

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

**УПРАВЛІННЯ
ПІДПРИЄМНИЦЬКОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ
В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Колективна монографія

За редакцією О. В. Баєвої, І. М. Солоненка

МАУП

Київ 2007

ББК 65.495(4УКР)
У67

Автори: *О. В. Баєва* (передм., розд. 6, 8),
М. М. Білинська (розд. 2), *Л. І. Жаліло* (розд. 1),
Л. О. Згалат-Лозинська (розд. 9),
П. М. Клименко (розд. 7), *О. С. Коваленко* (розд. 5),
Н. І. Новальська (розд. 10), *Я. Ф. Радиш* (розд. 4),
Н. Д. Солоненко (розд. 3)

Рецензенти: *О. В. Куроченко*, д-р екон. наук, проф.
О. Ю. Лебединська, д-р наук з державного
управління, доц.
Л. А. Голик, д-р мед. наук, доц.

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії
управління персоналом* (протокол № 11 від 28.12.05)

**Управління підприємницькою діяльністю в галузі охоро-
ни здоров'я: Кол. моногр. / О. В. Баєва, М. М. Білинська,
Л. І. Жаліло та ін.; За ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. —
К.: МАУП, 2007. — 376 с.: іл. — Бібліогр. у кінці розд.**

ISBN 966-608-653-0

У колективній монографії висвітлено загальні принципи формування державної політики і економіки охорони здоров'я в Україні, розкрито сутність та принципи підприємницької діяльності, подано комплексний аналіз нормативно-правової бази здійснення господарської діяльності з медичної практики. Особливу увагу приділено організації медичного бізнесу, ролі фінансового менеджменту в організації діяльності лікувально-профілактичного закладу.

Для керівників лікувально-профілактичних закладів різних організаційно-правових форм, студентів вищих навчальних закладів і всіх, для кого становлять інтерес проблеми медичного бізнесу.

ББК 65.495(4УКР)

© О. В. Баєва, М. М. Білинська,
Л. І. Жаліло та ін., 2007
© Міжрегіональна Академія
управління персоналом (МАУП), 2007

ISBN 966-608-653-0

ЗМІСТ

Скорочення	7
Передмова	8

Частина I. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА І ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

10

1. Охорона громадського здоров'я: від теоретичних засад до нової моделі управління	10
1.1. Біосоціальна сутність людини як суб'єкта і об'єкта політики поліпшення здоров'я. Визначення здоров'я (індивідуального і громадського) за ВООЗ	10
1.2. Медико-соціальні аспекти здоров'я: проблеми перехідного періоду	14
1.3. Соціальне замовлення на здоров'я нації	18
1.4. Регіональні аспекти нового напрямку в охороні здоров'я	18
1.5. Новітні технології превентивної охорони громадського здоров'я	22
1.6. Міжсекторальне управління ризиками в системі охорони здоров'я	23
1.7. Громадські організації — партнери в охороні здоров'я	24
1.8. Міжгалузеві механізми управління у сфері охорони громадського здоров'я	26
1.9. Міжгалузевий принцип підготовки фахівців для формування нової культури і технологій управління в галузі охорони громадського здоров'я	28
1.10. Етапи формування сучасної політики ВООЗ щодо охорони громадського здоров'я	29
<i>Список використаної літератури</i>	<i>39</i>

2. Прогнозування потенційного впливу політичних рішень на громадське здоров'я	41
2.1. Основні поняття оцінки впливу на здоров'я	45
2.2. Загальні принципи оцінки впливу на здоров'я	46
2.3. Методи оцінки впливу на здоров'я	49

2.4. Аналіз застосування оцінки визначення впливу на здоров'я у світі	52
2.5. Методологічне обґрунтування оцінки впливу на здоров'я.....	54
2.6. Перспективи розвитку оцінки визначення здоров'я... ..	59
<i>Список використаної літератури.....</i>	<i>63</i>
3. Економічний аналіз в охороні здоров'я.....	66
3.1. Сутність економічного аналізу.....	66
3.2. Основні терміни і поняття економічного аналізу в охороні здоров'я.....	68
3.3. Критерії оцінки результативності медичної допомоги	73
3.4. Типи економічної оцінки в охороні здоров'я	76
3.4.1. Аналіз мінімізації витрат (СМА)	79
3.4.2. Аналіз “витрати — результативність” (СЕА) ..	80
3.4.3. Аналіз “витрати — вигода” (СВА).....	83
3.4.4. Аналіз “витрати — корисність” (Cost-utility analysis — CUA)	87
3.5. Обмеження економічної оцінки в охороні здоров'я ...	91
<i>Список використаної літератури</i>	<i>94</i>
4. Медичне страхування як механізм багатоканального фінансування галузі охорони здоров'я	95
4.1. Медичне страхування на теренах України: генезис і тенденції розвитку (друга половина XIX ст. — перша половина XX ст.).....	96
4.2. Практичні засади медичного страхування.....	105
4.3. Суб'єкти медичного страхування	115
4.3.1. Фінансова надійність страховика	118
4.3.2. Страхові резерви	120
4.3.3. Інвестиційна політика страховика.....	123
4.4. Організаційно-економічні передумови розвитку медичного страхування в Україні	127
4.5. Особливості оподаткування медичного страхування	129
4.5.1. Оподаткування страхових компаній	129
4.5.2. Оподаткування страховальника	131
4.5.3. Оподаткування лікувального закладу.....	131
<i>Список використаної літератури.....</i>	<i>132</i>

5. Застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я	135
5.1. Інформаційні системи в охороні здоров'я	139
5.2. Структура медичної інформаційної системи	148
<i>Список використаної літератури</i>	<i>155</i>

Частина II. ЗАГАЛЬНІ ЗАСАДИ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ.....158

6. Сутність підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я	158
6.1. Загальні принципи підприємницької діяльності в Україні	158
6.2. Організаційно-правові форми підприємницької діяльності.....	164
6.3. Визначення конкурентних переваг лікувально-профілактичного закладу	173

<i>Список використаної літератури</i>	<i>182</i>
---	------------

7. Нормативно-правові аспекти здійснення господарської діяльності з медичної практики в Україні	185
7.1. Правові засади системи охорони здоров'я.....	185
7.2. Право на охорону здоров'я в міжнародних нормативно-правових актах	187
7.3. Закони і кодекси України в галузі охорони здоров'я	188
7.4. Кримінальна відповідальність при провадженні медичної практики	197
7.5. Адміністративні порушення при провадженні медичної практики	199
7.6. Правові засади ціноутворення при наданні медичних послуг	201
7.7. Нормативно-правове забезпечення трудових взаємовідносин при провадженні медичної практики.....	207

<i>Список використаної літератури</i>	<i>210</i>
---	------------

8. Започаткування господарської діяльності з медичної практики: державна реєстрація, ліцензування і акредитація	221
8.1. Реєстрація господарської діяльності з провадження медичної практики (із створенням юридичної особи)	221
8.2. Реєстрація фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності з провадження господарської діяльності з медичної практики (без наймання робочої сили)	234
8.3. Реєстрація фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності з провадження господарської діяльності з медичної практики (з найманням робочої сили)	237
8.4. Ліцензування діяльності з провадження медичної практики	241
8.5. Державний контроль за дотриманням умов і правил підприємницької діяльності з провадження медичної практики	251
8.6. Акредитація як форма державного контролю за якістю подання медико-санітарної допомоги	255
<i>Список використаної літератури</i>	261
9. Фінансовий менеджмент в організації роботи лікувально-профілактичних закладів	266
<i>Список використаної літератури</i>	284
10. Механізм ціноутворення і визначення собівартості медичних послуг	285
10.1. Сутність ціни та ціноутворення	285
10.2. Класифікація цін	287
10.3. Класифікація витрат медичних установ	289
10.4. Методи ціноутворення в охороні здоров'я	293
10.5. Визначення собівартості медичних послуг	295
<i>Список використаної літератури</i>	302
Додатки	304

СКОРОЧЕННЯ

АКУ — Кодекс України про адміністративні правопорушення
АРМ — автоматизоване робоче місце
ВВП — внутрішній валовий продукт
ВНЗ — вищий навчальний заклад
ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я
ГКУ — Господарський кодекс України
ЕМЗ — електронний медичний запис
ЕС — Європейський Союз
ІС — показник індивідуального споживання
ІСЗ — індекс стану здоров'я
ККУ — Кримінальний кодекс України
КПКУ — Кримінально-процесуальний кодекс України
КСГ — клініко-статистична група
ЛПЗ — лікувально-профілактичний заклад
МЕС — медико-економічні стандарти
МІС — медичні інформаційні стандарти
ОМС — обов'язкове медичне страхування
ООН — Організація об'єднаних націй
ОС — операційна система
ПМСД — первинна медико-санітарна допомога
СЗН — стан здоров'я населення
СМО — страхова медична організація
СПД — суб'єкт підприємницької діяльності
СУБД — система управління базою даних
УОП — умовна одиниця працездатності
ЦКУ — Цивільний кодекс України

МАУП

Передмова

Соціально-економічні перетворення в Україні та еволюція суспільних потреб зумовили низку змін у галузі охорони здоров'я, що переважно виявляються у збільшенні частки приватного сектора. Недержавний сектор охорони здоров'я здебільшого становлять установи, які належать до категорії малого та середнього бізнесу. В Україні приватний сектор охорони здоров'я перебуває на початковому етапі і становить близько 3 % обсягу послуг, що надаються в галузі. Основною умовою ліцензування медичної практики є перебування на посаді керівника установи головного лікаря, який закінчив медичний ВНЗ III–IV рівня акредитації, має значний досвід і високу кваліфікацію з медичної спеціалізації, проте без 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 із розвиненою системою охорони здоров'я свідчить про доцільність управління багатопрофільними медичними установами спеціалістами за фахом Health Service Management або Health Care Management. В Україні підготовка менеджерів у галузі охорони здоров'я тільки починає впроваджуватись. Медичний бізнес висуває низку вимог до менеджерів: обізнаність із плануванням потреб медичної установи в матеріальних, фінансових та трудових ресурсах, бізнес-плануванням, впровадженням інноваційної політики, забезпеченням її рентабельності та конкурентоспроможності. Звісно, такі функції не можуть виконувати фахівці, які закінчили медичні інститути або менеджери і економісти, не обізнані зі специфікою галузі охорони здоров'я.

З метою підвищення кваліфікації керівників закладів охорони здоров'я в жовтні — грудні 2004 р. Міжрегіональна Академія управління персоналом спільно з Головним управлінням з питань підприємництва виконавчого органу Київської міської

Ради (Київської міської державної адміністрації) у межах освітньої програми для підприємців та управлінських кадрів у сфері підтримки підприємництва здійснили навчання головних лікарів міста за бізнес-програмою “Нормативно-правове забезпечення підприємництва в медицині”. Основні матеріали цієї Бізнес-програми покладено в основу запропонованої колективної монографії. Монографія складається з двох частин. У першій частині висвітлено питання державної політики і економіки охорони здоров'я в Україні. Другу частину присвячено загальним засадам здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Авторами колективної монографії є О. В. Баєва, доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту МАУП; І. М. Солоненко, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри управління охороною громадського здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України (НАДУ), М. М. Білинська, доктор наук державного управління, професор кафедри управління охороною громадського здоров'я НАДУ; Л. І. Жаліло, доктор біологічних наук, професор, професор кафедри управління охороною громадського здоров'я НАДУ; Л. О. Згалат-Лозинська, кандидат економічних наук, доцент кафедри менеджменту МАУП; П. М. Клименко, кандидат медичних наук, головний лікар медично-санітарної частини заводу “Арсенал”; О. С. Коваленко, доктор медичних наук, завідувач відділу медичних інформаційних систем Міжнародного науково-навчального центру інформаційних технологій та систем Національної академії наук України; Н. І. Новальська, кандидат економічних наук, доцент кафедри менеджменту МАУП; Я. Ф. Радиш, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри управління охороною громадського здоров'я НАДУ; Н. Д. Солоненко, кандидат наук з державного управління, доцент кафедри управління охороною громадського здоров'я НАДУ.

Частина I

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА І ЕКОНОМІКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1. Охорона громадського здоров'я: від теоретичних засад до нової моделі управління

Усталені сучасні уявлення про громадське здоров'я базуються на обґрунтованій ВООЗ концепції триєдності фізичної, соціальної і духовної складових здоров'я. Охорона громадського здоров'я в її сучасному визначенні потребує нової культури управління, нових технологій, які становлять складову менеджменту охорони здоров'я в цілому. Впровадження нових технологій управління відбувається в межах інституціонального внутрішнього середовища щодо охорони здоров'я на тлі так званого зовнішнього середовища, утвореного в Україні трансформаційним суспільством і його реформованою економікою.

Сутністю таких технологій можна вважати насамперед мобілізацію і організацію ресурсів суспільства, таких як сили і засоби громадськості; міжгалузевий, мультидисциплінарний підхід; необхідність нових знань. Таким чином, органічно постає потреба розглянути охорону “нового” громадського здоров'я [1] у повному обсязі змін — від теоретичних засад, на яких базуються документи ВООЗ, до конкретних технологій управління, реалізованих у прогресивних країнах і закладених у проекти реформування системи охорони здоров'я в Україні.

1.1. Біосоціальна сутність людини як суб'єкта і об'єкта політики поліпшення здоров'я. Визначення здоров'я (індивідуального і громадського) за ВООЗ

У науково-дослідницькому аспекті цілісна людина розподілена за різними відомствами: здорове тіло належить природо-

знавству, хворе — медицині, свідомість, мораль та інші якості людини як особистості — соціогуманітарним наукам. Якщо подібне припускається в теоретичних дослідженнях, то в бутті, життєдіяльності людина є єдиним цілим, частиною цілісної системи. Це відтворено в нових наукових концепціях синергетики — науки про системний, нелінійний розвиток.

Нині у процесі реформування системи охорони здоров'я потребується новий, неупереджений погляд на таку, здавалося б, галузеву, а насправді світоглядну проблему, як норма і патологія, або стан здоров'я і хвороби людини. Розуміння їх сутності, формування динаміки переходу одного у друге й можуть стати науковими засадами змістового повороту системи охорони здоров'я до сталого прогресивного розвитку здорового етносу.

Для цього потрібно прийняти новий стиль наукового мислення, за яким людина сприймається як складна самоорганізовувана частина світу — природи й суспільства, і всі зміни її стану (від норми до патології) системно і нелінійно детерміновані.

Уся система — сучасна цивілізація, яка включає природу, суспільство і власне людину — перебуває, за визначенням наукової думки, у критичному стані, який прогресивні вчені характеризують як безмірне зростання технічної могутності і втрати особистісної та біологічної цінності сучасної людини.

Таким чином, людина як частина системи перебуває у кризовому стані виживання, спричиненому передусім безпосередньо людиною — її ставленням до природи, або довілля, до спільноти людей, або суспільства і, врешті, власне до себе.

Органічний взаємозв'язок у цій системі надає людині біосоціального статусу, який дає змогу розглядати її життєдіяльність як органічну сукупність біологічного організму і соціальної особистості.

Вирішення питання взаємодії біологічних і соціальних факторів у сучасній медицині, як зазначав відомий вчений М. О. Семашко, є лакмусовим папером, що визначає різні теоретичні підходи до **вирішення основних медичних проблем**. Йдеться про стратегію збереження і підвищення потенціалу здоров'я з метою продовження тривалості життя.

