсягами аптечного продажу в десятку лідерів входять три українські фармвиробники: “Дарниця”, корпорація “Артеріум”, “Фармак”.

За госпітальними закупівлями (табл. 6.3) позиції українських фармацевтичних виробників кращі. У десятку лідерів вхо-

Рейтинг провідних фармацевтичних виробників за обсягом аптечних продажів в Україні за даними RMBC (I півріччя 2007 р.)

Місце в рейтингу		Виробник	Частка в загальному обсязі аптечних продажів, %	
I пів. 2007 р.	I пів. 2006 р.		I пів. 2007 р.	I пів. 2006 р.
1	1	Sanofi-Aventis	4,1	4,7
2	2	Berlin-Chemie AG/Menarini Group	4,1	3,9
3	4	Novartis (вкл. Sandoz-Lek)	3,6	3,4
4	3	Дарниця	3,0	3,5
5	7	Servier/Egis	2,9	2,8
6	9	GlaxoSmithKline	2,6	2,4
7	6	Фармак	2,6	2,9
8	5	Артеріум	2,6	3,1
9	8	KRKA D. D.	2,5	2,8
10	15	Bayer Healthcare (вкл. Schering AG)	2,1	1,8
Разом			30,1	31,3

дять п'ять українських фармацевтичних виробників, проте й вони зазнали негативної динаміки продажів.

З метою інтеграції зусиль фармацевтичних виробників створено Асоціацію фармацевтичних виробників України (АФВУ), що об'єднує провідні вітчизняні фармацевтичні підприємства:

- ЗАТ “Фармацевтична фірма “Дарниця”;
- ЗАТ “НВЦ “Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод”;
- Корпорацію “Артеріум”;
- ВАТ “Фармак”;
- ТОВ “ФармаСтарт”;
- ВАТ “ІнтерХім”.

Фармацевтичні виробники — члени АФВУ виробляють близько 80 % усіх вітчизняних ліків. Асортимент їх продукції має більш як 700 найменувань лікарських засобів. АФВУ фор-

**Рейтинг провідних фармацевтичних виробників за обсягом
госпітальних продажів в Україні за даними RMBC
(I півріччя 2007 р.)**

Місце в рейтингу		Виробник	Частка в загальному обсязі госпітальних продажів, %	
I пів. 2007 р.	I пів. 2006 р.		I пів. 2007 р.	I пів. 2006 р.
1	2	Артеріум	6,1	8,0
2	1	Дарниця	5,5	9,3
3	4	Sanofi-Aventis	4,8	4,4
4	8	Фармак	4,4	2,4
5	7	Юніфарма	3,1	2,8
6	14	Нусмед	2,8	2,0
7	3	Біофарма	2,7	4,4
8	6	Gedeon Richter Ltd.	2,7	2,8
9	10	Berlin-Chemie AG/Menarini Group	2,6	2,2
10	9	GlaxoSmithKline	2,4	3,8
Разом			37,1	42,1

мує цінову політику на вітчизняному фармацевтичному ринку. Лікарські засоби, які виробляють фармвиробники — члени Асоціації за якістю відповідають міжнародним стандартам.

Проте ціни на них утримуються цілком доступними для населення України і становлять у середньому близько 2 грн за одну упаковку, що дешевше від імпортних у 3–4 рази. Така цінова політика АФВУ сприяла тому, що населення України споживає майже 70 % вітчизняних препаратів.

Лікарські засоби, що розробляються і випускаються підприємствами — членами АФВУ, базуються на сучасних технологіях і досягненнях у галузі фармакології і медицини. Експорт виробленої продукції до країн СНД, Балтії, Східної Європи, Південно-Східної Азії, Африки підтверджує конкурентоспроможність національної продукції на світових ринках.

6.5. Фірми з оптової торгівлі лікарськими засобами

Оптова торгівля лікарськими засобами охоплює таку діяльність:

- придбання лікарських засобів у виробників лікарських засобів або інших суб'єктів господарювання;
- зберігання та продаж лікарських засобів з аптечних складів (баз) іншим суб'єктам оптової або роздрібною торгівлі лікарськими засобами, які отримали на це відповідні ліцензії;
- продаж лікарських засобів з аптечних складів (баз) безпосередньо лікувально-профілактичним закладам і виробникам лікарських засобів.

Діяльність з оптової торгівлі лікарськими засобами регулюється законами України “Про захист прав споживачів”, “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”, “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, “Про лікарські засоби”, постановою Кабінету Міністрів України “Правила торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах” від 17 листопада 2004 р. № 1570 та іншими нормативно-правовими актами.

Оптова торгівля лікарськими засобами здійснюється на підставі ліцензій, одержаних суб'єктами господарювання відповідно до законодавства.

Фірми, в основу діяльності яких покладено оптову торгівлю лікарськими засобами і товарами медичного призначення, класифікуються за організаційно-правовою формою, за спеціалізацією, за величиною, за територіальним принципом та ін. Класифікацію фірм з оптової реалізації лікарських засобів залежно від специфіки виробничого процесу наведено на рис. 6.3.

Фірми-дистриб'ютори здійснюють оптові закупівлі та збут лікарських засобів на міжнародних і вітчизняних регіональних ринках. Їх діяльність включає:

- встановлення тривалих контрактних відносин з фармацевтичними виробниками;
- представлення фармацевтичного виробника на ринку, забезпечення реклами лікарського засобу;
- здійснення реалізації лікарських засобів через оптову та роздрібну мережу.

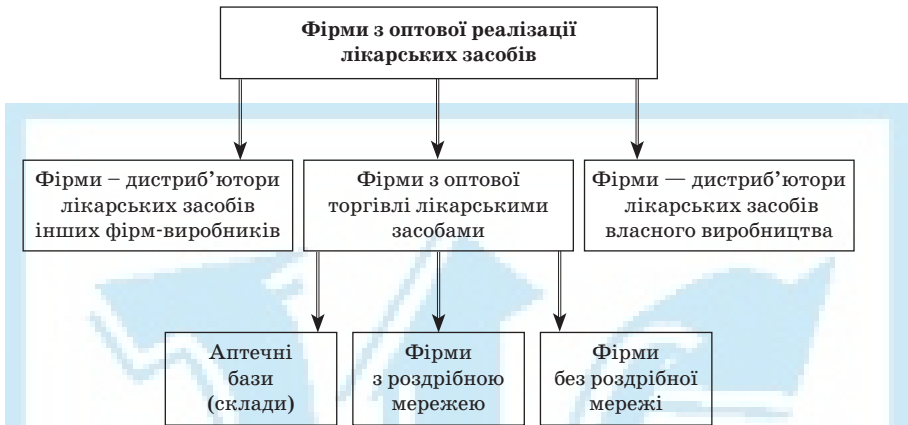


Рис. 6.3. Класифікація фірм з оптової торгівлі лікарськими засобами

На фармацевтичному ринку України діють фірми:

- дистриб'ютори лікарських засобів власного виробництва;
- дистриб'ютори лікарських засобів інших фармацевтичних виробників;
- дистриб'ютори лікарських засобів власного виробництва та інших фармацевтичних виробників.

Як правило, великі фармацевтичні компанії здійснюють свою діяльність за кількома напрямками. Наприклад, ВАТ “Фармак” вкладає кошти у створення та просування препаратів власного виробництва і демонструє значний щорічний приріст обсягів продажів стратегічних брендів (найважливішими серед яких є ендокринологія, кардіологія, засоби для лікування простудних захворювань, онкологія та офтальмологія). Компанія має власні представництва в багатьох країнах і дистриб'юторську мережу. Значний штат медичних представників регулярно проводить різні маркетингові акції. Тобто ВАТ “Фармак” виступає як дистриб'ютор лікарських засобів власного виробництва.

ТОВ “Юніфарма” займається виготовленням лікарських засобів і дистриб'юторською діяльністю. Компанія здійснює оптовий і роздрібний продаж готових лікарських засобів, медичних препаратів і виробів медичного призначення. Вона виступає дистриб'ютором лікарських засобів власного виробництва і є ге-

неральним дистриб'ютором ВАТ “Тернофарм”. Крім того, ТОВ “Юніфарма” має власну роздрібну аптечну мережу із зареєстрованою назвою “Країна здоров'я”.

У зв'язку зі вступом України до ВТО першочерговим завданням, що постало перед компаніями з оптової торгівлі лікарськими засобами, є організація роботи відповідно до вимог належної практики дистрибуції.

Належна практика дистрибуції (GDP), як вже зазначалося, являє собою сукупність правил і вимог до дистрибуції.

Першою вимогою є гарантія, що лікарські засоби, які закуповують і реалізують фірми-дистриб'ютори, зареєстровані згідно з чинним законодавством.