Як відомо, показниками стану популяції є просторова експансія і зростаюча чисельність, тому за наявної демографічної кризи ситуацію в нашій державі слід оцінити як занепад нації.

Проте реально оцінити цей стан можна лише з урахуванням динаміки розвитку розглядуваної системи загалом.

Окремі фахівці вважають, що таку ситуацію слід оцінювати глобальніше. На кінець другого тисячоліття людина як вид досягла повного розквіту: ареал її поширення був глобальний, чисельність збільшилась у 18 разів і причини тимчасового спаду не мали глобального характеру, а цілком залежали від дій самої людини (війни, антропогенні катастрофи, скупченість при епідеміях тощо). Кожне чергове подвоєння чисельності людства відбувалося з вражаючим прискоренням: перше — упродовж 600 років, друге — 230, третє — 100, четверте — 40 років. Існує думка, що сучасну демографічну ситуацію можна оцінити як оптимальну за деякого зниження чисельності популяції, причому в Україні — на 10 млн осіб, після чого спостерігається збереження чисельності популяції або простіше — відтворення.

Техніка, медицина і фармакологія зумовили зніженість і детренованість людини, втрату нею здатності долати перешкоди, генетичну деградацію.

Деякий час поняття подвійності природи людини — як біологічної і соціальної істоти — сприймалися виключно як антагоністичні. Вивчення біологічної генетики людини з часом обґрунтовує роль у цьому соціальних факторів буття і цим самим виходить за межі встановленої компетентності. Разом з тим вивчення становлення праці й соціальності людини зумовлює визнання їх існування в інших угрупованнях біологічних видів і так само виходить за межі компетентності соціології.

Отже, соціоприродність проблеми “людина — природа” є фундаментальною її ознакою і позначається на всіх сферах буття людей, в яких відбувається їх взаємодія.

Однією з таких сфер (галузей) є медицина і її управлінсько-організаційний аспект — охорона здоров’я, де зазначене поняття набирає конкретної форми “медико-соціальних проблем”.

Біосоціальна сутність людини відбилась і у визначенні поняття “здоров’я”. **Здоров’я індивіда** — це динамічний процес збереження і розвитку його соціально-природних (біологічних, фізіологічних і психічних) функцій, соціально-трудової, соціокультурної і творчої активності за максимальної тривалості життєвого циклу [1].

Громадське здоров'я — це медико-соціальна комплексна категорія, що інтегрує сукупність індивідуального здоров'я громадян, ступінь забезпечення його охорони, соціально-екологічні, соціально-економічні та соціально-демографічні характеристики суспільства [1].

Усталені в суспільстві соціально-біологічні норми впливають також на погляди в медицині, де під впливом суспільного менталітету формується поняття медико-біологічної норми. Органічний взаємозв'язок соціальних факторів і фізичних або біологічних показників має значення на стадії зміцнення, відновлення здоров'я та в реабілітаційний період. Економічні, політичні, моральні або релігійні соціальні фактори створюють сприятливу або несприятливу базу для фізіологічного і психологічного здоров'я людини, нації загалом. Важливу роль у цьому контексті відіграють соціальна справедливість і захист особистості, тобто рівномірність впливу соціального тиску на окремих представників суспільства.

Як доведено, за умов постійної економічної невизначеності, що наявні нині в Україні, людина перебуває у стані хронічного стресу, що виявляється у дратівливості та агресивності, девіантній суспільній поведінці, хронічних психо-соматичних захворюваннях. Різке збільшення випадків правопорушень, алкоголізму, наркоманії тощо так само є проявом хронічного стресового стану частини населення. У іншій ж частині населення при хронічному стресі невизначеності майбутнього спостерігається підвищений потяг до різних побутових стимуляторів, наприклад, тютюнопаління. У США ця побутова звичка вважається “ознакою бідності й невлаштованості”.

Проблема норми і патології в умовах науково-технічного прогресу включає питання впливу екологічних факторів. У медицині на першому плані завжди були моральні й етичні норми, які часом відрізнялися від суворіших соціальних норм суспільства.

При реформуванні системи охорони здоров'я слід обов'язково враховувати біосоціальну сутність людини, фізичний стан якої безпосередньо або у прихованому вигляді визначається комплексом соціальних факторів.

На тривалість життя як біосоціальний феномен впливають усі соціальні складові, а тому це справжній інтегрований показ-

ник стану суспільства і носій так званого генетичного навантаження, що “очищується” доволі повільно і визначається інтенсивністю зміни поколінь — чотири покоління за 100 років.

З огляду на наведене демографічна ситуація, яка склалася в Україні за певних біосоціальних умов існування людини і популяції, не зміниться на краще за найоптимальніших прогнозів ще тривалий час.

1.2. Медико-соціальні аспекти здоров'я: проблеми перехідного періоду

З позицій соціології здоров'я як понятійна категорія має два взаємопов'язаних аспекти. З одного боку, здоров'я людини є соціальною цінністю, з іншого — формується і перебуває під дією соціальних умов життєдіяльності. Можна сказати, що другий аспект наповнює перший відповідним змістом. У різних соціумах вагомість здоров'я як соціальної цінності різна й відбиває ступінь прогресу суспільства.

На такому підході до поняття здоров'я базується використання показників стану здоров'я населення країни разом з його можливістю до самореалізації (ООН, 1993 р.) як міри ступеня прогресивного розвитку країни. І як критерій порівняння різних культур і суспільств здоров'я населення є показником конкурентоспроможності держави [1].

Спроможність України до економічного зростання значною мірою залежить від стану здоров'я населення і можливості його поліпшення. Разом з тим рівень здоров'я населення України визначається міжнародними організаціями як низький [6]. В Україні за спостереженнями експертів Світового Банку, опублікованими в 1999–2005 рр. [2], загальний коефіцієнт смертності за останні п'ять років збільшився на 14,7 % при збільшенні загальноєвропейського показника на 6,6 % (рис. 1.1). Смертність від серцево-судинних захворювань зросла на 39,7 %, від злоякісних утворень — на 4,5 %, травм і отруень — на 23,2 %, захворювань органів дихання — на 32,1 %. Якщо оцінити таку негативну динаміку із загальноєвропейських позицій, то стан здоров'я населення України справляє ще гірше враження: загальний коефіцієнт смертності в Україні вищий від загальноєвропейсько-

го на 36,4 %, за смертністю від серцево-судинних захворювань — на 72,4 %, від травм і отруєнь — на 59,3 %, захворювань органів дихання — на 32,7 %. Врешті, смертність немовлят (до одного року) в Україні перевищує середній показник у Європі вдвічі. При цьому зауважимо, що середньоевропейські показники є даними з усіх країн Європи, у тому числі з перехідною економікою і низьким рівнем здоров'я населення. Порівняно ж з даними 15 країн — членів ЄС показники здоров'я населення України нижчі у два і більше разів [2].

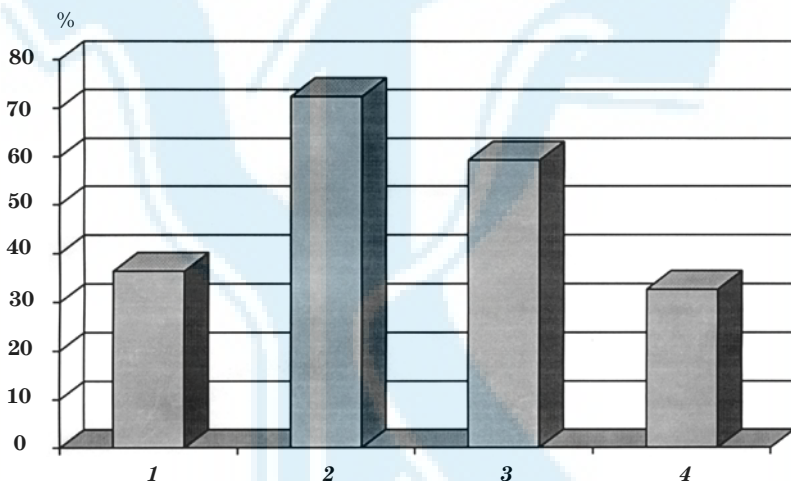


Рис. 1.1. Коефіцієнт загальної смертності населення України (1), смертності від серцево-судинних захворювань (2), отруєнь, травм (3) і захворювань дихальної системи (4)

Низькі показники стану здоров'я населення мають й інші країни з перехідною економікою [6; 7].

Постає питання: чи не є низький рівень здоров'я населення країн з перехідною економікою закономірним і невинним явищем, яке може змінитися лише в разі зміцнення їх економіки і виходу з перехідного періоду.

Перше припущення щодо закономірності процесу зниження рівня громадського здоров'я в Україні, як і в інших країнах з перехідною економікою, можна вважати логічним.

З огляду на поширену модель Лалонда про залежність рівня здоров'я населення на 50 % від способу і рівня життя, на 20 % — від спадковості, на 20 % — від стану навколишнього середовища і тільки на 10 % — від стану системи охорони здоров'я доходимо висновку, що майже всі зазначені складові залежать від матеріального забезпечення, тобто розвитку економіки держави, реальної наповненості ВВП та ІС (індексу споживання).

Низький рівень матеріального забезпечення більшості населення знижує його можливості щодо якісної життєдіяльності, користування якісним і достатнім відпочинком, засобами зміцнення здоров'я (басейнами, спортивними засобами), достатнього харчування, використання функціональних фармацевтичних засобів — вітамінів, адаптогенів та ін. Це робить здоров'я значної частини населення вразливим щодо факторів ризику. Недостатнє матеріальне забезпечення галузі охорони здоров'я унеможливує оптимальне відновлення зниженого рівня здоров'я населення.

Істотно впливають на особистісну характеристику людини — її здоров'я — у перехідний період і соціальні фактори — виникнення бідності не як результату ледарства або недостатності розуму, а як непристосованості до нових соціальних умов, непотрібності значної кількості професій, соціальної нерівності та несправедливості, страху втратити роботу або безробіття, пониження людської гідності через низьке матеріальне забезпечення. Усе це становить стресогенні фактори для більшості населення країн перехідного періоду. Здебільшого вони становлять групу хронічних стресів, тиск яких накопичується і спричиняється до виникнення низки захворювань, перше місце серед яких посідають серцево-судинні.

Здійснений фахівцями Інституту стратегічних досліджень аналіз наведених даних [3] дає можливість класифікувати причини смертності на екзогенні та ендогенні. Що характерно, смертність з екзогенних або ендогенних причин варіює за віковими групами населення: якщо у віці до 15 років та після 70 переважають ендогенні причини, тобто генетичні та онтогенетичні, то у працездатному віці — екзогенні. Причому, для чоловіків і жінок ступінь ризику різниться як за типами діючих факторів, так і за віковим діапазоном. Для чоловічого населення майже в усіх вікових групах працездатного віку екзогенні ризики значно

вищі, ніж для жіночого. Для чоловіків діапазон піку екзогенних ризиків становить 30–54 роки і найбільший з них припадає на вік 40–44 роки. У динаміці коефіцієнт смертності з екзогенних причин для чоловіків збільшився на 50 %. Для жінок незначний пік спостерігається у віці екзогенних ризиків у 30–35 років [3].

Отже, актуальною для України є проблема високого впливу екзогенних факторів ризику на здоров'я і смертність населення. Характерний для України перехідного періоду й кризовий стан громадського здоров'я за відсутності реальних економічних механізмів його зміцнення.

Розглянемо питання, чи є зниження рівня здоров'я населення в перехідний період невинним явищем.

Аналіз публікацій останніх років [1–7], які відбивають громадську думку та міркування спеціалістів з охорони здоров'я, засвідчує, що реальним шляхом зміцнення здоров'я населення є використання двох моделей:

- реструктуризація закладів превентивної медицини на сучасні завдання зміцнення здоров'я практично здорового контингенту населення із залученням громадських, опікунських, індивідуальних та інших форм фінансування, особливо на регіональному рівні управління, а також освітня форма впровадження культури здоров'я;
- концентрація коштів, які спроможна виділити держава з перехідною економікою, на забезпеченні необхідного рівня медичної допомоги населенню із запровадженням багатоканального фінансування галузі.

Проте для впровадження цих моделей потребується щонайменше дві розробки з тим, щоб вони відповідали існуючій у період перехідної економіки ментальності людини — наукового обґрунтування шляхів активної участі людини у формуванні та зміцненні власного здоров'я і економічного передбачення ефективності результатів впровадження різних форм фінансування медичної допомоги.

Управлінський аспект змін у галузі охорони здоров'я України перехідного періоду пов'язаний зі створенням або реструктуризацією міжгалузевих механізмів секторів державного управління, приватних та громадських організацій при залученні безпосередньо людини до цієї системи.

1.3. Соціальне замовлення на здоров'я нації

На цей момент рівень громадського здоров'я в Україні можна визначити як катастрофічний: середній вік громадянина України — 37,8 року, тривалість життя — 67 років, співвідношення смертності та народжуваності в розрахунку на 1000 жителів — 15,5 : 9,1, допрацевдатних і післяпрацевдатних — 20,7 : 23,2. У країні налічується понад 600 тисяч хворих на туберкульоз, понад 700 тисяч зареєстрованих наркоманів, серед яких 80 % “ін'єкційних” — носіїв ВІЛ-інфекції; рівень смертності від наслідків алкоголізму останніми роками підвищився майже вдвічі.

Першим етапом зниження рівня здоров'я громадянина є зниження рівня здоров'я його батьків, що становить проблему репродукції населення. Народження хворих дітей, зі зниженим імунітетом, виникнення хронічних захворювань у ранньому дитинстві зумовлюють утворення контингенту зі зниженою життєздатністю і працевдатністю. При цьому соціальне і фізичне навантаження на здорову частину населення збільшується і призводить до зниження рівня її здоров'я.

Таким чином, суспільство, у тому числі й здорова його частина, виявляє безпосередній інтерес до пошуку шляхів поліпшення здоров'я нації. Ця проблема переростає в соціальне замовлення всім владним і управлінським структурам, а також науці, освіті й культурі на співдію, спрямовану на формування, збереження здоров'я населення.

1.4. Регіональні аспекти нового напрямку в охороні здоров'я

З огляду на специфічні проблеми різних регіонів країни, їх економічні та екологічні особливості реалізація нового напрямку в системі охорони здоров'я стає ще далі реальнішою.

Окремі регіони України вирізняються не лише кліматичними і природно-географічними умовами, а й щільністю населення, побутовими традиціями, демографією, а також суто соціальними показниками — рівнем освіти, соціальною структурою тощо.

Регіональні фактори істотно впливають на географію здоров'я в Україні. Дослідженішим є вплив на здоров'я населення в ре-

гіонах з певними екологічними умовами. Створено карту захворюваності в областях, яка має певні недоліки, проте переважно відтворює регіональні особливості. Без урахування регіональних аспектів життєдіяльності населення реалізація нової політики не має перспектив.

Реформування ланки первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) в її новій функціональній якості більшою мірою відповідає вимогам регіонального або муніципального рівня. Попередній аналіз стану здоров'я в окремих регіонах України виявив різні механізми і першопричини захворювань та регіональні особливості епідеміології. Тому досконалий моніторинг ресурсного потенціалу регіональних ланок ПМСД є однією з визначальних умов успіху реструктуризації галузі.

Можна вважати, що посилення профілактичного складника, формування і впровадження здорового способу життя, спрямування всіх сфер суспільства на оздоровлення життєдіяльності, умов праці й побуту, передання його наступним поколінням — це те нове, що надасть реформам у галузі охорони здоров'я сучасних рис, поставить людину в центр їх уваги, перетворить суспільство на активного співучасника формування громадського здоров'я.

Таким чином, масштабні перетворення в такій відповідальній галузі суспільної політики, як охорона здоров'я, тільки тоді стануть цивілізованим прогресивним кроком у нашій державі, коли вони будуть соціально легітимними, тобто їх необхідність визнає суспільство, вони відповідатимуть його нагальним потребам і матимуть прийнятне соціальне значення.

Виходячи з уявлення про громадське здоров'я як медико-соціальну категорію можна стверджувати, що на стан здоров'я населення зміни перехідного періоду в українському суспільстві вплинули доволі суттєво. Перехідний до ринкової економіки період в Україні (і Росії) призвів до ослаблення ролі центрального державного управління і, звісно, посилення регіонів.

Разом з тим природно-географічні, кліматичні, господарські, побутові умови, а також різні за силою зв'язки з центром призвели до того, що різні регіони України розвивалися в перехідний період по-різному і на цей момент мають особистісну характеристику показників, у тому числі й тих, що стосуються системи охорони громадського здоров'я.

Індекс стану здоров'я населення обчислюється з урахуванням показників первинної захворюваності, дитячої смертності та інвалідизації і середньої очікуваної тривалості життя в розрахунок на одиницю населення.

Цей показник перевищує середньостатистичний у 15 регіонах України, нижчий — у 12. Наявні значні регіональні відмінності в системі охорони громадського здоров'я України. Регіони практично відповідають територіально-адміністративному поділу на 27 областей. Крім того, існують великі регіональні території [5]: Центр, Північ, Схід, Захід, Південь.

Поглиблюються й територіальні відмінності. У першій половині 1998 р. найвищий рівень смертності зафіксовано в Сумській та Чернігівській областях, дитячої смертності — у Криму, Одеській та Херсонській областях. Перше місце за захворюваністю на туберкульоз посідає Донецька область. Незважаючи на наявність загальних рис кожний регіон має індивідуальні передумови для формування і охорони громадського здоров'я, темпи змін і ресурсний потенціал.

За станом громадського здоров'я регіони України поділяються на три типи:

I тип — західні області, ІСЗ = 0,845–0,929; стан здоров'я населення задовільний. Розрізняють регіони зі стабільними показниками, що поліпшуються або погіршуються (Рівненська область);

II тип — ІСЗ = 0,944–1,038; СЗН середній. Так само розрізняють регіони зі стабільними показниками, такими, що поліпшуються або погіршуються (Хмельницька, Львівська, Волинська, Кіровоградська, Київська області, Крим);

III тип — ІСЗ = 1,042–1,138; СЗН незадовільний. Динаміка така сама, як і у двох попередніх типах. Спостерігається подальше погіршення в Донецькій та Чернігівській областях.

Таким чином, регіональні відмінності в системі охорони громадського здоров'я доволі значні. Регіони України різняться такими ознаками:

- ступенем зв'язку із центром (віддалені, близькі);
- фінансовою і соціальною автономністю;
- ступенем довіри до регіонального керівництва;
- рівнем соціальної і громадської самосвідомості;
- рівнем освіченості населення;
- інвестиціями;

- господарською спеціалізацією;
- економічним потенціалом;
- рівнем безробіття;
- рівнем бідності, у тому числі й суб'єктивною його оцінкою;
- середньою заробітною платою;
- іншими факторами стресогенного напруження;
- природними ресурсами;
- ступенем розвитку галузі охорони здоров'я;
- екологічними, у тому числі антропогенними, умовами.

Регіональні особливості охорони громадського здоров'я. Класифікація і узагальнення регіональних особливостей засвідчують, що регіональні, або фонові, особливості охорони громадського здоров'я мають біосоціальний характер.

До основних особливостей системи охорони здоров'я в регіоні належать такі:

- забезпеченість одного жителя основними фондами охорони здоров'я, фізичної культури і соціального забезпечення;
- розвиток мережі й потужність закладів охорони здоров'я;
- потужність об'єктів соціального комплексу;
- потужність об'єктів рекреаційного комплексу;
- рівень людського розвитку (освіта);
- культура здоров'я;
- екологічні показники;
- інфраструктура забезпечення закладами охорони здоров'я;
- інфраструктура забезпечення рекреаційними можливостями;
- фінансування закладів охорони здоров'я і рекреації.

Істотний вплив справляють також комплексні (регіональні, або фонові) особливості (R), які визначаються характером взаємодії економічних (техногенних), соціальних (соціальних), екологічних (природних) та демографічних (біологічних) чинників:

$$R = Ap \text{ при } pR = n/N,$$

де A — наслідок; p — ймовірність наслідку; n — кількість випадків; N — середня чисельність населення.

В управлінні розрізняють такі принципи регіонального підходу:

- зв'язок з усією системою (регіон, частина держави);
- використання багатоджерельного фінансування (фонди, бюджет, страхування, благодійність);
- пріоритетна цілеспрямованість заходів;
- адекватний розвиток інфраструктури;
- розвиток культури здоров'я населення.

Регіональна політика в галузі охорони громадського здоров'я відтворює адаптованість заходів охорони здоров'я і реформ системи до показників здоров'я населення регіону і регіональних особливостей. До таких показників, зокрема, належать:

- **потенціал здоров'я** — комплекс спрямованих на оптимізацію стану здоров'я заходів, які спроможні здійснити держава, суспільство, система охорони здоров'я, громадянин;
- **інтегрований індекс здоров'я** — народжуваність, смертність загалом, дитяча смертність, середня очікувана тривалість життя, первинна захворюваність, інвалідизація.

1.5. Новітні технології превентивної охорони громадського здоров'я

Функціональний ланцюг ланок охорони здоров'я — “зміцнення здоров'я — профілактика захворювань — діагностика — лікування — реабілітація” — це цілісна система, в якій ослаблення однієї ланки підсилює напруження в інших, а кінцевим результатом є здоров'я і тривалість життя.

Акцент на першу ланку системи сприяє активній участі людини в побудуванні й охороні особистого здоров'я.

Одним з напрямів профілактики у превентивній медицині є застосування речовин, які впливають на так званий третій стан організму. До них належать антиоксиданти, адаптогени, вітаміни, мінеральні речовини та мінеральні води.

Третій стан організму, що є проміжним між здоров'ям і нездоров'ям, характерний для більшості людей у несприятливих екологічних, стресогенних умовах, становить найбільшу турботу превентивної медицини. Потребують упорядкування механізми впливу на людину, яка перебуває у стані нестійкого здоров'я. Основна увага в напрямі превентивної охорони громадського здоров'я зосереджена на стратегії формування здорового способу життя.

1.6. Міжсекторальне управління ризиками в системі охорони здоров'я

Ефективність системи охорони здоров'я значною мірою залежить від сприйняття людини як цілісної системи в єдності її біологічної типології, соціальної сутності з урахуванням умов навколишнього природного середовища. Проблема оптимальності — одна з центральних кожної складної системи. Стратегія оптимальних рішень сформувалась у процесі еволюції і є вимушеною реакцією вибору організму.

Системний підхід до поняття збереження здоров'я і аналіз системного взаємозв'язку в організмі здорової людини з урахуванням її спадковості надають можливість скласти стратегічний план превентивних заходів збереження здоров'я і реабілітації в разі захворювання.

Безумовно, підготовчу роботу з визначення змісту роботи і створення стратегії збереження та укріплення здоров'я населення покладено на систему охорони здоров'я. Проте ефективна реалізація чітко поставлених завдань залежить від того, якою мірою широке коло учасників охопить ідея збереження здоров'я населення. Партнерів визначає сфера їх діяльності й рівень управління та регулювання проблеми.

Останнім часом партнерами системи охорони здоров'я щодо збереження здоров'я населення є нові економічні та соціальні структури і, врешті, власне людина.

Разом з тим в Україні не створено інфраструктуру, яка б могла залучити зазначені сили до стратегії укріплення здоров'я населення. Надію можна покласти на оновлений підрозділ Міністерства охорони здоров'я України на чолі із заступником міністра з питань зміцнення здоров'я населення. Але для цього необхідно наповнити його діяльність відповідним змістом.

Діяльність цього підрозділу зазнаватиме певних утруднень, пов'язаних, по-перше, зі старою формою санітарно-просвітницької роботи, по-друге, відсутністю на цей момент механізмів зацікавленості нових структур-партнерів у співпраці з державними структурами управління охорони здоров'я.

Основною структурою, що зацікавлена у здоровому працездатному населенні, є держава. Саме її політика в питанні зміцнення, а для України — формування здоров'я населення є виз-

начальною у створенні рушійних механізмів як ідеологічних, так і структурних у проблемі здоров'я нації.

Головна ідея політики держави в цьому питанні — створення як ідеології, так і конкретних структур для її реалізації, включаючи створення законодавчого поля.

Структури уряду, які виконують функції безпосередньо охорони здоров'я, освіти, соціальної допомоги та охорони навколишнього середовища, змушені пов'язувати їх діяльність у сфері збереження і укріплення здоров'я населення з економічним розвитком держави. Зрозуміло, що в Україні, як і в інших новоутворених країнах східної Європи з кризовим станом економіки, усі питання, пов'язані з проблемою здоров'я населення, несуть на собі тавро кризової економіки.

У цьому зв'язку політика держави з розв'язання проблем формування здоров'я населення змушена реалізовуватися складним шляхом: замість обслуговування населення створювати або сприяти створенню державних, громадських і приватних структур, що надають послуги з формування і охорони здоров'я.

При цьому зауважимо, що державні структури в Європі дедалі більшою мірою децентралізуються як щодо управління, так і фінансування. Таке делегування повноважень і відповідальності на рівень обласних, територіальних та муніципальних структур не звільняє державу від відповідальності за стан здоров'я нації.

Політика держави повинна виходити з пріоритету здоров'я нації у програмах політичних діячів різного рівня починаючи з передвиборчої програми Президента, а також у звітах про досягнення саме в цьому пріоритетному для існування нації питанні.

1.7. Громадські організації — партнери в охороні здоров'я

Безумовно, здоров'я людини є фактором “людського капіталу” держави, який зумовлює рівень продуктивності праці в суспільстві й визначає перспективи соціально-економічного розвитку держави, і забезпечення охорони здоров'я населення становить першочергове державне завдання. Проте тільки загальносуспільне усвідомлення цінності здоров'я громадян може стати передумовою розробки і впровадження реформ у системі охорони здоров'я в Україні.

Створення громадських організацій з метою поліпшення здоров'я населення є реальним шляхом до збереження етносу.

Цей процес відбувається в Україні за двома схемами:

- розробка міжнародних партнерських проектів і програм з питань здоров'я, до яких належать Українсько-Канадські програми “Партнери в охороні здоров'я”, “Міста здоров'я”, “Молодь за здоров'я” (1993–2003 рр.), що охоплюють здебільшого освітні заклади;
- створення національних програм з різних аспектів здоров'я населення — СНІДу, наркоманії, тютюнопаління, алкоголізму та міжгалузевої національної програми “Здоров'я нації”.

Значну роль у соціальній ефективності реформ відіграє освітня галузь, покликана реалізувати нову концепцію профілактичної медичної освіти. І власне людина в цій концепції є не пасивним предметом піклування медицини, а самостійним активним будівником власного здоров'я в його повному обсязі.

Стратегічно доцільно сформувати мультифункціональні команди, що входять до структури первинної медико-санітарної допомоги як першої ланки доступності для населення. Разом з тим у таких функціональних одиницях пріоритет повинні мати спеціалісти з питань впровадження здорового способу життя (*health promotion and health education*), тобто превентивної профілактики більшості поширених захворювань.

У цьому питанні слід запозичити досвід прогресивних країн, де високе забезпечення державою охорони здоров'я, розвинені страхова і приватна медицина не усувають актуальної діяльності громадських організацій. Роль цих організацій полягає насамперед у кореляції та заохоченні громадських внесків у сферу медичного обслуговування і сприяння здоровому способу життя.

Практика впровадження громадського руху за здоров'я в Україні включає також створення різних оздоровчих товариств (зокрема, Товариства послідовників Іванова, туристичних товариств), які потребують контролю з боку системи охорони здоров'я.

Таким чином, розвиток громадського підходу до збереження здоров'я перспективний, проте потребує відповідальності професіоналів у галузі здоров'я.

Разом з тим участь вітчизняних громадських організацій у розв'язанні проблем збереження здоров'я проблематична, ос-

кільки допоки не існує джерел фінансування, меценатства, спроможних подати дієву допомогу у формуванні та збереженні здоров'я населення.

Новий погляд на здоров'я, що включає умови фізичного середовища, соціально-економічні умови існування групи людей, популяції і, врешті, населення загалом, так само дає змогу вести мову про збереження здоров'я нації за умов активної участі в цьому процесі населення України.

Процес включення населення в охорону здоров'я в Україні розпочався з введенням неперервної валеологічної освіти. У 1994 р. Міністерство освіти України затвердило Програму, а пізніше й стандарти навчання школярів здоровому способу життя. Основна проблема валеологічної освіти — відсутність кадрів. До основних завдань системи охорони здоров'я з проблеми поліпшення здоров'я населення повинна увійти просвіта населення через освітню систему та ЗМІ.

З огляду на викладене доходимо висновку, що управління у сфері збереження громадського здоров'я скоріше належить до технології взаємодії, що становить основу міжсекторального управління.

1.8. Міжгалузеві механізми управління у сфері охорони громадського здоров'я

Відомо, що галузеве управління, у тому числі й галузі охорони здоров'я, зазвичай повторює характер загальноекономічних відносин у державі [1]. Особливо це виявляється в момент змін економічних відносин, зокрема, при реформуванні галузі. В умовах утворення ринкової економіки в Україні відсутність економічних принципів управління в галузі охорони здоров'я призвела до її кризового стану. У цьому зв'язку висловлюється думка про потребу термінового переведення системи охорони здоров'я на ринкові рейки. Це може означати зміни як позитивного характеру, тобто необхідні, так і негативного — з непередбачуваними негативними наслідками. Зокрема, система охорони здоров'я може втратити таку притаманну їй властивість, як створення суспільного блага. Іншими словами, поширення результатів, процесу й навіть властивостей своєї діяльності, спря-

мованих на одну особу, водночас на групу людей або суспільство загалом.

Суспільними є блага, надання яких окремій особі неможливе без одночасного їх надання іншим особам, зокрема:

- не можна (або дорого) позбавити когось можливості користуватися, наприклад, світлом маяка або системою національної безпеки — властивість невиключності;
- надання суспільного блага новому споживачеві не потребує додаткових виробничих витрат (або ці витрати мізерні) — властивість неконкурентності у споживанні;
- суспільні блага неможливо розподілити між споживачами — властивість неподільності.

При цьому суспільні блага, вигоди від споживання яких обмежуються тільки певною територією, називаються **суто місцевими благами**.