Важливо чітко дотримуватися умов зберігання лікарських засобів, включаючи етап транспортування. При зберіганні і транспортуванні має бути виключена контамінація лікарських засобів іншими лікарськими засобами і навпаки. Для складованих лікарських засобів необхідно забезпечити адекватний товарообіг, а також безпечні умови їх зберігання. Крім того, система якості повинна забезпечувати доставку потрібних товарів за відповідними адресами протягом певного часу.

Ще однією вимогою GDP є компетенція, відповідна кваліфікація та досвід керівного персоналу фірми з оптової торгівлі лікарськими засобами. Відповідно до закріплених за співробітниками обов'язків, вони мають пройти спеціальне навчання. Проходження такого навчання має бути відмічено у відповідному протоколі, що зберігається у фірмі.

У кожен структурний підрозділ дистриб'ютора, такий як регіональний склад, орган ліцензування призначає і затверджує представника дирекції. Згідно з вимогами GDP, він повинен мати відповідні повноваження і на нього покладається відповідальність із запровадження та підтримки на належному рівні системи якості.

У переважній більшості фірм-дистриб'юторів функції представника дирекції та уповноваженої особи виконує одна людина. У країнах ЄС така особа має відповідати певним вимогам. Наприклад, у Великобританії це має бути хімік, фармацевт або біолог з певним досвідом роботи на фармацевтичному підприємстві. Уповноважена особа:

- підзвітна директору підприємства або власнику ліцензії;
- має доступ до всіх приміщень і документації;

- зобов'язана регулярно інспектувати всі приміщення та виконувати процедури;
- реєструвати свої дії.

Будь-які роботи, діяльність можуть вплинути на якість лікарських засобів або якість діяльності, мають бути описані у стандартних робочих процедурах (стандартних робочих методиках) і затверджені особою, відповідальною за систему якості. До таких робіт належать:

- одержання і перевірка продукції, що поставляється: визначення відповідальної особи за одержання, документацію, карантин поставок, внутрішнє маркування;
- контроль за зберіганням продукції: місце розташування, карантин, вибраковування тощо;
- очищення (прибирання) і обслуговування приміщень;
- контроль за паразитами — шкідливими комахами і тваринами;
- реєстрація умов зберігання: специфічні умови, система сигналізації тощо;
- вилучення продукції, ведення і зберігання протоколів тощо.

Суб'єкти господарювання, які займаються оптовою торгівлею лікарськими засобами, можуть закуповувати лікарські засоби:

- у фармацевтичних виробників;
- у суб'єктів господарювання, які здійснюють діяльність з оптової торгівлі лікарськими засобами;
- у режимі імпорту згідно з міжнародними договорами.

Суб'єкти господарювання, які займаються оптовою торгівлею лікарськими засобами, можуть реалізовувати лікарські засоби:

1. Суб'єктам господарювання, які займаються оптовою торгівлею лікарськими засобами.
2. Суб'єктам господарювання, які займаються роздрібною торгівлею лікарськими засобами.
3. Лікувально-профілактичним закладам.
4. Службам переливання крові для виготовлення препаратів крові, її компонентів та плазми крові людини, готових лікарських засобів.
5. Суб'єктам господарювання, які займаються виробництвом лікарських засобів, — субстанції, допоміжні речовини, сировину або напівпродукти для виробництва лікарських засобів.

6. Науково-дослідним організаціям для проведення науково-дослідних робіт.

Суб'єкти господарювання, які займаються оптовою торгівлею лікарськими засобами, зобов'язані:

- забезпечувати безперешкодне проведення перевірок, які здійснюють посадові особи органів державного контролю;
- мати план екстрених дій, які гарантують ефективне виконання розпоряджень, приписів органів державного контролю щодо відкликання лікарського препарату разом з виробником цього препарату;
- зберігати документи (у формі накладних купівлі-продажу або в електронному вигляді), в яких для кожної операції отримання або відправлення лікарських засобів наведена як мінімум така інформація: дата, назва лікарського засобу, отримана або поставлена кількість, назва та адреса постачальника або отримувача продукції;
- організовувати зберігання цих документів таким чином, щоб вони були доступні для перевірок протягом п'яти років і орган державного контролю мав змогу простежити шлях руху кожного лікарського засобу;
- виконувати особливі вимоги, встановлені чинним законодавством до торгівлі та обігу наркотичних і психотропних препаратів, імунобіологічних лікарських засобів і препаратів, які отримують з крові та плазми крові, а також радіофармацевтичних препаратів;
- здійснювати свою діяльність з додержанням принципів і правил Належної практики дистрибуції щодо системи якості, персоналу, документації (замовлення, методики, протоколи), приміщень та обладнання, отримання, зберігання, поставок замовникам, повернень, плану дій у критичних ситуаціях та відкликання лікарських засобів, виявлення фальсифікованих препаратів та препаратів, які в разі повернення не підлягають реалізації, самоінспекції, а також інформації, що надається органам державного контролю України та інших країн про свою діяльність з дистрибуції.

Відповідно до міжнародної практики, вимоги до принципів і правил Належної практики дистрибуції та порядок їх впровадження встановлює Міністерство охорони здоров'я або уповноважений ним орган.

До фірм державної (комунальної) власності, що здійснюють оптову реалізацію лікарських засобів і не мають власної роздрібно-ї мережі, належать аптечні бази (склади).

Аптечна база (склад) є установою охорони здоров'я, створеною для забезпечення населення продукцією медико-фармацевтичного призначення (лікарські засоби, вироби медичного призначення, хімреактиви) через аптечні, лікувально-профілактичні та інші установи. Цей заклад у своїй діяльності керується чинним законодавством України і своїм Статутом, діє на принципах господарського розрахунку, має відокремлене майно, основні та оборотні фонди.

Аптечна база є юридичною особою, що має самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки в установах банків, печатку із зображенням Державного герба України і своїм найменуванням, бланки та інші реквізити.

У межах своєї діяльності аптечна база має право від своєї особи укладати договори, користуючись кредитом банку, вести зовнішньоекономічну діяльність, утворювати відокремлені підрозділи, філіали, малі, спільні та інші підприємства, у тому числі з іноземними партнерами як в Україні, так і за її межами.

Аптечна база може на добровільних засадах об'єднуватися з іншими підприємствами, закладами (установами), входити до складу різних організаційних структур (асоціацій, концернів, корпорацій, інших об'єднань за галузевими, територіальними та іншими принципами), зберігаючи права юридичної особи. На договірних умовах аптечна база може бути базою для проведення науково-дослідних робіт, проходження виробничої практики учнями, студентами медичних і фармацевтичних навчальних закладів, інститутів підвищення кваліфікації тощо.

Аптечна база самостійно встановлює форми, системи і розміри оплати праці, а також інші види доходів працівників.

Предмет діяльності аптечної бази (складу):

- прийом продукції медико-фармацевтичного призначення від постачальників;
- належне зберігання продукції згідно із затвердженими правилами, нормами, вимогами;
- організація постачання продукції медико-фармацевтичного призначення аптечним закладам, установам охорони здоров'я та іншим закладам;

- створення оперативних резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення за встановленою номенклатурою;
- здійснення контролю якості продукції медико-фармацевтичного призначення;
- маркетингова, претензійно-позовна діяльність, посередницькі послуги;
- розробка і впровадження прогресивної технології складського виробництва;
- інші види діяльності, спрямовані на поліпшення медикamentозного постачання, розвиток соціально-економічного і фінансово-господарського стану бази (складу), що не суперечать діючому законодавству України.

Майно і кошти аптечної бази (складу). Аптечна база (склад) для виконання статутних завдань має майно, яке є комунальною власністю. База (склад) володіє, користується і розпоряджається зазначеним майном на свій розсуд, вчиняючи щодо нього будь-які дії, які не суперечать діючим законам і Статуту.

Майно аптечної бази (складу) становлять основні фонди та оборотні кошти, а також інші цінності, вартість яких відображається в самостійному балансі.

Джерело формування майна аптечної бази (складу):

- доходи, одержані від реалізації продукції медико-фармацевтичного призначення замовникам, виконаних робіт і наданих послуг, а також інших видів господарської діяльності бази (складу);
- кредити банків та інших кредиторів;
- капітальні вкладення і дотації з бюджетів;
- надходження від роздержавлення і приватизації власності;
- безоплатні або благодійні внески, пожертвування організацій, підприємств і громадян;
- інші джерела, що не заборонені законодавством України.

Аптечна база (склад) в установленому порядку здійснює оперативний та бухгалтерський облік результатів своєї роботи, веде статистичну звітність.

Вимоги до приміщень. Аптечні склади (бази) можуть розміщуватися в окремих будівлях або займати ізольоване відокремлене приміщення з окремим входом у капітальних спорудах

(нежитлових будинках), які повинні відповідати вимогам будівельних, протипожежних, санітарно-протиепідемічних норм та постанові Кабінету Міністрів України “Правила торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах” від 17 листопада 2004 р. № 1570.