Властивість неконкурентності породжує проблеми у визначенні ринкового попиту на суспільні блага: на відміну від споживання приватних благ одна й та сама одиниця суспільного блага може обслуговувати одночасно безліч споживачів (наприклад, супутник зв'язку — від споживання кожним із користувачів супутникових послуг їх не стає менше).

Характерно, що люди намагаються уникнути сплати за благо, яким користуються, якщо за нього платять інші. Це спричинюється до того, що благо надається в меншому обсязі, ніж це ефективно. Через такі проблеми суспільні блага не виробляються в ефективних обсягах без державного втручання. Власне, у цьому й виявляється неспроможність ринку щодо суспільних благ: ринковий механізм не в змозі сформувати ефективні ціни, на які б добровільно погоджувалися раціональні споживачі.

Разом з тим влада може організувати збирання податків для відшкодування виробництва суспільного блага. Ставки оподаткування в демократичному суспільстві повинні визначатися політичними механізмами суспільного вибору.

Постає питання: які позитивні або негативні впливи стосовно управління в галузі охорони здоров'я можуть спостерігатися з урахуванням сучасного погляду на сутність охорони громадського здоров'я та діючих механізмів управління в ринковій економіці. Характерним ефективним механізмом управління в рин-

ковій економіці є корпоративні зв'язки, які мають кластерну природу.

Аналіз такого поняття, як кластерний тип зв'язку, свідчить про його органічність щодо забезпечення оптимального управління галуззю охорони здоров'я.

Аналогія щодо кластерних зв'язків в управлінні галуззю охорони здоров'я базується на поняттях, що склалися щодо забезпечення нового громадського здоров'я [1]. Здоров'я є біосоціальним поняттям, його охорона виходить за межі галузі й забезпечується не тільки медичною допомогою, а й діями в соціальній сфері та інших галузях народного господарства. Тому поліпшення здоров'я населення, продовження середньої і очікуваної тривалості життя можливо забезпечити тільки в разі об'єднання зусиль низки галузей, спільною для яких буде місія із забезпечення і поліпшення здоров'я населення, пріоритетних для цього дій тощо. Отже, відбувається утворення функціональної, або корпоративної, інституції суспільства щодо забезпечення здоров'я нації.

Таким чином, у забезпеченні нового громадського здоров'я спостерігаються аналоги корпоративного об'єднання різних організацій з метою реалізації однієї місії, зокрема охорони громадського здоров'я. При цьому функції окремих частин корпоративного об'єднання можуть бути різні: мати виробничий характер, науковий, адміністративний, політичний, а також мішаний. Виробничий характер зв'язків спостерігається між лікувальними закладами різного рівня медичної допомоги, діагностичними центрами, а також закладами реабілітації та профілактичними центрами здоров'я, тобто між усіма організаціями, що надають різні види медичної допомоги.

1.9. Міжгалузевий принцип підготовки фахівців для формування нової культури і технологій управління в галузі охорони громадського здоров'я

За визнанням незалежних експертів реформування галузі охорони здоров'я в Україні, яке є викликом часу соціально спрямованої ринкової економіки, практично не відбувається з низки причин. Проте однією з основних є недостатня інформованість

управлінського апарату, тобто відсутність нової за змістом підготовки кадрів у галузі управління охороною здоров'я, яка б відповідала очікуваним змінам.

Пріоритетним напрямом реформ можна вважати впровадження державного обов'язкового соціального медичного страхування. Це зумовить зміни не лише джерел фінансування медичних послуг, а й технологій управління галуззю.

Виходячи з відомого вислову економіста Ф. Бекона “фінанси є знаряддям управління” ми проаналізували очікувані на рівні управління зміни в галузі охорони здоров'я за умов впровадження закону про обов'язкове медичне страхування, який пройшов друге читання у Верховній Раді України, і дійшли висновку, що зміни торкнуться трьох аспектів: прийняттого ціноутворення послуги, забезпечення охоплення всіх верств населення і відповідного правового захисту як пацієнтів, так і надавачів послуг — медиків.

Зазначені три аспекти потребують співпраці в системі управління охороною здоров'я економістів, юристів і соціологів, обізнаних з поняттями управління громадським здоров'ям, сучасними уявленнями про громадське здоров'я і здоров'я як таке, положеннями політики ВООЗ, що впроваджуються в Європейському регіоні, поняттями про основні фактори ризику і чинники здоров'я, що характерні для України трансформаційного періоду, а також з екологічними чинниками громадського здоров'я на території держави, що зазнала численних екологічних забруднень.

Зазначені й інші базові знання з управління громадським здоров'ям із залученням міждисциплінарних знань нададуть можливість фахівцям з економіки, права та соціології здійснити на високому якісному рівні давно очікуване реформування галузі й створити міжгалузеві механізми впливу.

1.10. Етапи формування сучасної політики ВООЗ щодо охорони громадського здоров'я

Перший етап формування сучасної політики ВООЗ щодо охорони громадського здоров'я охоплював аналітичні дослідження детермінант громадського здоров'я періоду 1974–1986 рр. і за-

вершився прийняттям звіту Лалонда [1]. За цей період відбулася низка міжнародних подій, які зрештою визначили положення, прийняті Оттавською Асамблеєю. Зокрема, такі:

1977 р. — Всесвітня асамблея з охорони здоров'я (вперше на світовому рівні оприлюднено концепцію досягнення здоров'я для всіх);

1978 р. — Міжнародна конференція з першочергових заходів охорони здоров'я, що відбулася в Алма-Аті;

1980 р. — Глобальна стратегія “Здоров'я для всіх до 2000 року”, що визначила 37 завдань для досягнення 10 глобальних цілей;

17–21 листопада 1986 р. — Міжнародна конференція зі стратегій поліпшення здоров'я (Оттава, Канада), якою завершився перший етап і розпочався другий етап сучасної історії охорони громадського здоров'я.

На останній міжнародній конференції було прийнято Оттавську Хартію, основні тези, положення і принципи якої стали програмними для світової спільноти щодо діяльності з поліпшення здоров'я населення. Формування здорового способу життя визнано світом ефективною системою дій з характерними ідеологією, теорією, методологією, методикою і практикою. Хартія визначила п'ять основних напрямів:

- сприяння запровадженню політики “здоров'я”;
- створення сприятливого природного і соціального середовища;
- розширення активності громад і організацій;
- розвинення персональних навичок здорового способу життя;
- переорієнтація пріоритетів системи охорони здоров'я.

В Аделаїді (Австралія) 5–9 квітня 1988 р. відбулася II Міжнародна конференція, де основну увагу було приділено першому з п'яти напрямів, визначених Оттавською Хартією — запровадженню політики “здоров'я”. Підсумковий документ цієї конференції, відомий як Аделаїдські рекомендації, визначив зміст такої політики держав.

У 1989 р. у Женеві (Швейцарія) відбулася зустріч представників країн — членів ВООЗ під гаслом “Заклик до дій: пропаганда здорового способу життя у країнах, що розвиваються”, яка сприяла поширенню ідеології формування здорового способу життя за межі економічно найрозвиненіших країн світу.

Наступна III Міжнародна конференція другого етапу історії формування здорового способу життя відбулася 9–15 червня 1991 р. у Сундсвалі (Швеція). Ця конференція акцентувалася на проблемі здорових навколишніх середовищ. Звіт конференції, відомий як “Сундсвальська заява про сприятливі для здоров’я навколишні середовища”, визначив, що досягти цілей глобальної стратегії “Здоров’я для всіх до 2000 року” надзвичайно важко.

На Сундсвальській конференції було також зазначено, що розв’язання перелічених проблем перебуває за межами традиційної системи охорони здоров’я. Було висвітлено чотири аспекти в контексті створення сприятливих середовищ.

У суспільному аспекті необхідна протидія змінам прийнятих у певному середовищі традицій, звичаїв і норм людських відносин у бік, загрозливий для традиційних цінностей і культурної спадщини, оскільки вони спричиняють небажані наслідки науково-технічного прогресу і негативні відхилення в розвитку суспільств.

У політичному аспекті потрібно сприяти реалізації вимог, узятих урядами країн — членів ВООЗ, щодо дотримання прав людини, збереження миру, вивільнення ресурсів, задіяних у зайвому озброєнні, забезпечення демократичної участі громадян в ухваленні рішень, що мають наслідки для здоров’я.

В економічному аспекті необхідні заходи держави і суспільства, спрямовані на перерозподіл ресурсів в інтересах реалізації принципів політики “здоров’я для всіх”.

У червні 1996 р. у Любляні відбулася конференція міністрів охорони здоров’я держав — членів Європейського бюро ВООЗ, підсумковим документом якої стала Люблянська Хартія з реформування охорони здоров’я. У цій Хартії було сформульовано комплекс принципів (на основі досвіду країн, що вже здійснили відповідні реформи), сприятливих для значного поліпшення систем охорони здоров’я країн Європи. Важливість Люблянської Хартії для України полягає в тому, що цей документ зобов’язує владу узгоджувати реформаторські дії з регіональними принципами, зокрема такими, як спрямованість реформ:

- на підтримку людської гідності, справедливий доступ до спеціалізованих послуг, дотримання професійної етики;
- на оздоровлення населення, яке має бути пріоритетом суспільства загалом;

- на вирішальний вибір громадян щодо реформ, організації і функціонування служб;
- на підвищення якості охорони здоров'я, створення надійної системи фінансування;
- на охорону і зміцнення здоров'я, профілактику і лікування хвороб, реабілітацію хворих, допомогу тим, хто страждає й безнадійно хворіє;
- на поліпшення якості життя.

З 1997 р., коли відбулася IV Міжнародна конференція (Джакарта, Індонезія), розпочався нинішній, третій етап сучасної історії охорони громадського здоров'я.

Підсумковим документом цієї конференції стала Джакартська декларація “За пропаганду здорового способу життя у XXI столітті”. У ній підсумовувався двадцятирічний досвід реалізації глобальної стратегії “Здоров'я для всіх”; оцінювалась ефективність формування здорового способу життя як засобу поліпшення громадського здоров'я; ідентифікувалися нові напрями і стратегії цього засобу, що покликані стати реакцією на нові проблеми здоров'я; уперше розглядалася можливість залучення до формування здорового способу життя приватного капіталу.

Ця декларація визнала таке:

1. До восьми передумов здоров'я, що були визначені Оттавською Хартією 1986 р., доцільно додати ще п'ять, а саме: соціально захищеність; стабільні суспільні відносини; надання рівних прав жінкам; повагу до прав людини; відсутність бідності.

За 20 років, які минули з часу ініціювання ВООЗ політики “здоров'я для всіх”, у світі відбулося багато змін, що загрожують здоров'ю та добробуту сотень мільйонів людей: прискорились темпи урбанізації; збільшилась кількість старих і людей пенсійного віку; зросла поширеність хронічних неінфекційних хвороб; підвищилась кількість людей, що страждають від гіподинамії; поширились індивідуальні негативні реакції на антибіотики, інші звичні доступні ліки; збільшилося вживання наркотиків; підвищилася застосування громадського і родинного насильства; відродилися старі й поширилися нові інфекційні захворювання; значно посилилися чинники загрози психічному здоров'ю.

2. Змінилися деякі транснаціональні чинники, не пов'язані зі здоров'ям безпосередньо, але такі, що справляють значний

опосередкований вплив. Цьому сприяли глобальна інтеграція економік різних країн, глобалізація регіональних фінансових ринків, торгівлі; широкий доступ до сучасних засобів масової комунікації і використання нових комунікаційних технологій; деградація довкілля внаслідок безвідповідального використання ресурсів.

3. Перелічені зміни формують цінності, спосіб і умови життя в усьому світі й потребують еволюції методів формування здорового способу життя, які повинні пристосуватися до нових детермінант здоров'я.

Учасники Джакартської конференції висунули мету створення відповідного глобального альянсу: урядів, недержавних організацій, банків розвитку, агенцій ООН, впливових міжрегіональних органів, об'єднань профспілок, приватного капіталу.

У прийнятій на 51 сесії ВООЗ у травні 1998 р. Всесвітній декларації з охорони здоров'я зазначалося:

1. Держави — члени ВООЗ підтвердили відданість наріжному принципу щодо права кожної людини на володіння найвищим рівнем здоров'я, якого вона може досягти, відповідальність усіх людей щодо індивідуального і громадського здоров'я.

2. Держави — члени ВООЗ визнали, що поліпшення здоров'я і добробуту людей є кінцевою метою соціального й економічного розвитку, а зміни, що відбулись у світі щодо охорони здоров'я, потребують реалізації стратегії “Здоров'я-21” шляхом запровадження відповідної регіональної і національної політики.

3. Держави — члени ВООЗ підтвердили свій обов'язок розвивати національні системи охорони здоров'я відповідно до потреб населення.

4. Держави — члени ВООЗ визнали взаємозалежність усіх країн, спільнот, сімей і осіб у діяльності з досягнення здоров'я для всіх.

5. Держави — члени ВООЗ звернулися до всіх народів та інституцій із закликом прийняти і реалізувати концепцію “Здоров'я для всіх у ХХІ столітті”.

Цю концепцію було детально розроблено і викладено в документі ВООЗ “Здоров'я-21”.

Стратегія формування здорового способу життя в умовах трансформаційної економіки. Акценти політики досягнення здоров'я для всіх, яку впроваджує ВООЗ (1999 р.), останнім часом перенесені на новаторську за характером політику пропа-

ганди і поширення здорового способу життя, забезпечення здорового середовища проживання [8].

Більшість з 21 завдання, поставленого ВООЗ перед урядами Європейських країн, спрямована на вирішення проблеми формування здорового способу життя [5]. Ці завдання конкретизовані стосовно певних прошарків населення з урахуванням віку, статі та соціального положення (завдання 3–5). Причому, здоров'я розглядається як складна характеристика людини: його психічні аспекти (завдання 6), соматичні порушення, що залежать від стану навколишнього середовища (завдання 10), безпеки в побуті та на робочому місці (завдання 9), від побутових зловживань (завдання 12). Врешті, у завданні 11 — “Здоровіший спосіб життя” — проголошується: до 2015 р. люди з усіх прошарків суспільства повинні прийняти здоровіший спосіб життя. Визнається також, що для досягнення такої політики необхідно прийняти міжсекторальні зобов'язання щодо відповідальності керівництва держав за здоров'я населення (завдання 14). Визнання урядами і парламентаріями високої пріоритетності політики, яка сприяє зміцненню здоров'я, надало можливість досягти позитивних результатів у збереженні здоров'я населення, подовжити тривалість життя [1].

Значний практичний досвід, накопичений у країнах Європи, США та Канаді, вже засвідчив безперечні переваги такої політики в галузі охорони здоров'я [2].

Важливо, що на цей момент напрацьований значний обсяг знань щодо оптимальних шляхів і методів зі стратегії та практики формування здорового способу життя [4]. З невизначеної і нечіткої ідеї проблема сприяння збереженню здоров'я (*health promotion*) перетворилася на конкретні концепції, програми і методи з укріплення здоров'я населення [5]. До них належать відомі детально розроблені та успішно реалізовані програми укріплення психічного здоров'я, фізичної активності, проти тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків, антиСНІД та ін. (проекти “Молодь за здоров'я, 2000”; “Партнери в охороні здоров'я, 1996”, “Європейська мережа шкіл здоров'я, 1996” та ін.) [6].