Аптечні бази (склади) повинні мати у своєму складі:

- виробничі приміщення: площі (зони) для приймання і зберігання різних груп лікарських засобів та їх відпуску, допоміжних матеріалів і тари загальною площею не менш як 250 квадратних метрів. Стан виробничих приміщень, їх розміри та площа повинні забезпечувати послідовність технологічного процесу (приймання, контроль якості, зберігання, відпуск лікарських засобів);
- службово-побутові приміщення для персоналу (кімната персоналу, вбиральня), окреме приміщення або шафу для зберігання господарського та іншого інвентарю;
- відповідно обладнані окремі площі (зони) або приміщення для зберігання лікарських засобів, з якими здійснюються торговельні операції і які потребують особливих умов зберігання (сильнодіючі, отруйні, наркотичні, психотропні, імунобіологічні, термолабільні, вогнебезпечні, легкозаймисті, вибухонебезпечні препарати, лікарська рослинна та інша сировина).

Складські приміщення повинні мати відповідне обладнання для забезпечення належного зберігання лікарських засобів (шафи, стелажі, холодильники, сейфи тощо) та здійснення контролю за температурою і вологістю повітря, а також для підтримання його чистоти (припливно-витяжна вентиляція). У виробничих приміщеннях аптечних складів (баз) повинна забезпечуватися можливість щоденного вологого прибирання з використанням дезінфікуючих засобів.

Управління аптечною базою (складом) здійснюється відповідно до Статуту на основі поєднання прав власника щодо господарського використання майна, самоврядування трудового колективу, колегіальності і єдиноначальності.

Аптечну базу (склад) очолює завідувач, який призначається і звільняється з посади власником майна або уповноваженим ним органом, здійснює оперативне управління згідно з діючим законодавством за трудовим договором (за контрактом).

Завідувач аптечної бази (складу) самостійно вирішує питання діяльності бази (складу), а також:

- визначає і затверджує структуру та штати;
- приймає та звільняє працівників аптечної бази (складу), в тому числі заступників завідувача, керівників відокремлених підрозділів, філіалів;
- затверджує статuti (положення) відокремлених підрозділів, філіалів;
- розпоряджається у межах своїх повноважень майном аптечної бази (складу), в тому числі її грошовими коштами;
- без доручення діє від імені аптечної бази (складу), представляє її в усіх організаціях, установах, у відносинах з українськими та зарубіжними юридичними і приватними особами, укладає угоди, видає доручення, має право підпису всіх банківських та інших документів;
- видає накази з питань діяльності аптечної бази (складу);
- згідно з правилами внутрішнього трудового розпорядку аптечної бази (складу) застосовує заходи заохочення, накладає дисциплінарні стягнення;
- виконує інші обов'язки, передбачені Статутом закладу.

Повноваження трудового колективу реалізуються загальними зборами і їхнім виборним органом (рада трудового колективу, рада підприємства або інше, що обумовлюється Статутом). Загальні збори трудового колективу аптечної бази (складу) мають такі функції:

- розглядають зміни і доповнення до Статуту бази (складу);
- обговорюють проект колективного договору і затверджують його;
- вирішують питання про вступ або вихід аптечної бази зі складу інших організаційних структур; про виділення з аптечної бази (складу) одного або кількох структурних підрозділів для створення нового підприємства;
- у разі необхідності вимагають передачі аптечної бази (складу) в оренду або перетворення її в інше підприємство, що базується на колективній власності;
- розглядають і вирішують інші питання, які можуть бути порушені на вимогу трудового колективу аптечної бази (складу).

Виборний орган (рада трудового колективу, рада аптечної бази або інше) виконує такі функції:

- бере участь у виконанні поточних робіт і перспективному плануванні роботи аптечної бази (складу);
- розглядає питання соціального захисту, визначає і виносить на розгляд керівництва перелік соціальних пільг, необхідних для працівників;
- бере участь у розробці і реалізації заходів, спрямованих на підвищення ефективності праці, економічний і соціальний розвиток аптечної бази (складу);
- бере участь у вирішенні питань використання фондів оплати праці, творчої активності і виробничої діяльності, клопочеться про представлення працівників до нагород та ін.;
- за дорученням загальних зборів може розглядати і вирішувати питання, які належать до компетенції зборів.

Зовнішньоекономічна діяльність аптечної бази (складу) здійснюється через експортно-імпортні операції із закупівлі і реалізації лікарських засобів, сировинних матеріалів, виробів медичного призначення, фармацевтичного устаткування тощо на договірній основі. Аптечна база (склад) згідно з діючим законодавством може:

- створювати з іноземними партнерами спільні підприємства;
- залучати для розвитку вітчизняної фармації іноземні інвестиції;
- створювати асоціації, філії, дочірні підприємства і представництва підприємств.

6.6. Фірми з роздрібною торгівлю лікарськими засобами

Роздрібна торгівля лікарськими засобами — діяльність суб'єктів господарювання з придбання, зберігання та продажу готових лікарських засобів через аптеку та її структурні підрозділи (у тому числі ліків, виготовлених в умовах аптеки) безпосередньо:

- громадянам для їх особистого споживання;
- закладам охорони здоров'я (крім аптечних закладів);
- підприємствам, установам та організаціям без права їх подальшого перепродажу;
- науково-дослідним організаціям для проведення науково-дослідних робіт.

Діяльність з роздрібної торгівлі лікарськими засобами регулюється законами України “Про захист прав споживачів”, “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”, “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”, “Про лікарські засоби”, постановою Кабінету Міністрів України “Правила торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах” від 17 листопада 2004 р. № 1570, наказом МОЗ України “Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України” від 18 грудня 2007 р. № 838, іншими нормативно-правовими актами.

Роздрібна торгівля лікарськими засобами здійснюється на підставі ліцензій, одержаних суб'єктами господарювання відповідно до законодавства.

Суб'єкти господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, можуть закуповувати лікарські засоби у фармацевтичних виробників, у суб'єктів господарювання, які здійснюють діяльність з оптової реалізації лікарських засобів і в аптеках. Роздрібна реалізація лікарських засобів здійснюється за встановленими правилами через аптеки та відокремлені структурні підрозділи аптек — аптечні пункти, аптечні кіоски.

У сільській місцевості, в разі відсутності аптеки, роздрібна торгівля лікарськими засобами може здійснюватися фельдшерськими, фельдшерсько-акушерськими пунктами, сільськими лікарськими амбулаторіями. Така торгівля проводиться за переліками, що встановлюються МОЗ, на підставі договорів, укладених з аптекою, за письмовим погодженням органів місцевого самоврядування.

Класифікація суб'єктів роздрібної реалізації лікарських засобів.

Згідно з *класифікацією за асортиментом*, виокремлюють загальні та спеціалізовані аптеки — гомеопатичні, геріатричні, “Матері та дитини” та ін.

Згідно з класифікацією за організаційно-правовою формою, вирізняють аптеки державні, комунальні, приватні, заклади, що функціонують у формі товариств: ТОВ, ТДВ, ВАТ, ЗАТ.

Згідно з класифікацією за основною виробничою діяльністю засновника, аптеки поділяють на такі:

1. Аптеки, які створено з метою роздрібною торгівлі лікарськими засобами фізичними та юридичними особами, які не займаються виробництвом та оптовою торгівлею лікарськими засобами.
2. Аптеки будь-якої форми власності можуть створюватися за відповідною угодою з фармацевтичним виробником, використовувати на договірних засадах відому товарну марку. В цьому випадку вони мають назву аптек-ліцензіатів. Так, у різних регіонах країни функціонують аптеки під торговою маркою угорського хімічного заводу “Гедеон Ріхтер”, словацької фірми “Словакофарма”, польського акціонерного об’єднання “Польфа”.
3. Аптеки можуть бути організовані фірмами — виробниками фармацевтичної продукції. Свої фірмові аптеки відкрили такі виробничі підприємства, як “Борщагівський ХФЗ”, “Фармак”, “Лубнифарм” та ін.
4. Роздрібну мережу торгівлі у формі аптек можуть мати фірми з оптової реалізації лікарських засобів: “Аптека Біокон”, “Гедеон Ріхтер-Укрфарм”, “СЕБ-фармація” та ін.

Правила роздрібною реалізації лікарських засобів визначаються Кабінетом Міністрів України. Реалізація лікарських засобів громадянам здійснюється за рецептами або без рецептів.

Рецепт — медичний, юридичний та фінансовий документ — пропис на лікарські засоби, що його виписує фахівець, який має на це право відповідно до чинного законодавства.

Рецептурні лікарські засоби — лікарські засоби, які зареєстровані в Україні і реалізуються через аптеки за рецептом лікаря.

Безрецептурні лікарські засоби — лікарські засоби, які зареєстровані в Україні і реалізуються через аптеки, аптечні пункти, аптечні кіоски без рецепта.

В аптеках реалізуються рецептурні та безрецептурні лікарські засоби. Аптечні пункти та аптечні кіоски реалізують лише безрецептурні лікарські засоби. Перелік рецептурних, безрецеп-

турних і доступних лікарських засобів, порядок виписування лікарських засобів та порядок торгівлі лікарськими засобами визначаються Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.

Аптечні заклади повинні мати мінімальний асортимент лікарських засобів для надання першої медичної допомоги, що визначається Міністерством охорони здоров'я України або уповноваженим ним органом.

Відповідно до ліцензії та Статуту аптечні заклади мають право на закупівлю і торгівлю:

- виробами медичного призначення;
- дитячим харчуванням;
- засобами особистої гігієни;
- косметичною та парфумерною продукцією;
- мінеральною водою;
- оптикою;
- дезінфекційними засобами.

Аптека

Аптека є установою охорони здоров'я з лікарського (медикаментозного) забезпечення населення, закладів охорони здоров'я, інших закладів, підприємств та організацій.

У своїй діяльності аптека керується чинним законодавством України і своїм Статутом, діє на принципах господарського розрахунку, має відокремлене майно, основні та оборотні фонди.

Аптека є юридичною особою, має самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки в установах банків, круглу печатку із зображенням Державного герба України і своїм найменуванням, кутовий штамп та інші реквізити.

У межах своєї діяльності аптека має право від своєї особи укладати договори, користуватися кредитом банку, здійснювати зовнішньоекономічну діяльність, утворювати відокремлені підрозділи, філіали, малі, спільні та інші підприємства, в тому числі з іноземними партнерами як в Україні, так і за її межами.

Головною метою діяльності аптеки є забезпечення населення, установ охорони здоров'я та інших закладів, підпри-

емств, організацій продукцією медико-фармацевтичного призначення.

Структура і функції аптек

Функції аптек. Відповідно до мети, напрямів діяльності та покладених завдань функції аптек поділяють за трьома основними групами (рис. 6.4).



Рис. 6.4. Функції аптек

Група 1. Функції закладу охорони здоров'я:

- надання населенню невідкладної медичної допомоги;
- поширення серед населення санітарно-гігієнічних знань і проведення санітарно-просвітницької роботи;
- фармацевтична опіка;
- проведення інформаційної роботи серед медичних і фармацевтичних фахівців.

До цієї функції зараховують роботу, що практикується в деяких аптеках і ще не знайшла масового поширення, зокрема вимірювання тиску і температури тіла людини, проведення експрес-аналізу на цукор для хворих на діабет, тестування на вагітність, надання в аптеці терапевтичних консультацій і дієтологічних порад запрошеними з цією метою лікарями.

Група 2. Виробнича функція забезпечується такими видами діяльності:

- виготовлення, контроль і відпуск ліків за рецептами і вимогами, оформленими відповідно до встановлених правил;
- проведення лабораторних і фасувальних робіт;
- заготівля лікарської рослинної сировини;
- контроль якості виготовлених ліків.

Виробництво (виготовлення) лікарських засобів в аптеках здійснюється за рецептом лікаря і за замовленнями лікувально-профілактичних закладів.

Лікарські засоби в аптеках можна виготовляти лише з дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин з дотриманням вимог Державної фармакопеї України*, інших нормативно-правових документів, правил аптечної технології ліків, які встановлюють вимоги до лікарського засобу, його упаковки, умов і термінів зберігання та методів контролю якості лікарських засобів.

Виробництво (виготовлення) лікарських засобів в аптеках здійснюється за наявності ліцензії на цей вид діяльності. Вимоги до виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки визначає МОЗ.

Група 3. Торговельна, або комерційна, функція:

- закупівля та приймання лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- вхідний контроль якості ліків;
- реалізація населенню лікарських засобів і виробів медичного призначення за готівку;
- реалізація лікувально-профілактичним закладам лікарських засобів і виробів медичного призначення за безготівковим розрахунком;
- належне зберігання продукції медико-фармацевтичного призначення згідно із затвердженими правилами, нормами, вимогами;
- визначення поточної і перспективної потреби в продукції медико-фармацевтичного призначення для формування замовлень при укладанні угод з постачальниками продукції;
- створення оперативного резерву продукції медико-фармацевтичного призначення за встановленою номенклатурою.

* Державна фармакопея України — обов'язковий для виконання нормативний документ загальнодержавного масштабу, в якому зібрані основні нормативні документи, що визначають необхідний рівень якості лікарських засобів. Цей документ містить: загальні вимоги до лікарських засобів, методів аналізу, фармако-технологічних, біологічних тестів, реактивів, пакування, маркування, умов зберігання, монографії на субстанції, допоміжні речовини та готіві лікарські засоби, а також загальні тексти та інформаційні матеріали.

Структура аптек залежить від товарообігу, обсягу та специфіки робіт. Залежно від величини річного товарообігу державних і комунальних аптек їх поділяють на п'ять груп за оплатою праці адміністративно-господарського персоналу. Від обсягу роботи залежить кількість структурних підрозділів та їх спеціалізація.

Так, у виробничих аптеках з великим річним товарообігом (перша група за оплатою праці) можливе відкриття чотирьох відділів, а саме:

1. *Відділу запасів*, на який покладаються функції:

- визначення поточної потреби в лікарських засобах і виробках медичного призначення;
- своєчасного подання замовлень на них;
- приймання товарів за кількістю і якістю;
- забезпечення правильного зберігання;
- організації предметно-кількісного обліку;
- проведення лабораторних і фасувальних робіт;
- відпуску товару іншим відділам, відокремленим структурним підрозділам, лікувально-профілактичним закладам.

2. *Рецептурно-виробничого відділу*, на який покладаються функції:

- прийому рецептів на екстемпоральні ліки;
- виготовлення і оформлення ліків;
- контролю якості лікарських засобів;
- відпуску ліків.

3. *Відділу готових лікарських форм*, на який покладаються функції:

- прийому рецептів на готові лікарські засоби аптечного і промислового виготовлення;
- відпуску лікарських засобів.

4. *Відділу безрецептурного продажу*, на який покладаються функції реалізації лікарських засобів, що відпускаються без рецепта, а також виробів медичного призначення.

В аптеках меншого обсягу роботи (друга і третя групи за оплатою праці) можлива організація двох відділів. При цьому залежно від специфіки роботи ймовірні такі варіанти:

- відділ запасів і відділ рецептурно-виробничий, готових лікарських форм і безрецептурного продажу;

- відділ рецептурно-виробничий із запасами та відділ готових лікарських форм і безрецептурного продажу;
- відділ рецептурно-виробничий, запасів і готових лікарських форм і відділ безрецептурного продажу.

В інших виробничих аптеках (четвертої і п'ятої груп за оплатою праці) немає структуризації за відділами.

В аптеках готових лікарських форм з великим обсягом роботи (першої та другої групи) можлива організація двох відділів — відділу відпуску готових лікарських форм за рецептами лікарів і відділу безрецептурного продажу.

Відповідно до чинного законодавства України, аптеки мають право:

- на добровільних засадах об'єднуватися з іншими закладами (установами), підприємствами, входить до складу інших організаційних структур (асоціацій, концернів, корпорацій, інших об'єднань за галузевими, територіальними та іншими принципами), зберігаючи право юридичної особи;
- за погодженням з власником майна продавати і передавати іншим підприємствам, організаціям та установам, обмінювати, здавати в оренду, надавати безоплатно в тимчасове користування або позику належні їй основні засоби, а також списувати їх з балансу;
- на договірних умовах використовувати майно інших юридичних осіб і громадян, а також купувати будинки, споруди та інші основні засоби за рахунок коштів, отриманих від власної фінансово-господарської діяльності;
- у порядку, встановленому законодавством України, створювати спільні підприємства з організаціями, фірмами, підприємствами різних країн;
- виконувати операції з цінними паперами, облігаціями, банківськими вкладеннями та створювати фонди для досягнення своїх статутних цілей і завдань;
- самостійно встановлювати форми, системи і розміри оплати праці, а також інші види доходів працівників;
- на договірних умовах аптека може бути базою для проведення науково-дослідних робіт, виробничої практики учнів, студентів медичних і фармацевтичних навчальних закладів, інститутів підвищення кваліфікації тощо;

- здійснювати експортно-імпортні операції із закупівлі та реалізації лікарських засобів і сировинних матеріалів, виробів медичного призначення, фармацевтичного устаткування та інше на договірній основі.