Україна бере активну участь у міжнародних проектах з цих проблем, проте більшість населення нашої держави залишається пасивною щодо питань збереження здоров'я, що потребує ак-

тивізації і вдосконалення державних заходів. Накопичений США і, зокрема, Вагнерівською Школою державного управління, великий досвід з реалізації активної державної політики формування здорового способу життя населення (*health promotion and health education*) становить значний інтерес для України щодо реформування системи охорони громадського здоров'я.

Зокрема, у прийнятій Кабінетом Міністрів України Постанові “Про затвердження Міжгалузевої комплексної Програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки” від 10 січня 2002 р. № 14 ключовими проблемами охорони здоров'я населення визнано такі:

- незадовільний стан здоров'я населення, зумовлений насамперед комплексом не медичних, а соціально-економічних та екологічних чинників;
- недосконалий спосіб життя населення;
- низький рівень інформованості про засоби збереження здоров'я та активного дозвілля;
- неефективність державної політики щодо формування здорового способу життя;
- недосконалість нормативно-правових актів, що впливають на створення умов для поліпшення стану здоров'я населення.

Вперше в Україні офіційно визнано, що здоров'я населення є інтегральним показником успішності функціонування держави, усіх її інституцій і в основу розробки Програми “Здоров'я нації” покладено міжгалузевий комплексний підхід [2].

Визнання актуальності й першочерговості завдань з формування здорового способу життя виявилось в термінах реалізації відповідних заходів (розд. XIX Програми), окреслених межами 2003 р. Важливим і новим у політиці формування здорового способу життя можна вважати намір створити для цього як ідеологічні, так і правові засади (підготувати проекти законів України “Зміцнення здоров'я” і “Про контроль над тютюном і спиртними напоями”).

Важливим є також рішення перетворити санітарну освіту на державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання і виховання населення і здійснювати його через системи загальної та професійної освіти, масової інформації, охорони здоров'я, фізичної культури тощо.

Програма передбачає наукове обґрунтування і розробку методів скринінг-тестування здоров'я. З огляду на певні перекоси у валеологічному навчанні в загальноосвітніх школах дещо насторожує у зв'язку з відсутністю кваліфікованих кадрів з формування здорового способу життя, застосування діагностичних і відновних заходів психогігієнічної корекції серед учнівської молоді, а також використання нетрадиційних методів оздоровлення (п. 7 розд. XIX Програми).

Безперечно, питання підтримки індивідуального здоров'я потребує не тільки певної організації робочого часу, а й комплексної оптимізації використання вільного часу, зокрема, впровадження різноманітних форм фізичної культури, здорових форм відпочинку.

Для цього в територіальних та галузевих програмах соціального розвитку передбачається створення сприятливих для здоров'я населення умов праці, навчання, виховання, проживання, водопостачання, харчування, транспортного обслуговування, а також охорони довкілля. Практично це означає велику роботу зі створення розгалуженої інфраструктури та індустрії здоров'я й активного відпочинку. Це належать до важливих завдань державного управління.

Разом з тим постає завдання створити і впровадити в повсякденну практику заходи соціально-економічного стимулювання і підтримки здорового способу життя, використовуючи для нової політики всі засоби, у тому числі й такі нові, як мережа Інтернет.

З огляду на масштабність заходів з розробки та впровадження здорового способу життя слід враховувати можливості розширення міжнародного співробітництва з питань формування здорового способу життя, активізації участі в реалізації міжнародних проектів і програм ("Міста здоров'я", "Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю", CINDI, "Здоров'я на робочих місцях", "Європа без тютюну", "Молодь за здоров'я" та ін.), налагодження співробітництва з Міжнародним союзом сприяння здоров'ю і санітарної освіти, Асоціацією міст здоров'я, ЮНІСЕФ та іншими міжнародними організаціями.

Запланований Програмою підхід у політиці формування здорового способу життя сприятиме створенню матеріально-технічної бази, сучасного обладнання і розробці сучасних ефективних

профілактичних технологій служби формування здорового способу життя, в яких повинна передбачатись оптимізація мережі, структури і кадрового потенціалу.

Передбачені Програмою заходи з позицій фінансування, контролю, організації, тобто власне з управління, як засвідчив досвід, доцільно подавати у формі національних програм:

- Профілактика і подолання тютюнопаління, 2003 р. (прийнято Закон у 2005 р.);
- Профілактика і подолання наркоманії, токсикоманії, алкоголізму, 2004 р.;
- Розвиток фізичної культури і організація дозвілля населення, 2003 р.;
- Статеве виховання населення, 2005 р. (прийнята Національна програма);
- Поліпшення харчування населення і підвищення якості харчових продуктів, 2006 р.;
- Поліпшення стану психічного здоров'я, 2005 р.

Оскільки Програма затверджена постановою Кабінету Міністрів, вона передбачена для виконання різними галузевими і регіональними управліннями — Радою Міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями, міністерствами. Контроль за виконанням Програми покладений на Міністерство охорони здоров'я України.

На жаль, не висвітлена участь громадськості в такому важливому питанні, як формування здорового способу життя.

Важливим є питання фінансування виконання Програми. Згідно із зазначеною постановою забезпечувати реалізацію заходів з Програми “Здоров'я нації” передбачається в межах бюджетних асигнувань, а також за рахунок місцевих бюджетів.

Таким чином, Програма є керівним документом, який спрямовують діяльність підпорядкованим відомствам, але вона не спирається на реальну матеріально-фінансову та кадрову базу.

Фахівців з питань формування здорового способу життя не готує жодний з вітчизняних ВНЗ, хоча ці питання включені в підготовку тренерів, лікарів, вчителів, медсестер. Знання зі здорового способу життя стали невіддільною складовою менеджменту персоналу, підготовки лідерів та працівників у системі управління.

Таким чином, осучаснення політики держави в галузі охорони здоров'я насамперед стосується формування здорового способу життя; при цьому значний досвід з цього питання можна запозичити при стажуванні державних службовців у таких країнах, як США і Канада.

У зв'язку з низьким рівнем економічного забезпечення 80 % населення України індивідуальні витрати на підтримку здоров'я нереальні. З огляду на це дуже важливо передбачити широку доступність населення до сучасних засобів формування здорового способу життя (басейнів, стадіонів, спортивних майданчиків, тренажерів тощо). Поняття здоров'я виходить далеко за межі медичної відповідальності, позаяк стосується індивідуума і популяції як соціальної одиниці. Визначення реальних витрат на “добре здоров'я” і управління ними потребує розуміння не тільки того, що включає “добре здоров'я”, а й того, скільки коштує захистити і підтримувати здоров'я, поставити діагноз ступеня хвороби, відновити здоров'я. Для характеристики ресурсних можливостей суспільства і людини в ньому дедалі частіше використовують поняття “потенціал”. Це поняття набирає щодалі складнішого змісту, що відтворює тенденцію врахування якісної різноманітності ресурсів людини щодо вимог економічного розвитку. Використання цього поняття правомірне і для вивчення економічних проблем охорони здоров'я, оскільки здоров'я людей характеризує потенціал економічний, творчий, духовний тощо. Усе, що сприяє відтворенню економічного потенціалу здоров'я, відбувається в межах розвитку виробничих сил і виробничих відносин. У цьому процесі охорона здоров'я перетворюється на галузь народного господарства, без якої неможливе існування людини — виробника матеріальних благ.

Споживання послуг охорони здоров'я, яку б конкретну форму вони не мали, з позицій економічних законів сприяє вдосконаленню якості робочої сили, а отже, можна стверджувати, що, зникаючи, вони трансформуються в інший так само специфічний товар — робочу силу. А оскільки якість останньої залежить не тільки від споживання медичних послуг, а значною мірою й від соціальних умов життя та інших факторів, важливо відрізнити сукупність послуг охорони здоров'я, що споживається індивідом (продукт роботи лікаря), від сукупності факторів і умов,

які безпосередньо чи опосередковано впливають на якість робочої сили (продукт соціального і економічного життя). Соціально-економічний аналіз відносин щодо відновлення і збереження здоров'я засвідчує, що окрема людина повною мірою не усвідомлює власного інтересу у збереженні своєї робочої сили і її доброякісного стану протягом періоду активного трудового життя. Таким чином, існуюче ставлення до відновлення і збереження здоров'я не відповідає досягнутому рівню виробничих сил, що стримує ефективне відтворення трудових ресурсів.

Зміщення головних акцентів у стратегії охорони здоров'я населення з ефективного лікування і попередження хвороб на активне формування індивідуального і громадського здоров'я нині вбачається чи не єдиною альтернативою для зупинення обвального погіршення стану здоров'я населення. Це потребує повної солідарності щодо відповідальності за формування індивідуального і соціального здоров'я всіх основних суб'єктів суспільства, у тому числі органів державної влади, освіти, охорони здоров'я, науки, культури і суспільства загалом. Тільки такий рух здатний змінити ситуацію на краще. Основна умова для формування здорового суспільства полягає у створенні у населення мотивації для досягнення високого рівня здоров'я, виховання відповідальності за стан власного здоров'я, можливістю навчання технологіям розвитку здоров'я. Реформа системи управління охороною здоров'я в широкому розумінні повинна базуватися на продуктивній, цілеспрямованій державній, структурній, інституційній і ційовій політиці, на результатах комплексного економічного аналізу громадського здоров'я.

Список використаної літератури

1. *Глобальна соціальна політика* / Б. Дікон та ін. — К.: Основи, 1999. — С. 52–64.
2. *Економічне зростання на засадах справедливості. Український аспект*. — К., 2000. — Гл. 5. — С. 101–114.
3. *Качинський А., Пирожков С., Хміль Г.* Фонові ризики смертності в Україні. — К.: Вид-во НІСД, 1998. — 82 с.
4. *Перспектива-2010*. Програма реорганізації медичної допомоги в Україні. — К., 1999. — 96 с.

5. *Україна. Людський розвиток. Звіт 1998.* — К., 1999. — Гл. 5. — С. 45–52.
6. *Public Health in Latvia: Health Promotion.* — 1998. — 21 p.
7. *Public Health in Europe: Eur. Com.* — 1997. — 189 p.
8. *Здоров'я-21* // Матер. ВООЗ. — 1999.
9. *Куценко В., Богуш Л.* Потенціал сфери охорони здоров'я: регіональні аспекти // *Економіка України.* — 1999. — № 3. — С. 61–69.
10. *Скуратівський В.* Проблеми комплексності соціальної політики // *Актуальні проблеми реформування державного управління.* — К.: Вид-во УАДУ, 1997. — С. 141–144.
11. *Охорона здоров'я в Україні.* — Тернопіль, 1999.
12. *Перспектива-2010.* Пульс України. — К., 1999.
13. *Україна. Людський розвиток. Звіт ПРООН 1997.* — К., 1998. — С. 51–56.
14. *Україна-2010* (конспект програми стратегічного розвитку) // *Уряд. кур'єр.* — 1999. — № 63. — С. 10.
15. *Vienonen M., Springett J.* Public health, primary Health care and health insurance // *Eurohealth.* — 1998/99. — V. 4. — № 6. — P. 17–20.
16. *Економічна теорія і державна політика України в перехідній економіці: Навч. посіб.* / Ю. Бажал, В. Бакуменко, А. Бауманіс та ін.; За заг. ред. І. Розпутенка, Б. Лессера. — К.: К. І. С., 2004. — Кн. 1. — 154 с.

МАУП

2. Прогнозування потенційного впливу політичних рішень на громадське здоров'я

Згідно зі ст. 3 Конституції України здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей держави. Однак при цьому зауважимо, що впродовж останнього десятиліття показники стану здоров'я населення України набули доволі небезпечних негативних тенденцій. У 90-ті роки ХХ ст. підвищились рівні смертності й захворюваності, зменшилася середня тривалість життя, встановився від'ємний приріст населення.

Безперечно, насамперед це пов'язано із вкрай складною економічною ситуацією в державі, що зумовило різке зниження рівня життя і добробуту людей. Однак важливу роль у цьому процесі відіграє й недосконала з позицій управління та економіки успадкована від колишнього СРСР модель системи прийняття політичних рішень у галузі охорони громадського здоров'я, що за нових економічних умов виявилась малоефективною й зумовила зменшення доступності медичної допомоги для широких верств населення, різке погіршення якості медичних послуг при недостатній орієнтації на принципи профілактики захворювань і стимулювання запровадження цих принципів у суспільстві.

Такий стан справ потребує переосмислення і суттєвих змін державної політики щодо її впливу на охорону здоров'я, розбудови з урахуванням сучасних міжнародних підходів. Останнє надзвичайно актуальне з огляду на проголошений Україною як стратегічний курс інтеграції в Європейське Співтовариство.

Одним з таких сучасних міжнародних підходів може бути метод прогнозування потенційних наслідків політичних рішень на громадське здоров'я або оцінка впливу на здоров'я, практика застосування якої в Україні вкрай незадовільна.

Оцінка впливу на здоров'я — це засіб обґрунтованої політики на поліпшення здоров'я. Зокрема, це сукупність методів, метою яких є оцінка впливу на здоров'я населення країни чи регіону політики, проекту або програми, основною метою яких не обов'язково є власне здоров'я [1].

З довготривалою традицією не розглядати вплив державних інвестицій на здоров'я покінчено. Проблема оцінки впливу політичних рішень на стан громадського здоров'я перебуває на порядку денному діяльності урядів усіх розвинених країн світу (на

національному, регіональному та місцевому рівнях), міжнародних організацій, включаючи ВООЗ та Світовий Банк. Це питання актуальне також для Європейського Союзу завдяки ст. 152 Амстердамської Угоди, де зазначається: “Високий рівень охорони здоров’я людини гарантується завдяки визначенню і запровадженню стратегій та дій усієї Спільноти”. Рішення Ради Європи в червні 1999 р. передбачає запровадження процедур моніторингу за впливом стратегій та дій Спільноти на громадське здоров’я і сферу охорони здоров’я.

Оцінка впливу на здоров’я — це міждисциплінарний процес, у межах якого розглядаються чинники впливу пропозиції на здоров’я. Вона враховує думки й очікування тих, на кого може вплинути запропонована політика. Потенційні дії конкретної пропозиції на здоров’я населення аналізуються і використовуються для впливу на процес прийняття рішень.

Оцінка впливу на здоров’я базується на перспективній моделі громадського здоров’я, яка передбачає, що на здоров’я нації впливають економічні, політичні, соціальні, психологічні фактори і навколишнє середовище.

До потенційних детермінант здоров’я, що розглядаються у процесі оцінки впливу на здоров’я, належать такі:

- біологічні фактори (наприклад, вік, стать, генетика);
- передпологовий вплив (наприклад, харчування та здоров’я жінки під час вагітності);
- особиста поведінка і спосіб життя (наприклад, дієта, алкоголь, фізичні вправи, уникання ризиків для здоров’я);
- психологічне оточення (наприклад, склад сім’ї, структура суспільства, культура, соціальна адаптація);
- фізичне оточення (наприклад, повітря, вода, житло, транспорт, шум, утилізація відходів);
- соціально-економічні фактори (наприклад, зайнятість, освіта);
- громадські послуги (наприклад, доступність і якість догляду за дітьми, транспорт, магазини, освіта, дозвілля, охорона здоров’я, соціальні служби);
- державна політика (наприклад, економіка, добробут, злочинність, політика у сфері охорони здоров’я).

Європейський центр за здоровою політику наголошує, що “закральна мета такої оцінки — покращення знань з потенційного впливу політики чи програми, інформування тих, хто приймає

рішення, і людей, на яких воно впливатиме, а також сприяння коригуванню запропонованої політики з тим, щоб зменшити негативні та збільшити позитивні наслідки” [1].

У Великобританії урядова підтримка оцінки впливу різних напрямів політики на здоров’я продовжується з необхідністю пропозицій у межах програми дослідження нерівномірності показників здоров’я, заснуванням міжвідомчої групи з оцінки впливу на здоров’я в уряді та організацією і опублікуванням методологічних семінарів та доповідей [6–8]. Європейський центр ВООЗ “За здорову політику” видав серію публікацій, що включно з “Gothenberg paper” розглядається як основний документ у визначенні цілей, завдань та методів оцінки впливу на здоров’я [1].

Вперше ці ширші детермінанти здоров’я були визначені урядом Великобританії в офіційному документі “Рятуючи життя: наша здоровіша нація” [2], що стосується необхідності оцінювати вплив на здоров’я як національної, так і місцевої політики. Спочатку це найбільшою мірою стосувалося тих, хто опікується поліпшенням здоров’я на місцевому рівні, особливо у службах охорони здоров’я та органах місцевої влади. Однак оцінка — це гнучкий процес, що може використовуватися при прийнятті рішень у будь-якій сфері для оцінки політичних рішень, які можуть впливати на здоров’я і добробут населення.

Основні поняття оцінки впливу на здоров’я не нові й тому добре відомі тим, хто працює у сфері охорони здоров’я. Оцінку впливу на здоров’я можна розглядати як розвиток практики охорони здоров’я, спрямованої на утвердження курсу на здорове суспільство. Вона включає оцінку впливу політики на медичну профілактику і захист здоров’я, розвиток суспільства, обґрунтовану медичну допомогу та навколишнє середовище.

Розробка політики здорового суспільства — ключовий компонент Оттавської Хартії сприяння здоров’ю [3]. Концепція включає напрями політики, що спеціально розроблені для сприяння здоров’ю (наприклад, заборона реклами цигарок), і такі, що безпосередньо ніби не пов’язані зі здоров’ям, проте значно впливають (наприклад, транспорт, освіта, економіка). Прийняття широкої моделі здоров’я передбачає, що будь-яка сфера державної політики може впливати на здоров’я. Тому будь-яка політика може бути предметом певного методу ОВЗ.

В Європейському Союзі значніший вплив державної політики став надзвичайно важливим для громадського здоров’я [4]. У

Програмі “Здоров’я для всіх до 2000 року” (1977 р.) та документі ВООЗ “Програма здорових міст” (1987 р.) підкреслюється, яку важливу роль можуть відіграти місцеві органи влади та самоврядування у поліпшенні здоров’я, включаючи стратегії відновлення міст і сіл. Саме тому плани розвитку місцевих органів влади офіційно зараховано до законодавчих ініціатив цих органів влади, що впливатимуть на поліпшення здоров’я нації [5]. Ці ініціативи підсилюються обізнаністю населення із впливом на здоров’я стану навколишнього середовища. Ця проблема активно обговорюється на міжнародному, національному та місцевих рівнях після Всесвітнього самміту 1992 р. [6]. Нині розвиток програм з поліпшення здоров’я сприяє посиленню співробітництва секторів державного управління, спрямованого на взаємозв’язок ширших детермінантів здоров’я з медико-статистичними показниками здоров’я населення [2].

Лише за останню декаду державні управлінці відкрито визнають необхідність оцінки впливу всіх аспектів державної політики на здоров’я. Наприклад, у 1995 р. Міністерство охорони здоров’я Великої Британії опублікувало документ “Оцінка політики та здоров’я”, що досліджував важливість державної політики як детермінанти громадського здоров’я [7]. Цей документ передбачав систему оцінки впливу на здоров’я на основі методів економічної оцінки, що спочатку призначалася для оцінки скоріше якості медичних послуг, ніж суто соціальної політики.

Головну ідею, що закріплена у цьому документі, можна сформулювати так: “Від сільськогосподарських схем до відновлення міст — оцінка впливу на здоров’я пропонує спосіб, як забезпечити, щоб при прийнятті рішень враховувався вплив на здоров’я”.

Визнання впливу соціально-економічного та фізичного середовища на здоров’я може, на перший погляд, ускладнити філософію оцінки впливу на здоров’я. Справді, поживавлення, що спостерігається нині навколо оцінки впливу на здоров’я, передбачає, що вона є невіддільною складовою інвестиційної політики. Далі розглянемо, що означає власне оцінка впливу на здоров’я і чи може вона в існуючому форматі бути надійним джерелом інформації при прийнятті рішень.

2.1. Основні поняття оцінки впливу на здоров'я

Прихильники оцінки впливу на здоров'я заявляють, що вона може бути джерелом інформації при прийнятті рішень і формуванні політики для максимального збільшення вигод та мінімізації негативного впливу на здоров'я.

Існуюча оцінка впливу на здоров'я є недостатньо точною для того, щоб зробити чіткі припущення щодо міри чи навіть напрямку впливу на здоров'я при зміні політики.

Поширені такі визначення оцінки впливу на здоров'я:

- це оцінка наслідків певної дії на здоров'я цільових груп населення [10];
- це сукупність процедур або методів, за допомогою яких доводять висновку про наслідки — позитивні або негативні — політики, програми чи інших розробок щодо здоров'я населення або його частин, де розглядаються нерівномірності показників здоров'я [7];
- це сукупність процедур, методів та засобів, за допомогою яких доводять висновку про потенційні впливи на здоров'я населення програми або проекту і розподіл цих впливів серед населення [1];
- це методологія, метою якої є ідентифікація, передбачення та оцінка вірогідних змін для здоров'я, як позитивних, так і негативних (окремих чи в сукупності), через політику, програму чи план дії на цільові групи населення [11].

Прихильники оцінки впливу на здоров'я зробили її здебільшого засобом для припущень, ніж засобом емпіричного дослідження, а її претензії суттєві — бути джерелом інформації при прийнятті рішень і формуванні політики для максимального збільшення корисності та мінімізації негативних впливів на здоров'я. Визначення оцінки впливу на здоров'я та її заявленої корисності з позицій зміни політики передбачають об'єктивний складний аполітичний процес. Вважається, що для оцінки впливу на здоров'я повинні використовуватись чіткі методи, і вона має достатню юридичну силу для сприяння процесу прийняття рішень. Однак при цьому можна пристати до думки, що наразі оцінка впливу на здоров'я є виключно суб'єктивним, доступним для політичних маніпуляцій і недостатньо злагодженим процесом для висунання чітких передбачень чи навіть напрямів впливу на здоров'я при зміні політики.

2.2. Загальні принципи оцінки впливу на здоров'я

Існує багато моделей оцінки впливу на здоров'я, проте всі вони охоплюють серію подібних кроків — відбір, визначення попередніх розрахунків, оцінка впливу, модифікація політики і в окремих випадках оцінка.

Перший крок — відбір — визначає, чи підлягає проект оцінці впливу на здоров'я. Багато організацій вважає, що оцінка впливу на здоров'я необхідна при розгляді будь-якого пропонованого проекту. Наприклад, у Великобританії ця думка підтримується як інтерпретацією урядового документа “Рятуючи життя”, так і припущенням, що різні рівні оцінки впливу на здоров'я (швидка оцінка, всебічна і огляд) існують для маскуванню будь-яких змін у суспільстві [12]. Проте цих змін надто багато. У Нідерландах, де до всіх проектів перед внесенням їх на розгляд парламенту застосовується оцінка впливу на здоров'я, кожний день для оцінки подається близько 400 проектів [13]. Безперечно, у таких випадках потрібна вибірковість.

Критерії для відбору проектів наразі у світі не визначені. Деякі вчені вважають, що слід звертати увагу на великі проекти зі значними витратами, що матимуть очевидний та безпосередній вплив на здоров'я, наприклад, нова транспортна політика. Проте, можливо, важливіше розглядати проекти, вплив яких виявиться за кілька років — саме через невизначеність їх впливу. Проблема полягає в тому, що відбір проектів, вплив яких є латентним або не таким очевидним, сам собою потребує оцінки впливу на здоров'я, а ігнорування менших проектів може призвести до неврахування важливих наслідків багатьох подібних, проте невеликих проектів. Необхідно й надалі розробляти “стратегічний відбір” окремого сектора та міжсекторну діяльність (подібно до стратегічної оцінки впливу на навколишнє середовище в межах оцінки впливу на навколишнє середовище). Варіанти тестових питань для відбору проектів наведені в табл. 2.1.

Розрахунки і оцінка впливу. Потенційні впливи запропонованих змін на здоров'я визначаються на **другому кроці** оцінки впливу на здоров'я — розрахунки, а їх напрям та ступінь — на **третьому** — оцінка. Дані збираються шляхом огляду літератури та інтерв'ювання ключових зацікавлених сторін — професіоналів, політиків, непрофесіоналів — тих, хто висловлює експерт-

**Контрольна картка для етапу скринінгу
(на прикладі Швеції, Е. Ліннако, 2004)**

<p>1. Опис стратегії.</p> <p>2. Чи впливає стратегія на якусь з десяти цілей охорони здоров'я:</p> <ul style="list-style-type: none"> • участь у впливі на суспільство; • економічна та соціальна безпека; • безпечні та сприятливі для розвитку умови; • здорове трудове життя; • здорові та безпечні навколишнє середовище і продукти; • медична допомога, що пропагує здоровий спосіб життя; • фізична активність; • уподобання в харчуванні та безпечна їжа; • тютюн, алкоголь, заборонені речі (ліки, наркотики, ризикована поведінка); • попередження інфекційних захворювань 	<p>3. Стратегія впливає на все населення чи на деякі групи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • все населення (чоловіки, жінки); • діти; • дорослі; • люди похилого віку; • хронічно хворі; • інваліди, а також алергики; • люди зі шкідливими звичками (алкоголь, тютюн тощо); • безробітні; • іммігранти; • біженці; • батьки-одиначки; • люди з низьким доходом; • бездомні; • гомосексуалісти. <p>Інші групи: Мотивація:</p> <p>4. Чи приведе стратегія до ОВЗ:</p> <p>Так. Ні. Мотивація:</p>
---	---

ну оцінку, співпрацює з проектом або на кого він потенційно впливатиме. Потім результати подаються у вигляді таблиць із зазначенням можливих та вірогідних наслідків для здоров'я. Обидва джерела цієї частини дослідження потенційно неточні та необ'єктивні, для достовірних припущень щодо впливу на здоров'я необхідні чіткі методи (табл. 2.2).

Четвертий крок — зміна політики і оцінка. “Заключний, проте важливий крок — вжиття заходів у результаті оцінки впливів на здоров'я” [13], тобто результати використовуються для змін пропонованого проекту з метою максимального збільшення позитивних та мінімізації негативних впливів на здоров'я. Очевидно, ступінь застосування цього кроку залежить від того, які дані покладено в його основу. Заходи без належного обґрунтування застосовуватимуться тією ж мірою, як функція “контролю” без вжиття заходів.

Таблиця 2.2

Контрольна картка (NHS Executive Resource for Health Impact Assessment HIA screening tool, Dept of Health, London, 2000)

Запитання	Відповідь		
Відповідно до знань	Необхідно здійснити оцінку впливу на здоров'я	Немає потреби в оцінці впливу на здоров'я	Прогнозований рівень впевненості у відповіді на запитання: високий, середній, низький
1	2	3	4
Чи існує потенціал для впливу на здоров'я внаслідок запропонованої стратегії? (Подумайте, чи вплине вона на визначальні фактори здоров'я, такі як соціоекономічні та оточуючі, або на стиль життя)	Так/Не знаю	Ні	
Чи існує потенціал для негативних впливів на здоров'я внаслідок запропонованої стратегії?	Так/Не знаю	Ні	
Чи можуть потенційні негативні впливи позначатись на великій кількості людей? (Питання включає розгляд майбутніх впливів і таких, що пов'язують два покоління)	Так/Не знаю	Ні	
Чи можуть потенційно негативні впливи на здоров'я спричинити смерть, непрацездатність чи госпіталізацію?	Так/Не знаю	Ні	
Чи можуть потенційно негативні впливи на здоров'я бути розподілені	Так/Не знаю	Ні	

1	2	3	4
непропорційно серед незаможних чи вразливих груп населення? (Подумайте, яких груп населення це може торкнутися)			
Чи існує громадська стурбованість щодо потенційного впливу на здоров'я?	Так/Не знаю	Ні	
Чи існує невпевненість щодо того, якими можуть виявитися потенційні впливи на здоров'я?	Так/Не знаю	Ні	

В окремих моделях оцінки впливу на здоров'я згадується потреба ще в одному кроці — оцінці; там, де він згадується, приділяється увага двом аспектам: оцінці процесу та результатів. Однак наявна відмінність щодо обсягу уваги, яка приділяється передбаченню впливів на здоров'я (значна), і оцінки того, чи були ці передбачення, що спричинили зміну політики, точними (поверхнева).

2.3. Методи оцінки впливу на здоров'я

Шукачі визначеної аналітичної системи для розгляду впливу на здоров'я будуть розчаровані: нині не існує ані “золотого стандарту”, ані навіть простого, надійного та усталеного методу оцінки впливу на здоров'я. Було здійснено лише кілька оцінок, у процесі яких використовувалися кілька підходів.

Оцінкою впливу на здоров'я слід вважати сукупність дослідницьких методів, розроблених для ідентифікації як ретроспективного, так і передбачуваного впливу проектів та політик на здоров'я. Це структурований спосіб зведення оцінки, партнерської співпраці, громадської консультації та доступних да-

них для відкритого прийняття рішення. Загальні поняття можна проілюструвати за допомогою завершеної оцінки проекту “Вірал”, де використовувався вже апробований метод [20].

Проект “Міжнародний центр астрономії та дослідження космосу”, Вірал (Велика Британія)

У розглядуваному центрі було здійснено оцінку впливу на здоров’я з використанням відповідних джерел [20]. Розвиток охоплює дослідження, виробництво, освіту і умови для відпочинку. Це частина ширшої стратегії рекреації в районі, включаючи Воллесеї Докландс, що підтримується єдиним бюджетом.

Проблема 1: Процес відбору

Для визначення компетенції і умов оцінки було створено міжгалузеву управлінську групу. Представники громадського здоров’я, проекту та місцевої комісії з регенерації визначили спектр досліджень та методи і спостерігали за роботою. Спочатку відбір здійснювався в усій схемі рекреації Воллесеї для визначення частини, найкориснішою для якнайглибшого аналізу. У процесі відбору використовувався перелік критеріїв (включаючи розмір та витрати проекту, а також охоплене населення) для визначення чинників, що можуть найзначніше впливати на здоров’я населення [20]. У результаті було вирішено зосередити ресурси на розвитку космічного центру.