Відокремлені структурні підрозділи аптек функціонують у вигляді аптечних пунктів та аптечних кіосків.

Аптечний кіоск — структурний підрозділ аптеки, який створюється на підприємствах, установах та організаціях для роздільної торгівлі готовими лікарськими засобами, що відпускаються без рецептів лікаря.

Аптечний пункт — структурний підрозділ аптеки, який створюється у лікувально-профілактичних закладах для торгівлі готовими лікарськими засобами.

Аптечні пункти розміщуються у відокремленому ізольованому приміщенні лікувально-профілактичного закладу без/чи з торговельним залом. Приміщення аптечного пункту обов'язково обладнується стелажми, шафами, холодильником, сейфом або металевою шафою для зберігання отруйних лікарських засобів, з виділенням місця для санітарної обробки рук. Площа аптечного пункту не може бути меншою за 18 квадратних метрів. В аптечних пунктах та аптечних кіосках повинні дотримуватися вимоги санітарно-протиепідемічного режиму аптеки.

Організаційні вимоги до діяльності аптек. Усі аптеки незалежно від форми власності та підпорядкування повинні мати такі документи:

- Державну фармакопею України;
- нормативні документи, що стосуються приймання, виготовлення, контролю якості, зберігання і порядку відпуску лікарських засобів;
- паспорт аптеки;
- паспорти відокремлених структурних підрозділів (якщо такі є).

Аптека повинна забезпечувати:

- наявність лікарських засобів обов'язкового асортименту, а також лікарських засобів і виробів медичного призначення для надання долікарняної медичної допомоги;
- відповідність матеріально-технічної бази аптеки та її структурних підрозділів нормативним вимогам;

- дотримання вимог законодавства та нормативно-правових актів стосовно якості лікарських засобів під час їх виготовлення, зберігання, контролю якості та відпуску;
- дотримання особливих вимог законодавства до реалізації та обігу наркотичних і психотропних лікарських засобів, прекурсорів, імунобіологічних лікарських засобів та препаратів з крові та її плазми, а також радіологічних фармацевтичних препаратів;
- дотримання екологічних, санітарно-гігієнічних норм і правил щодо зберігання, виготовлення та реалізації лікарських засобів, а також охорони праці, протипожежної безпеки;
- безумовне виконання розпоряджень (приписів) державних контролюючих органів стосовно заборони (призупинення), відвантаження, реалізації лікарських засобів, які не відповідають вимогам нормативних документів;
- наявність у залі обслуговування населення інформації про:
 - рівень акредитації аптеки;
 - вид та обсяг послуг щодо лікарського забезпечення;
 - особливості правил відпуску лікарських засобів;
 - адресу та номер телефону суб'єкта господарювання;
 - адресу та номер телефону органу ліцензування та органів, що забезпечують державний контроль якості лікарських засобів і захист прав споживачів;
 - книгу відгуків і пропозицій.

На фасаді аптеки має бути вивіска із зазначенням її найменування, назви господарюючого суб'єкта або власника чи уповноваженого ним органу. Біля входу до аптеки розміщується інформація про режим її роботи, адреси чергової та найближчої аптек.

Режим роботи аптеки та її структурних підрозділів встановлюється суб'єктом господарювання за погодженням з відповідним місцевим органом виконавчої влади або органом місцевого самоврядування. У разі закриття торговельного приміщення аптеки чи її структурного підрозділу для проведення ремонту, технічного переобладнання чи інших робіт суб'єкт господарювання повинен повідомити про це заздалегідь, але не пізніше

ніж за п'ять днів, розмістивши поряд з інформацією про режим роботи оголошення про дату та період закриття.

Вимоги до приміщень. Для забезпечення діяльності з роздільної торгівлі аптека повинна:

- розміщуватися в окремому будинку або у вбудованому приміщенні. В житловому будинку аптека розміщується на першому поверсі, окремі приміщення аптеки, крім торговельного залу, можуть розміщуватися у цокольних та підвальних приміщеннях;
- мати необхідні приміщення або окремі площі (зони) для приймання і зберігання різних груп лікарських засобів;
- мати службово-побутові приміщення, кількість і склад яких визначається суб'єктом господарювання.

Приміщення аптеки повинні відповідати вимогам будівельних, протипожежних, санітарно-протиепідемічних норм і “Правилам торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах”, визначеним відповідною постановою Кабінету Міністрів України.

Загальна площа аптеки повинна становити:

- для аптек, які займаються торгівлею лікарськими засобами, — не менш як 50 квадратних метрів (площа торговельного залу — не менш як 18 квадратних метрів);
- для сільських аптек — не менш як 40 квадратних метрів.

В аптеках виокремлюють виробничі та службово-побутові приміщення.

Аптечне приміщення виробниче — це приміщення, призначене для виготовлення, комплектації, відпуску, контролю та зберігання ліків. До них належать зал обслуговування, асистентська, фасувальна, дистиляційна, мийна, кокторій (приміщення для виготовлення водних витяжок з рослинної сировини), стерилізаційна, кабінет провізора-аналітика, матеріальні кімнати та кімната для обслуговування населення в нічний час тощо.

Розміщення виробничих приміщень повинно виключати зустрічні потоки технологічного процесу виготовлення ліків в асептичних умовах і нестерильних лікарських засобів. Виробничі приміщення аптеки повинні бути обладнані для забезпечення відповідного зберігання лікарських засобів (шафи, стелажі, холодильники, сейфи тощо) та здійснення контролю за темпера-

турою і вологістю повітря. У виробничих приміщеннях аптек повинна забезпечуватися можливість щоденного вологого прибирання з використанням дезінфікуючих засобів.

Спеціальні вимоги до різних категорій виробничих приміщень аптек

Зал обслуговування населення, матеріальні кімнати обладнуються спеціальними меблями, які дозволені для зберігання лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Приміщення для виготовлення нестерильних ліків обладнується спеціальним виробничим устаткуванням і приладами. У цьому приміщенні допускається організація робочого місця для здійснення контролю за якістю та фасуванням ліків.

Приміщення для одержання води очищеної обладнується апаратами, місткостями для отримання та зберігання води. Одержання води для ін'єкцій здійснюється в окремій кімнаті асептичного блоку, де категорично забороняється виконувати будь-які роботи, не пов'язані з отриманням води для ін'єкцій.

Приміщення для зберігання запасів лікарських засобів обладнується стелажми, шафами, холодильником та іншим устаткуванням з метою забезпечення умов зберігання отруйних, наркотичних, психотропних, сильнодіючих, вогнебезпечних, термолабільних та інших лікарських засобів, лікарської рослинної сировини, виробів медичного призначення відповідно до чинних вимог.

Аптечне приміщення службово-побутове — це приміщення, призначене для здійснення адміністративних і господарських функцій. До них належать кабінет завідувача аптеки, бухгалтерія, кімната персоналу, гардеробна, туалет (вбиральня), душова, кімната занять з персоналом, кімната зберігання предметів прибирання тощо.

Кімната персоналу повинна бути обладнана холодильником, меблями для організації вживання їжі, а також відпочинку персоналу.

У гардеробній кімнаті повинно забезпечуватись утримання та схоронність особистого і технологічного одягу відповідно до вимог санітарно-епідеміологічного режиму аптек.

В аптеці допускається поєднання таких приміщень:

- асистентської з фасувальною та кабінетом (робочим місцем) провізора-аналітика;

- мийної і стерилізаційної аптечного посуду;
- матеріальної кімнати засобів санітарії та гігієни, виробів медичного призначення та матеріальної допоміжних матеріалів (у сільських аптеках — матеріальної лікарських засобів і засобів санітарії, гігієни та виробів медичного призначення);
- кабінету завідувача і бухгалтерії;
- кімнати персоналу і гардеробної.

Майно аптеки становлять основні фонди та оборотні кошти, а також інші цінності, вартість яких відображається в самостійному балансі. Джерелом формування майна аптеки є:

- доходи, одержані від реалізації продукції медико-фармацевтичного призначення, виконаних робіт і наданих послуг, а також інших видів господарської діяльності;
- кредити банків та інших кредиторів;
- капітальні вкладення і дотації з бюджетів;
- надходження від роздержавлення і приватизації власності;
- інші джерела, не заборонені законодавчими актами України.

Аптека здійснює оперативний та бухгалтерський облік результатів своєї роботи, веде статистичну звітність в установленому порядку.

Управління аптекою здійснюється відповідно до Статуту на підставі поєднання прав власника щодо господарського використання свого майна, самоврядування трудового колективу, колегіальності і єдиноначальності.