Проблема 2: Нечітко структуровані межі для оцінки

Найважливіша частина оцінки впливу на здоров’я — визначення і акумулювання даних про потенційний вплив проекту на здоров’я. Основні детермінанти здоров’я були поєднані з ключовими елементами запропонованого проекту для космічного центру, такими як будівництво шляхів, транспортні плани, зайнятість і навчання, дизайн міста і заплановані споруди. Так сформувалась нечітко структурована база для оцінки, що використовувалась як у процесі брейнстормінгу експертів, так і інтерв’ю з ключовими консультантами для прогнозування потенційних впливів на здоров’я. До консультантів входили місцеві групи населення, на які впливає проект, експерти, що співпрацюють з проектом, і професіонали, які надають послуги на місцевому рівні.

Проблема 3: Ідентифікація основних питань, пов'язаних зі здоров'ям

За одержаною від консультантів якісною інформацією було складено картину вірогідних позитивних та негативних впливів на здоров'я, включаючи спірні моменти і прогнози. Основні питання охоплювали транспорт, розробки для безпеки та доступу, зайнятість, освіту та місцеву доступність. Ця інформація була поєднана з даними з інших джерел, включаючи огляди літератури, дані усталених джерел, параметри громадського здоров'я і опитування місцевого населення.

Проблема 4: Пріоритетні впливи на здоров'я

Одержані дані були використані для визначення пріоритетних впливів на здоров'я. Для оцінки використовувалась сітка для суб'єктивного визначення вірогідності та достовірності впливів. Частота, ступінь і вірогідність кожного впливу мають бути визначені, проте для цього часто не вистачає інформації або вона недоступна. Наприклад, неможливо точно визначити, як майбутня регенерація району вплине на зайнятість. В усіх здійснених оцінках нестача кількісних даних про велику кількість впливів робить цей етап надзвичайно складним. Прийняття рішення про важливість кожного впливу — це балансування між об'єктивними даними та суб'єктивною думкою і тому часто відкрите для конфлікту інтересів зацікавлених сторін.

Проблема 5: Результати процесу

Оцінюючи впливи на здоров'я, експерти дійшли висновку, що розвиток усіх сфер космічного центру позитивно впливатиме на здоров'я, особливо завдяки сприянню розвитку освіти, зайнятості, громадського транспорту та добре спроектованих умов для відпочинку. Було розроблено рекомендації для зниження негативних впливів, включаючи збільшення кількості транспортних засобів та шуму. Вони були запропоновані ширшому складу управлінської групи з регенерації району як каталізатори, що сприятимуть у проекті поліпшенню громадського здоров'я. Заключна стадія оцінки — моніторинг і оцінка процесу та результатів. При цьому важливо забезпечити зворотний зв'язок, що відтворюватиме вплив проекту чи політики.

Принципи оцінки впливу на здоров'я подібні до принципів оцінки соціального впливу та оцінки впливу на навколишнє середовище [8]. Спочатку вона розвивалась як органічне розши-

рення цих методів [9]. У багатьох країнах, у тому числі й у Європейському Союзі, діє законодавча вимога щодо здійснення оцінки впливу на навколишнє середовище. Існують заперечення щодо того, що процедури оцінки впливу на здоров'я найлегше ввести, включивши їх до існуючих процесів для оцінки впливу на навколишнє середовище. Насправді виконується надзвичайно мало процедур оцінки впливу на навколишнє середовище, і вони вкрай рідко стосуються здоров'я людини. Оцінка впливу на здоров'я була запропонована і розвивалась як самостійний інструмент для сприяння громадському здоров'ю в політиках та проєктах [18].

У ст. 129 Маастрихтського договору (1992 р.) та ст. 152 Амстердамського договору (1997 р.) містяться вимоги про те, що ЄС повинен перевіряти, чи не мають законодавчі ініціативи побічних впливів на здоров'я і чи не створюють умов, які перешкоджають розвитку здоров'я. В Європейському Союзі для включення оцінки впливу на здоров'я у процес прийняття рішень вжито недостатньо заходів, хоча існує незалежна оцінка загальної сільськогосподарської політики [19].

2.4. Аналіз застосування оцінки визначення впливу на здоров'я у світі

Першу задокументовану оцінку впливу на здоров'я у Великобританії було здійснено в поданні на офіційний розгляд пропозиції щодо спорудження другої злітно-посадкової смуги в Манчестерському аеропорту [22].

Для цієї оцінки використовувався перспективний метод, що базується на оцінці впливу на навколишнє середовище. Дослідження обмежувалось недостатністю кількісних даних, проте виявилось потужним лобіюючим інструментом. Результатом цього стало внесення змін до майбутніх пропозицій, включаючи схеми поліпшення забезпечення громадським транспортом та зниження шуму. Інші завершені оцінки впливу на здоров'я у Великобританії фокусувались на проєктах розбудови міст та політиці щодо місцевого транспорту [23–25].

У країнах, що розвиваються, оцінка впливу на здоров'я швидко вдосконалюється як інструмент оцінки проєктів розвитку щодо впливів на навколишнє середовище. Цей метод базуєть-

ся на медичній моделі здоров'я і розглядає впливи на здоров'я через п'ять основних категорій хвороб: інфекційні хвороби, неінфекційні хвороби, порушення харчування, травми та психічні розлади. Розглядається вірогідність певних ризиків для здоров'я, пов'язаних з проектом, і пропонуються стратегії зниження ризиків [26]. Наприклад, який вплив на рівень шлунково-кишкових захворювань матиме використання забрудненої води для місцевого сільськогосподарського зрошення? Стратегії зниження ризику можуть запропонувати обмеження зрошення тих видів зернових, що вживатимуться обробленими.

Оцінка впливу на здоров'я використовувалась у різноманітних проектах, включаючи розвиток водних ресурсів та сільськогосподарських проектів в Африці, Азії та на Середньому Сході [26; 27]. Міжнародні організації з розвитку, включаючи Азійський банк розвитку та Світовий Банк, розробили відповідні посібники та здійснили навчання [28; 29].

Оцінку впливу на громадське здоров'я політики уряду було здійснено в Канаді. Метод, що був розроблений для урядових департаментів у Британській Колумбії, використовує низку питань з тим, щоб при прийнятті рішень можна було враховувати фактори впливу на здоров'я населення [30]. Вони були спрощені до п'яти ключових сфер: соціальна інтеграція; зайнятість і економіка; освіта і професійні навички; навколишнє середовище і безпека; соціальні програми та послуги. Подальший розвиток уповільнився через зміни політичних пріоритетів.

Методологічні утруднення оцінки визначення впливу на здоров'я. У методології оцінки впливу на здоров'я все ще не розв'язано низку проблем. Хоча спектр різноманітних факторів, що впливають на здоров'я, розширюється, їх компаративна важливість варіюється у професіональних та громадських поглядах. Для того щоб оцінка була надійним інструментом, потребується уніфіковане визначення поняття "здоров'я". Це впливає на здатність вимірювати впливи на здоров'я в різних середовищах. Нині застосовуються різні моделі для вимірювання впливів на здоров'я. В усіх цих методах використовується процедура переліку питань, в яких фігурують детермінанти здоров'я для оцінки змін у ризиках для здоров'я (наприклад, використання рівнів зайнятості як показника статусу здоров'я суспільства). Складність полягає в тому, що окремі випадкові процедури доволі складні й часто неможливо напевне визначити, який

вплив — позитивний чи негативний — справлять на здоров'я населення їх результати. Наприклад, чи справлятиме таке нововведення, як побудова космічного дослідницького центру, позитивний вплив на зайнятість у районі? І якщо так, то чи позитивно позначиться це на здоров'ї? За допомогою таких процедур можна потенційно виміряти прогрес щодо показників здоров'я, але вони не обов'язково будуть рівнозначні позитивному чи негативному впливу на здоров'я.

Один з основних аргументів критиків оцінки впливу на здоров'я полягає в тому, що методи збирання і аналізу даних недостатньо чіткі, щоб витримати перевірку їх коректності. На цей момент база даних про основні детермінанти здоров'я є неадекватною для забезпечення процесу точної оцінки. У завершених дослідженнях основними джерелами даних були літературні огляди і якісні методи. Потрібно врахувати й такі джерела даних, як економічні, епідеміологічні, кількісні та якісні. Однак найкориснішу інформацію неможливо одержати рутинним способом. Для одержання якісних первинних даних рідко вистачає часу і грошей. Хоча ті, хто приймає політичні рішення, можуть віддавати перевагу кількісному вимірюванню впливу на здоров'я, тому потрібно обмежувати кількісні оцінки щодо найкращого джерела доступних даних. Це може зменшити вплив рекомендацій експертів як щодо впевненості, так і ступеня впливу.

2.5. Методологічне обґрунтування оцінки впливу на здоров'я

Передбачення впливу на здоров'я будь-якої зміни політики залежить від синтезу всіх доступних даних для висновку про вірогідний результат і застосування цієї оцінки до населення. На думку деяких вчених, ідентифікація і об'єднання даних, їх оцінка щодо методологічної обґрунтованості й доцільності та їх об'єднання з якісними даними найскоріше виявиться складним, проте критичним аспектом для вагомості оцінки впливу на здоров'я [14]. В опублікованих оцінках впливу на здоров'я часто не міститься чіткого опису дослідницьких стратегій та критеріїв для оцінки якості, що використовувались для ідентифікації да-

них; це означає, що в більшості з них не було застосовано системну перевірку даних. Вірогідним результатом використання таких даних є необ'єктивна та неточна оцінка впливів [15].

Для системної перевірки і синтезу даних, що впливають на зміну політики, необхідно багато часу й зусиль. У сфері оцінки впливу на навколишнє середовище вже виконано багато роботи для того, щоб дослідники могли якнайкраще використовувати епідеміологічні дані. Проте значний обсяг роботи, пов'язаної з оцінкою впливу на здоров'я, виконано в межах дисциплін, з якими спеціалісти з громадського здоров'я не обов'язково обізнані (наприклад, кримінологія або освіта). Мало того, більшість звітів публікується лише у "grey literature" і тому доступ до них обмежений. Багато оцінок законодавчих ініціатив, що впливатимуть на суспільство, виконуватимуться не у вигляді контрольованих досліджень, а передбачатимуть напівекспериментальні розробки, групові дослідження, серії випадків та дослідження якості. Методи синтезу чітких даних з таких джерел складні й досі перебувають на стадії розвитку. Однак нещодавно створена Campbell Collaboration і результати діяльності Центру обґрунтованої політики, заснованого Радою економічного та соціального дослідження Євросоюзу, роблять значний внесок як у створення бази даних для оцінки впливу на здоров'я, так і в розвиток методів, що належать до цієї сфери [17; 18].

Консультації із зацікавленими сторонами. Ще одним джерелом даних для оцінки потенційних впливів на здоров'я є консультації із зацікавленими сторонами. Процес консультацій з експертами та громадськістю становить засіб, який робить процес прийняття рішень, що впливають на державну політику, прозорішим. Проте якщо консультація має бути корисним та надійним джерелом інформації, власне процес консультації повинен бути чітким і його вплив слід вважати засобом зміни права.

Консультація з експертами та громадськістю передбачає чотири основні проблеми.

Перша проблема — власне проведення консультації продуманим та надійним способом. Вчені, що займаються соціальними науками, розробили комплекс технологій вибірки, інтерв'ювання (як на індивідуальному, так і на груповому рівні) і аналізу кількісних даних. Однак в опублікованих дослідженнях немає

чіткого посилання на використані методи. Залишається відкритою низка питань. Як було опитано групи, “до яких важко дістатись”? Яка вибірка використовувалась: випадкова, опортуністична чи цільова? Який був рівень участі? Хто не брав участі в дослідженні і чому? Чи записувались інтерв'ю або цільові групи і чи розшифровувались їх результати? Який при цьому застосовувався тематичний аналітичний підхід? Усі ці питання потребують обговорення.

Друга проблема пов'язана суто з консультацією: виникає небезпека довіритися думці зацікавлених сторін у передбаченні результатів політики. Часто дані належним способом виконаних досліджень не підтверджують інтуїтивну оцінку [19]. Деякі з таких рішень, наприклад, вкладати немовлят спати на животі, тому що це імітує положення при реанімації, спричинювали суттєві побічні наслідки.

Третя проблема полягає в такому. Коли до оцінки впливу на здоров'я залучається громадськість, це стає її втручанням у її ж права. Проблеми, що асоціюються зі сприйняттям ризику та його розміром, широко обговорювались [20]. Лише усвідомлення того, що необхідно оцінювати вплив на здоров'я, може в передбачуваний спосіб змінити уявлення громадськості про ризик, пов'язаний зі зміною. Таким чином, власне здійснення оцінки впливу (позитивного чи негативного) на здоров'я впливатиме на здоров'я суспільства. І, врешті-решт, залучення громадськості може розглядатись як спосіб усунення опозиційних партій від прийняття рішень (аргумент “ми пішли на консультацію”). Етичні аспекти залучення громадськості до консультації так само потребують подальшого доопрацювання.

Обґрунтування припущень оцінки впливу на здоров'я. З огляду на зазначені недоліки у процесі оцінки впливу на здоров'я чи можна бути впевненим у коректності припущень щодо впливу на здоров'я, використаних для зміни політики? Для цього необхідні відповідні емпіричні тести для процесу передбачення. Справді, існує багато аргументів на користь необхідності збирання інформації з різних оцінок впливу на здоров'я, які, однак, не використовувались. У Великобританії опубліковано низку досліджень перспективної оцінки впливу на здоров'я, проте в жодному з них не йдеться про перевірку і оцінку точності передбачуваних ними впливів на здоров'я. В остан-

ніх розроблених Міністерством охорони здоров'я Англії посібниках з питань здійснення оцінки впливу на здоров'я йдеться про те, що моніторинг результатів, вірогідно, здійснюватиметься посадовими особами організації або товариства, що інкорпоровані з існуючими системами для збирання даних та моніторингу [9]. Проте чи реалістичне таке припущення?

Оцінка впливу на здоров'я при зміні політики потребує незалежних і надійних даних, що базуються на чіткому та узгодженому визначенні здоров'я. Рівні смертності, захворюваності та користування медичними послугами незважаючи на доступність не можуть застосовуватись для оцінки короткотривалих та незначних наслідків. Альтернативний підхід — зосередитись на змінах при відборі факторів впливу на здоров'я, хоча з цим також пов'язана низка проблем. Багато показників одержані місцевими органами влади, добровільними організаціями та органами охорони здоров'я, проте просторова одиниця може бути зavelикою (наприклад, на рівні місцевих органів влади) або частіше збирання недостатньою (наприклад, дані перепису кожних 10 років) для того, щоб проаналізувати відносно незначні зміни [21]. Навіть якщо дані одержані з надійного джерела і відображають зміни, їх належність до здоров'я може бути спірною, а отже, вони не можуть бути надійним індикатором. На жаль, важко визначити ступінь впливу деяких факторів, які громадськість може ідентифікувати як небезпечні для здоров'я, такі як випорожнення собак, використані шприці та графіті.

Навіть тоді, коли можна ідентифікувати відносно прості засоби для вимірювання здоров'я, залишається багато інших проблем. Простий підхід “до і після”, що застосовується для визначення показників результату, ненадійний, позаяк визначає багато різних переплутаних факторів. Потрібно зважати також на встановлення причинно-наслідкових зв'язків шляхом використання контрольних груп, визначених за допомогою різних джерел.

Відбір контрольних груп. Законодавча ініціатива “Новий курс для Громад” — це план дій, розроблений для зменшення соціальних нерівностей в Євросоюзі.