Аптеку очолює завідувач, який:

- призначається та звільняється з посади власником майна або уповноваженим ним органом;
- здійснює керівництво діяльністю аптеки згідно з чинним законодавством за трудовим договором (за контрактом);
- самостійно вирішує питання її діяльності, за винятком тих, які віднесені Статутом до компетенції інших органів управління аптеки;
- визначає і затверджує її структуру і штати;
- приймає та звільняє працівників аптеки, в тому числі заступників завідувача аптеки, керівників відокремлених підрозділів, філіалів;

- затверджує статuti (положення) відокремлених підрозділів, філіалів, інших підприємств, які створюються згідно з чинним законодавством;
- розпоряджається у межах своїх повноважень майном аптеки, враховуючи грошові кошти;
- без доручення діє від імені аптеки, представляє її в усіх організаціях, установах, у відносинах з українськими та зарубіжними юридичними і приватними особами;
- укладає угоди, видає доручення, відкриває розрахункові та інші рахунки аптеки, в тому числі валютні;
- у межах своїх повноважень приймає рішення, видає накази та інші акти з питань, пов'язаних з діяльністю аптеки;
- згідно з правилами внутрішнього трудового розпорядку аптеки застосовує заходи заохочення, накладає дисциплінарні стягнення;
- виконує інші обов'язки, передбачені Статутом.

Рішення із соціально-економічних питань діяльності аптеки розробляються і ухвалюються органами управління за участі трудового колективу. Повноваження трудового колективу реалізуються загальними зборами і їхнім виборним органом (рада трудового колективу, рада підприємства, профспілковий комітет або інше, обумовлене Статутом).

Загальні збори трудового колективу аптеки:

- розглядають зміни і доповнення до Статуту аптеки;
- розглядають і затверджують проект колективного договору;
- вирішують питання про вступ або вихід аптеки зі складу інших організаційних структур; про виокремлення з аптеки одного або кількох структурних підрозділів для створення нового підприємства;
- у разі необхідності (банкрутства, прийняття відповідною місцевою адміністрацією, що управляє комунальним майном, рішення про реорганізацію або ліквідацію аптеки та ін.) вимагають передачі аптеки в оренду або перетворення її в інше підприємство, що базується на колективній власності;
- розглядають і вирішують інші питання, які можуть бути порушені на вимогу трудового колективу аптеки, якщо це не суперечить чинному законодавству.

Виборний орган (рада трудового колективу, рада підприємства, профспілковий комітет або ін.):

- бере участь у виконанні поточної роботи і плануванні діяльності аптеки на перспективу;
- розглядає питання соціального захисту, визначає і виносить на розгляд керівництва перелік соціальних пільг, необхідних для працівників аптеки;
- бере участь у розробці і реалізації заходів економічного і соціального розвитку аптеки, підвищення ефективності праці тощо;
- бере участь у вирішенні питань використання фондів оплати праці, заохочення творчої активності і виробничої діяльності, клопочеться про представлення працівників до нагород та ін.;
- за дорученням загальних зборів може розглядати та вирішувати питання, які належать до компетенції зборів.

Номенклатура штатних посад аптеки. Кожна аптека повинна бути укомплектована відповідними фахівцями і допоміжним персоналом. При цьому міські аптеки повинні бути укомплектовані не менше ніж двома штатними фармацевтичними фахівцями.

В аптеках, розташованих у сільській місцевості, допускається одна штатна посада фармацевтичного фахівця. Проте у фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктах і сільських лікарських амбулаторіях роздрібну торгівлю лікарськими засобами можуть здійснювати особи з медичною освітою.

У штаті аптек можуть бути працівники, які обіймають такі посади:

1. Завідувач аптеки (не допускається займати цю посаду за сумісництвом).
2. Заступник завідувача аптеки.
3. Завідувач відділу.
4. Заступник завідувача відділу.
5. Завідувач аптечного пункту.
6. Завідувач аптечного кіоску.
7. Старший провізор.
8. Провізор.
9. Провізор-аналітик.
10. Провізор-інтерн.

11. Фармацевт.
12. Молодший фармацевт.
13. Фасувальник.
14. Санітарка-мийниця.
15. Бухгалтер.
16. Касир.
17. Водій.
18. Прибиральниця.

Посади завідувачів, заступників завідувача аптеки замінюються фахівцями з вищою фармацевтичною освітою (провізорами). Перелік посад, які можуть замінюватися фахівцями з фармацевтичною освітою, встановлюється МОЗ. В аптеках, розташованих у сільській місцевості, ці посади можуть займати фахівці із середньою фармацевтичною освітою за умови проходження ними атестації в установленому порядку.

Суб'єкт господарювання несе відповідальність за рівень кваліфікації спеціалістів, їх професійну підготовку та перепідготовку. Підвищення кваліфікації фармацевтичних працівників повинно проводитися не рідше одного разу на п'ять років у навчальних закладах, визначених МОЗ.

Персонал аптеки та її структурного підрозділу під час прийняття на роботу обов'язково проходить медичне обстеження, а в подальшому — періодичний медичний огляд згідно із законодавством.

Питання для самоконтролю

1. В яких випадках косметичні засоби належать до лікарських засобів, а в яких — не належать?
2. Чи належить до лікарських засобів суміш лікарських чаїв? Відповідь обґрунтуйте.
3. Етапи обігу лікарських засобів.
4. Чи можуть ввозитися незареєстровані лікарські засоби на митну територію України?
5. Охарактеризуйте основні суб'єкти системи забезпечення лікарськими засобами.
6. Загальні вимоги до виробництва лікарських засобів в Україні.

3. *Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.92 // Відомості Верховної Ради України. — 1993. — № 4.*
4. *Закон України “Про лікарські засоби” // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 123.*
5. *Указ Президента України від 07.02.03 № 91 “Про заходи щодо поліпшення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також підвищення ефективності державного управління у цій сфері”.*
6. *Постанова Кабінету Міністрів України “Про утворення Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення” від 02.07.03 № 789.*
7. *Постанова Кабінету Міністрів України “Правила торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах” від 17.11.04 № 1570.*
8. *Наказ МОЗ України “Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров’я України” від 18.12.07 № 838.*
9. *Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров’я: Навч.-метод. посіб. — К.: МАУП, 2007.*
10. *Белашанка В. А., Загорий Г. В., Усенко В. А. Стратегическое управление и маркетинг в практике фармацевтических фирм: Учеб. изд. — К.: РИА “Триумф”, 2001.*
11. *Гацан В. В. Менеджмент фармацевтического предприятия. — Ростов н/Д: Феникс, 2002.*
12. *Громовик Б. П., Гасюк Г. Д., Левицька О. Р. Фармацевтический маркетинг: теоретичні та прикладні засади. — Вінниця: Нова кн., 2004.*
13. *Громовик Б. Р. Організація роботи аптек. — Вінниця: Нова кн., 2005.*
14. *Дюкса М. Н. Исследования по использованию лекарственных средств. Методы и применение. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия 45. — Бишкек, 1995.*
15. *Матвеева В. Аптечные учреждения: особенности организации и учета. — Х.: Фактор, 2001.*
16. *Махринский Т. Структура аптечных сетей Украины. И немного о розничном сегменте украинского фармацевтического рынка // Аптека. — 2002. — № 42.*

17. Мнушко З. М., Діхтярьова Н. М. Менеджмент і маркетинг у фармацевції. — Харків: Основа, 1999.
18. *Надлежащая* аптечная практика в Европе // http://www.pgeu.org/03_gpp.html
19. *Надлежащая* производственная практика лекарственных средств / Под ред. Н. А. Ляпунова, В. А. Загория, В. П. Георгиевского, Е. П. Безуглой. — К.: Морион, 1999.
20. Организация и экономика фармации: Учебник / И. В. Косова, Е. Е. Лоскутова, Е. А. Максимкина и др.; Под ред. И. В. Косовой. — М.: Академия, 2002.
21. Пашков В. М. Правове регулювання обігу лікарських засобів. — К.: Моріон, 2004.
22. Перевозченко І., Хомяков В. Здорово живуть // Контракти. — 2007. — № 26.
23. Управление фармацией: Учебник / Под ред. В. М. Толочко. — Х.: Основа, 1997.
24. Усенко В. Фармацевтический маркетинг // Провизор. — 1999. — № 14–24; 2000. — № 1–11.
25. Фармацевтический сектор: основы законодательства в Европейском Союзе / Авт.-сост.: Н. А. Ляпунов, В. А. Усенко, А. Л. Спасокукоцкий, Е. П. Безуглая. — К.: Морион, 2002.
26. Фармацевтический сектор: фармаконадзор за лекарственными препаратами для человека / Под ред. А. В. Стефанова и др.; Авт.-сост.: Н. А. Ляпунов, Л. И. Ковтун, Е. П. Безуглая и др. — К.: Морион, 2003.
27. Чистые помещения / Под ред. А. Е. Федотова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Асинком, 2003.
28. Ягудина Р. И., Аладышева Ж. И. Органы контроля качества лекарственных средств в странах с высоким уровнем развития фармацевтической промышленности // Фармация. — 1999. — № 6. — С. 47–52.

ГЛОСАРІЙ

Акціонерні товариства — господарські товариства, які мають статутний фонд, поділений на певну кількість акцій однакової номінальної вартості, і несуть відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства.

Амбулаторія — амбулаторно-поліклінічний заклад, що надає медичну допомогу у межах закладу і вдома з однієї або кількох основних лікарських спеціальностей.

Амбулаторія загальної практики — сімейної медицини — лікувально-профілактичний заклад, який у межах своєї діяльності забезпечує проведення комплексу профілактичних заходів з попередження і зниження захворюваності, інвалідності та 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 та організацій лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

Аптечна база (склад) — установа, що здійснює прийом, збереження і відпуск лікарських засобів, предметів санітарії та гігієни, медичного обладнання, інструментів та інших медичних товарів закладам охорони здоров'я (аптекам, лікарням тощо) та іншим організаціям.

Аптечний кіоск — структурний підрозділ аптеки, який створюється на підприємствах, установах та організаціях для роздрібною торгівлі готовими лікарськими засобами, що відпускаються без рецептів лікаря.

Аптечний пункт — структурний підрозділ аптеки, який створюється у 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 роздрібною торгівлі лікарськими засобами.

Асклепейони — храми у Стародавній Греції, збудовані на честь Асклепія, в яких жерці храму надавали медичну допомогу.

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.

Біологічно активні добавки — спеціальні харчові продукти, які містять у межах фізіологічних потреб з урахуванням відповідних норм та/або на рівні їх вмісту в раціоні за умови оптимального харчування природні, ідентичні за своїм природним складом, біологічно активні речовини, призначені для вживання разом з їжею або введення до складу харчових продуктів (раціонів харчування) з метою поповнення (відновлення їх можливого дефіциту), регуляції органів і систем у межах фізіологічних норм, зниження ризику захворюваності.

Бюро судово-медичної експертизи — спеціальний заклад охорони здоров'я, завданням якого є здійснення судово-медичної експертизи, надання консультативної допомоги органам дізнання, слідства та суду з питань судово-медичної експертизи, апробації та впровадження в практику науково-дослідних робіт у галузі судової медицини.

Валетудинарії — військові лікарні в Давньому Римі.

Виробництво (виготовлення) — діяльність, пов'язана з випуском продукції, яка включає всі стадії технологічного процесу, а також реалізацію продукції власного виробництва.

Виробництво лікарських засобів — діяльність, пов'язана із серійним випуском лікарських засобів, яка включає всі стадії технологічного процесу або одну з них, контроль якості в процесі виробництва та контроль якості готової продукції, а також реалізацію продукції власного виробництва.

Вторинна лікувально-профілактична допомога — медична допомога, що надається лікарями, які мають відповідну спе-

ціалізацію 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.

Гомеопатичний засіб — лікарський засіб, що містить одну або більше субстанцій, розведених особливим чином, який при введенні в концентрованій формі викликає у здорової людини ті ж самі симптоми, у зв'язку з якими він застосовується.

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-епідеміологічний заклад охорони здоров'я, що забезпечує організацію і проведення дезінсекційних заходів у місті, спрямованих на попередження виникнення й поширення інфекційних захворювань.

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.

Диспансери — спеціалізовані лікувально-профілактичні заклади, що надають медичну допомогу населенню з певних груп захворювань і забезпечують диспансеризацію населення. Диспансери можуть мати у своєму складі стаціонар. Диспансери з кількістю лікарів амбулаторного приймання менше п'яти створюватися та функціонувати не можуть.

Добровільне медичне страхування — самостійний або додатковий вид медичного страхування, що базується на комерційній основі, програма якого визначається договором страховика та страхувальника.

Допомога — безпосередня допомога у вигляді піклування або опосередкована допомога у вигляді відшкодування витрат, яких зазнала відповідна особа.

Дрогерії — аптечні магазини або магазини санітарії та гігієни, власникам яких заборонялося використовувати у назві слово “аптечний”.

Едили — спеціальні міські чиновники в Стародавньому Римі, на яких покладався контроль за харчовими продуктами, водопостачанням, наглядач 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 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.

Здоров'я — стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Імунобіологічні препарати — препарати переважно біологічного походження, в тому числі препарати крові або плазми крові людини і тварин, які призначені для використання в медичній практиці з метою специфічної профілактики, лікування та діагностики інфекційних, паразитарних захворювань та алергійних станів.

Клініка — лікувально-профілактичні заклади (лікарні, пологові будинки та ін.), що входять до складу медичних науково-дослідних закладів або підпорядковані медичним науково-дослідним закладам.

Клінічний заклад охорони здоров'я — лікувально-профілактичний заклад, який не менше ніж на 50 відсотків використовується для розташування 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 і 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 підприємців.

Корпорації — договірні об'єднання, створені на основі поєднання виробничих, наукових та комерційних інтересів із делегуванням окремих повноважень централізованого регулювання діяльності кожного з учасників.

Лікарня — лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим. Лікарня, яка надає стаціонарну медичну допомогу хворим із лікарських спеціальностей одного профілю, називається однопрофільною, а з декількох лікарських спеціальностей — багатопрофільною. У своєму складі лікарні можуть мати поліклініку або амбулаторію.

Лікарський засіб патентований — готовий лікарський засіб, представлений під спеціальною назвою та в спеціальній упаковці і має патентний захист в Україні.

Лікарські добавки до харчових продуктів — природні або синтетичні біологічно активні речовини, призначені для введення (чи введені) до складу харчового продукту в кількостях, більших за фізіологічні потреби, в лікувальних дозах з метою отримання профілактичного та/або лікувального ефекту щодо конкретної нозологічної форми захворювання.

Лікарські засоби (лікарські препарати, ліки, медикаменти) — речовини або їхні суміші природного, синтетичного або біотехнологічного походження, які застосовуються для профілактики, діагностики та лікування захворювань у людей або для зміни стану і функцій організму.

Лікарські засоби-генерики — лікарські засоби, здатні замінити патентований лікарський засіб після закінчення терміну дії патенту.

Лікарські засоби готові — засоби, які отримані шляхом технологічної обробки субстанцій та допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, пройшли стадії технологічного процесу та контролю якості у тому вигляді та стані, в якому їх застосовують, розміщені у відповідні упаковки з належним маркуванням, призначені для застосування людиною.

Лікарські засоби нові — лікарські засоби, які вперше реєструються в Україні і створені з використанням нових субстанцій (біологічних агентів) або є новою комбінацією відомих субстанцій (біологічних агентів).

Лікарські засоби оригінальні — лікарські засоби, які містять невідому раніше субстанцію або нову комбінацію відомих субстанцій і зареєстровані під власними назвами.

Лікарські засоби фальсифіковані (підроблені) — препарати, які навмисно неправильно промарковані щодо ідентичності та/або назви виробника.

Лікарські косметичні засоби — суміш речовин природного або синтетичного походження певної форми, у зареєстрованій лікарській формі у вигляді in bulk або розфасована для роздрібно-ї торгівлі, що містять субстанцію чи їх суміш для лікування або профілактики шкіри, її придатків (волосся, вії, нігті тощо), слизової оболонки ротової та носової порожнин, зовнішніх статевих органів тощо.

Ліцензіат — суб'єкт господарювання, який одержав ліцензію на провадження певного виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню.

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.

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 і 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 і реабілітацію хворих та інвалідів.

Медико-санітарна частина — 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 і 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.

Надавач медичних послуг — фізична або юридична особа, яка має відповідну кваліфікацію та відповідно до чинного законодавства надає медичні послуги.

Належна виробнича практика (GMP) — сукупність правил з організації виробництва і контролю якості, яка є елементом системи забезпечення якості.

Належна практика дистрибуції (GDP) — сукупність правил і вимог до дистрибуції, що забезпечують управління та організацію оптової торгівлі лікарськими засобами на всіх її етапах та якість лікарських засобів.

Належна клінічна практика (GCP) — сукупність правил з планування, виконання, оцінки і документування клінічних випробувань лікарських засобів, що забезпечують точність отриманих даних, а також захист прав осіб, які беруть участь у випробуваннях, і конфіденційність даних про цих осіб.

Належна лабораторна практика (GLP) — сукупність правил з планування, виконання, контролю, оцінки і документування лабораторних досліджень, які є частиною доклінічного

вивчення і клінічних випробувань лікарських засобів, що забезпечує якість, точність і повноту отриманих даних.

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 або 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, системно 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.

Патологоанатомічне бюро (центр) — науково-практичний лікувальний заклад особливого типу, що виконує функції координаційного та 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 надавання 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 високоспеціалізованої допомоги.

Підприємництво — самостійна ініціатива, систематична, на власний ризик діяльність з виробництва продукції, виконання робіт, надання послуг та заняття торгівлею з метою одержання прибутку.

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 вільного доступу до медичного забезпечення, рівноправності, якості та ефективності такої допомоги.

Препарати крові — лікарські засоби, виготовлені з крові людини, тварин або її компонентів.

Радіофармацевтичні засоби — лікарські засоби, які містять принаймні один спеціальний введений радіонуклід у формі, призначений для застосування людиною.

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.

Пункти охорони здоров'я (здоровпункти) — амбулаторно-поліклінічні заклади, які надають первинну медико-соціальну допомогу, створюються на підприємствах, в установах, організаціях і входять до складу поліклініки або амбулаторії.

Рецепт — медичний, юридичний і фінансовий документ — припис на лікарські засоби, що його виписує фахівець, який має на це право відповідно до чинного законодавства.

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 попередження й ліквідацію інфекційних, паразитарних і професійних захворювань.

Сімейна медицина — форма первинної медико-санітарної допомоги, за якої лікар загальної практики (сімейний лікар) опі-

кується членами прикріплених сімей упродовж усього життя і несе повну відповідальність за стан їхнього здоров'я.

Система Бевериджа — система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем і пацієнтом.

Система Бісмарка — система організації охорони здоров'я, що ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби.

Система Семашка — система організації та фінансування галузі охорони здоров'я з державного бюджету із суворо централізованим управлінням та контролем з боку держави.

Соціальні норми й нормативи — показники необхідного споживання продуктів харчування, непродовольчих товарів і послуг та забезпечення освітніми, медичними, житлово-комунальними, соціально-культурними послугами.

Спеціалізовані лікарняні заклади — лікувально-профілактичні заклади, які створюються з метою надання спеціалізованої медичної допомоги населенню регіону (республіки, області, міста, у містах Києві і Севастополі). У своєму складі можуть мати поліклініку або амбулаторію.

Страхова медицина — система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я.

Суб'єкт господарювання — зареєстрована в установленому законодавством порядку юридична особа незалежно від її організаційно-правової форми та форми власності, яка провадить господарську діяльність, крім органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також фізична особа — суб'єкт підприємницької діяльності.

Технологічний регламент виготовлення лікарського засобу — нормативний документ, в 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 засновницькими документами.

Торгівля — будь-які операції, що здійснюються договорами купівлі-продажу, міни, поставки та іншими цивільно-правови-

ми договорами, які передбачають передачу прав власності на товари.

Третинна лікувально-профілактична допомога — медична допомога, яка надається 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 зустрічаються, у республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МОЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я.

Фармакопейна стаття — нормативно-технічний документ, який встановлює вимоги до лікарського засобу, його упаковки, умов і терміну зберігання та методів контролю якості лікарського засобу.

Фельдшерські, фельдшерсько-акушерські пункти, сільські лікарські амбулаторії та дільничні лікарні — амбулаторно-поліклінічні заклади, які надають первинну медико-соціальну допомогу, організуються в сільських населених пунктах, об'єктах будівництва за межами населених пунктів і підпорядковані міським або районним лікарням.

Формуляр — документ, в якому наведено перелік лікарських засобів, подано оптимальні схеми лікування захворювання лікарськими препаратами та наведено стислу інформацію про лікарські засоби.

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 освіти, який є координаційним та організаційно-методичним центром санітарно-просвітницької роботи на підвідомчій території, призначений для

здійснення комплексу організаційних, наукових і практичних заходів, які забезпечують систематичне гігієнічне навчання і виховання населення шляхом поширення наукових медичних і гігієнічних знань.

Центр медичної статистики — заклад, який забезпечує координацію обласних центрів медичної статистики і лікувально-профілактичних закладів України зі збирання, обробки та аналізу медичної статистичної інформації, впроваджує 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, який утримувався за рахунок міської казни, обов'язки якого полягали у здійсненні заходів з боротьби 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.

МАУП

ЗМІСТ

Передмова	3
Список скорочень	5
Розділ 1. Менеджмент: сутність, завдання, рівні управління	6
1.1. Сутність категорій “управління”, “менеджмент”, “підприємництво”	6
1.2. Рівні управління та групи менеджерів	10
1.3. Менеджери і підприємці: ролі та характерні особливості	15
<i>Питання для самоконтролю</i>	21
<i>Теми рефератів, доповідей</i>	22
<i>Список використаної та рекомендованої літератури</i>	22
Розділ 2. Історія розвитку менеджменту, управління та організації охорони здоров’я	25
2.1. Історичні етапи розвитку менеджменту	25
2.2. Історичні етапи розвитку організації охорони здоров’я в різних країнах світу	57
2.3. Історія організації охорони здоров’я в Україні	74
2.4. Історія розвитку аптекарської справи	91
2.5. Історія розвитку аптекарської справи в Україні	100
<i>Теми рефератів, доповідей</i>	117
<i>Питання для самоконтролю</i>	118
<i>Список використаної та рекомендованої літератури</i>	118
Розділ 3. Загальні принципи організації та управління в галузі охорони здоров’я	121
3.1. Основні поняття та принципи охорони здоров’я	121
3.2. Основи організації охорони здоров’я в Україні	125

3.3. Основи організації лікувально-профілактичної допомоги населенню	135
3.4. Загальні принципи медичної та фармацевтичної діяльності	142
<i>Питання для самоконтролю</i>	147
<i>Теми рефератів, доповідей</i>	148
<i>Список використаної та рекомендованої літератури</i>	148
Розділ 4. Організації як об'єкти управління	152
4.1. Поняття організації. Сутність та основні риси формальної організації	152
4.2. Структури управління традиційними організаціями	163
4.3. Специфіка організації діяльності закладів охорони здоров'я	170
<i>Питання для самоконтролю</i>	180
<i>Теми рефератів, доповідей</i>	181
<i>Список використаної та рекомендованої літератури</i>	181
Розділ 5. Лікувально-профілактичні та санітарно-профілактичні заклади: структура і функції	185
5.1. Лікувально-профілактичні заклади як суб'єкти системи медичної допомоги	185
5.2. Обласна лікарня: структура і функції	190
5.3. Заклади охорони здоров'я з надання первинної лікувально-профілактичної допомоги	198
5.4. Заклади охорони здоров'я з надання спеціалізованої медичної допомоги	215
5.5. Заклади охорони здоров'я з надання медичної та соціальної допомоги	241
5.6. Заклади охорони здоров'я з надання невідкладної медичної допомоги	249
5.7. Санаторно-курортні заклади	260
5.8. Санітарно-профілактичні заклади	264
<i>Питання для самоконтролю</i>	270
<i>Теми рефератів, доповідей</i>	271
<i>Список використаної та рекомендованої літератури</i>	271

Розділ 6. Лікарські засоби: обіг та суб'єкти забезпечення	274
6.1. Загальні поняття про лікарські засоби	274
6.2. Загальні поняття про обіг лікарських засобів	277
6.3. Суб'єкти системи забезпечення лікарськими засобами	279
6.4. Підприємства — виробники лікарських засобів	280
6.5. Фірми з оптової торгівлі лікарськими засобами	289
6.6. Фірми з роздрібною торгівлі лікарськими засобами	298
<i>Питання для самоконтролю</i>	<i>313</i>
<i>Теми рефератів, доповідей</i>	<i>314</i>
<i>Список використаної та рекомендованої літератури</i>	<i>314</i>
Глосарій	317

МАУП

In the proposed textbook general management foundations in the field of health protection in accordance with the discipline program “Entering into speciality” which is the variation block constituent of specialists training curricula on professional orientation “Organization management” being the component of “Medical and pharmaceutical management” is elucidated. General principles of management and organization of health protection in Ukraine and other world countries are considered.

For students and teachers of specialities “Management” and “Medicine” and also for managers and employees who practice management in the field of health protection.

Навчальне видання

Баєва Олена Вікторівна

МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ

**Медичний та фармацевтичний
менеджмент**

Навчальний посібник

Academic publishing

Bayeva, Olena V.

ORGANIZATION MANAGEMENT

**Medical and pharmaceutical
management**

Textbook

Відповідальний редактор *М. В. Дроздецька*

Редактор *А. А. Карпова*

Коректор *Т. К. Валицька*

Комп'ютерне верстання *Т. І. Губанова*

Оформлення обкладинки *О. О. Стеценко*

Підп. до друку 03.06.09. Формат 60×84/16. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 19,53. Обл.-вид. арк. 17,0. Наклад 0000 пр.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)

03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

ДП «Видавничий дім «Персонал»

03039 Київ-39, просп. Червонозоряний, 119, літ. XX

*Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 3262 від 26.08.2008*