Програми порівняння включають:

- компоненти “нового курсу”, які засвідчують, як суттєво нові подібні зміни впливають на різні громади, щоб оціни-

ти, як контекстуальні відмінності впливають на впровадження політики;

- інші групи суспільства в межах місцевої влади, що становлять “контрольні групи” зі здійсненням оцінки змінних базового рівня і перевірки її результатів. Передбачається, що ці групи будуть двох типів:
 - громади, на яких звернена політика, проте яким не вдалось одержати новий статус;
 - громади з подібними соціально-демографічними параметрами для вихідного рівня громад нового курсу;
- утворені шляхом агрегації переліку районів однорідні суспільства, які можна порівняти за геоеконічними та соціально-еконічними характеристиками.

Інші проблеми так само потребують вирішення. Наприклад, способи, за допомогою яких роблять спроби визначити показники здоров'я шляхом застосування екологічних критеріїв чи випадкової вибірки для досліджень якості життя або участі контрольних груп у симуляції статичного населення. Однак на території ЄС рівні міграції суттєво різняться. Так, в окремих районах упродовж року спостерігається зміна власників у більше як 20–30 % будинків [22]. Міграція — не випадковий процес, що асоціюється з втратами [23]. Отже, міграція — це змінний результат або мішаний фактор, який необхідно усвідомити і пристосуватись до нього? Окремі джерела даних (наприклад, список виборців, централізований реєстр NHS, списки лікарів, що займаються загальною практикою, бази даних податкових органів) можуть пояснити рівні міграції в невеликих районах [24; 25]. Прихильники оцінки впливу на здоров'я повинні зважати на те, як результати такої роботи можуть бути інкорпоровані в оцінку зміни курсу, наприклад, через аналіз чутливості й моделювання результатів для населення.

Ще одна невизначеність — параметр часу щодо впливів на здоров'я внаслідок впровадження політики. Якщо експерти мають підтвердити припущення щодо характеру і ступеня впливу зміни на здоров'я суспільства, то по який час робитимуться спроби знову виміряти показники здоров'я? Різні асоційовані зі змінами впливи варіюватимуться в часі й різнитимуться для різних суспільств та підгруп всередині суспільства.

Зазначені проблеми хоча й не висвітлені в літературі з питань оцінки впливу на здоров'я, проте вони не нові. Існує кілька поси-лань на ґрунтовне наукове дослідження, здійснюване впро-довж останніх 50 років американськими вченими, які займа-ються соціальними науками, пов'язаними з оцінкою багатьох сфер соціальної політики [26]. Ці вчені намагаються подолати проблеми оцінки впливу “законодавчих ініціатив на суспільство загалом”. З цією метою вони розробили чіткі структури для ін-корпорування якісних даних, зібраних під час консультацій з громадськістю, у передбачувані й оцінкові моделі “причина–на-слідок” [27]. Ці технології та існуючі кількісні епідеміологічні методи, такі як кластерна рандомізація, серія вимірів у часі, мо-делювання аналізу рішень та басівський аналіз, мають бути ін-корпоровані в оцінку впливу на здоров'я [28].

2.6. Перспективи розвитку оцінки визначення здоров'я

Актуальною залишається проблема доступних методів для оцінки впливу на здоров'я, адже через бажання показати, що оцінюється вплив на здоров'я, ця оцінка може здійснюватись неадекватним та неналежним способом. У кращому разі це буде марне витрачання часу, зусиль та грошей, у гіршому — призведе до затримання та неприйняття рішень або до схвалення полі-тики, програм та проектів, що посилять нерівності щодо здо-ров'я.

На думку багатьох дослідників, у цьому разі ефективною буде так звана двостороння атака. Оскільки потреба в оцінці впливу на здоров'я залишається, а надмірні сподівання є частиною про-блеми, прихильники такої оцінки повинні насамперед обмежи-ти свої сподівання від процесу. Враховуючи притаманні обме-ження доступних методів, малоімовірно, що оцінка впливу на здоров'я визначить точні припущення щодо впливу на здоров'я запропонованої зміни політики. Слід уникати методів оцінки, що передбачають використання несистематичних оглядів літе-ратури та “субоптимальних” консультацій, доцільніше засто-сувати швидкий процес міні-оцінки впливу на здоров'я [1; 9; 12]. У такій міні-оцінці використовується наявна інформація та обчислюється кілька змінних, а експерти збираються щонай-

більше на день — загалом це значно коротша процедура, ніж стандартна оцінка впливу на здоров'я (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Рівні оцінки впливу на здоров'я

Міні-оцінка впливу на здоров'я (запропонована політика дефолту)	Стандартна оцінка впливу на здоров'я (застосовувана нині)
<ul style="list-style-type: none"> • “Desk top” exercise • Довіряє вже доступній інформації “з полиці” • Мінімальна кількість впливів • Обмежене консультування — одноразові збори зацікавлених сторін 	<ul style="list-style-type: none"> • Обмежене вивчення літератури, зазвичай несистемне • Спирається здебільшого на дані зі стандартних джерел • Визначення кількості впливів • Участь зацікавлених сторін, проте методи вибірки нечіткі

Максі-оцінка впливу на здоров'я (оцінка політики) передбачає:

- розширене вивчення літератури;
- повторний аналіз існуючих даних;
- збирання нових даних;
- розширену кількість впливів і сенситивний аналіз;
- повну участь зацікавлених сторін — достовірні якісні технології з учасниками, визначеними за допомогою чітких методів вибірки;
- оцінювання як процесу оцінки впливу на здоров'я, так і наслідків зміни політики, включаючи використання, де можливо, контрольних груп населення (мешканці району, міста, селища тощо).

Хоча емпіричних даних для підтвердження такої думки недостатньо, вважається (спираючись на непевність перспективної оцінки зміни політики), що відношення між кількістю і встановленим характером впливів та ресурсами часу, витраченими на оцінку впливу на здоров'я, не лінійне. Місцеві організації можуть мати більші прибутки від власних інвестицій (і реалістичніші прогнози від цих інвестицій), використовуючи підхід міні-оцінки впливу на здоров'я (графічне зображення). У таких проєктах може й не міститися чіткої оцінки впливів на здоров'я, проте можуть зазначатися механізми залучення органів (не пов'язаних з охороною здоров'я) до міжгалузевого співробітництва, методи проведення консультацій і процес розробки структури для оцінки.

Можливе співвідношення між рівнями оцінки впливу на здоров'я і результатами. Повна (максі) оцінка впливу на

здоров'я повинна здійснюватись лише у чіткий та ефективний спосіб і перевірятись після впровадження проекту. Якщо оцінка впливу на здоров'я має досягти встановленої мети і підвищити цінність процесу прийняття рішень, потребується перехід від теперішньої ситуації до такої оцінки результатів, коли використовуються лише систематизовані огляди даних, а їх точність підтверджена аналізом ситуації після зміни. Стандартної оцінки впливу на здоров'я необхідно уникати. При цьому потрібно взяти на озброєння приклади з класичної епідеміології, соціальних наук, а також з оцінки американської політики міст, освіти та інших соціальних сфер не лише для забезпечення інформацією щодо напрямку та ступеня вірогідних впливів, а й для того, щоб співробітники могли виходити з доцільності при виборі методів.

Максі-оцінки впливу на здоров'я, безперечно, є істотним випробуваннями як в інтелектуальному плані, так і щодо необхідних ресурсів та часу, проте їх позитив полягає в підтвердженні передбачуваних впливів на здоров'я. Хоча безпосередня практична користь полягає в модифікації проекту лише після його завершення, можна дійти відповідних висновків для прийняття рішень у майбутньому. Такий підхід цілком відповідає розвитку обґрунтованої політики [17; 18].

Майбутнє оцінки визначення здоров'я. Оцінка впливу на здоров'я має на меті зробити процес прийняття політичних рішень відкритим та структурованим. Для того щоб досягти цього, треба визнати, що оцінка і класифікація даних — недостатньо об'єктивний процес і включає низку оцінкових суджень. На результат можуть впливати політичні імперативи. При складанні звітів слід чітко розрізнати об'єктивні дані та суб'єктивні думки. Для медицини, що базується на доказах, характерна важлива ієрархія епідеміологічних даних з випадковими контрольованими дослідженнями на верхівці піраміди. Очевидно, ця інформація не буде корисною для оцінок, де використовуються кількісні та якісні джерела. Постає потреба у визначенні бази для збирання, інтерпретації та послідовності даних з різних джерел для обґрунтованої політики прийняття рішень.

Одержання даних для оцінки впливу на здоров'я часто обмежується фінансовими та часовими ресурсами. Наприклад, космічний центр — це великий всеохоплюючий проект. Необхідно

збалансувати точні методи, що потребують спеціальних умінь, високого рівня ресурсів, і такі, які можуть легко використовуватись з незначними витратами. Ці два підходи не виключають один одного і можуть поєднуватись у послідовності стадій оцінки, що включає попередній відбір проекту, швидку оцінку і ретельний аналіз [20]. Рішення щодо того, який метод використовувати, може стосуватись того, що найістотніше впливати на прийняття рішень у часовому відношенні. Врешті-решт, має бути компроміс між витратами і якістю для того, щоб оцінка впливу на здоров'я стала досяжною метою.

Оцінка впливу на здоров'я вважається одним з найважливіших новітніх процесів у громадському здоров'ї. Хоча це може бути перебільшенням щодо неусталеного процесу, подальший розвиток цієї оцінки забезпечується зобов'язанням уряду здійснювати оцінку державної політики щодо впливу на здоров'я. Однак ці методи все ще перебувають у процесі розвитку. Слід розв'язати ще багато методологічних проблем, включаючи вимірювання впливів на здоров'я і досягнення практичного балансу між грошовими ресурсами та глибиною аналізу. Незважаючи на незавершений характер процесу в багатьох країнах світу урядами та місцевими органами охорони здоров'я вже застосовується оцінка впливу на здоров'я. Вона може бути засобом поліпшення політики громадського здоров'я, сприяння співробітництву секторів та належнішого використання обмежених громадських ресурсів при прийнятті рішень обґрунтованої політики.

Узагальнюючи наведене, доходимо таких висновків:

1. Оцінка впливу на здоров'я є важливим інструментом при переосмисленні та суттєвих змінах державної політики щодо її впливу на охорону здоров'я, у процесі розбудови з урахуванням сучасних міжнародних підходів. Останнє надзвичайно актуальне з огляду на проголошений Україною стратегічний курс на інтеграцію в Європейське Співтовариство.

2. Метод оцінки впливу на здоров'я можна рекомендувати для застосування політиками в усіх секторах уряду:

- аналітиками центрального уряду та радниками в таких сферах, як житлові питання, зайнятість чи оподаткування;

- місцевою владою в таких секторах, як транспорт, планування, соціальна політика або охорона навколишнього середовища;
- розробниками стратегій у сфері охорони здоров'я; оцінки потенційних впливів стратегій у сфері охорони здоров'я на нерівності в ній; перспективної оцінки впливу на здоров'я в її теперішньому вигляді.

3. Існує методологічна прогалина між цілями оцінки впливу на здоров'я (експерти повинні висловити припущення щодо впливів на здоров'я з метою змінити заходи, передбачені політикою) та методами, що використовуються тими, хто здійснює оцінку.

4. На місцевому рівні доцільно застосовувати процес міні-оцінки впливу на здоров'я тоді, коли зменшення часу та зусиль на вивчення окремих змін призведе до незначного недоотримання інформації.

5. Чіткий аналіз впливів змін, що стосуються громадського здоров'я, потребуватиме значних інвестицій у максі-оцінку впливу на здоров'я.

Список використаної літератури

1. *Європейський* центр Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я за політику здоров'я. Оцінка впливу на здоров'я: основні поняття та пропонувані підходи. — Брюссель: ВООЗ, 1999.
2. *Міністерство* охорони здоров'я. Рятуючи життя. — Лондон: Держ. канцелярія, 1998.
3. *Незалежне* дослідження нерівномірності показників здоров'я. — Лондон: Держ. канцелярія, 1998 (Ачесонський звіт).
4. *Європейські* співтовариства. Амстердамський договір, що вносить зміни до договору про Європейський Союз, договори, що засновують Європейські співтовариства, та певні законодавчі акти. — Люксембург: Міністерство з офіційних публікацій Європейських співтовариств, 1997.
5. *Всесвітня* Організація Охорони Здоров'я, Європейське регіональне відділення. Здоров'я-21 — здоров'я для всіх у 21 столітті. — Копенгаген: ВООЗ, 1999 (Сер. "Європейське здоров'я для всіх". — № 6).

6. *Міністерство охорони здоров'я*. Оцінка впливу на здоров'я: звіт про методологічний семінар. — Лондон: Держ. канцелярія, 1999.
7. *Кемм Дж.* Розвиток оцінки впливу на здоров'я в Уельсі. — Кардиф: Відділ розвитку охорони здоров'я, Національна Асамблея Уельсу, 1999.
8. *Оцінка впливу на здоров'я: політика та процес у Шотландії*. — Глазго, 2000. — 70 с.
9. *Айсон Е.* Джерело оцінки впливу на здоров'я. — Лондон: NHS Executive, 2000. — 108 с.
10. *Скот Самюель А.* Оцінка впливу на здоров'я: теорію у практику // *J. Epidemiol Community Health*. — 1998. — V. 52. — P. 704–705.
11. *Британська медична асоціація*. Оцінка впливу на здоров'я та навколишнє середовище: інтегрований підхід. — Лондон: Earthscan, 1999.
12. *Скот Самюель А., Бірлі М., Арден К.* Мерсісайдське керівництво для проведення оцінки впливу на здоров'я. — Ліверпуль: Ліверпульська обсерваторія громадського здоров'я, 1996.
13. *Всесвітня Організація Охорони Здоров'я, Європейське регіональне відділення*. Методологічне застосування критерію рівності при проведенні оцінки впливу на здоров'я. Звіт про засідання, проведене 16 березня 2001 р. — Брюссель: ВООЗ, 2001.
14. *Макінтрі Л., Петікру М.* Методи оцінки впливу на здоров'я: огляд літератури. — Глазго: Ун-т Глазго, 1999 (відділ соціальних наук та наук, що стосуються громадського здоров'я).
15. *Проведення систематичних оглядів досліджень ефективності*. Керівництво ЦЗР для тих, хто проводить чи приймає звіти. — Йорк: Центр звітів та розповсюдження NHS, Ун-т Йорку, 2001.
16. *Робоча група Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я*. Оцінка та використання епідеміологічних даних для проведення оцінки ризику для здоров'я: Керівництво ВООЗ. Перспективи впливу навколишнього середовища на здоров'я, 2000 // *Bull. World Health Org.* — 2000. — N 72. — P. 429–445.

17. *Боруч Р., Петросіно А., Чалмерс І.* Пропозиції щодо систематичних, багатонаціональних та безперервних оглядів даних // Soc. Sci. Med. — 1996. — N 12. — P. 12–19.
18. campbell.gse.upenn.edu/papers.html
19. *Обґрунтована політика та практика законодавчих ініціатив.* Рада економічних та соціальних досліджень, 2000 // York, England: Centre for Health Economics. — 2000. — 370 p.
20. www.esrc.ac.uk/ebp1.htm
21. *Макінтрі С., Петікру М.* Гарних намірів та мудрості недостатньо // Епідеміологічне здоров'я суспільства. — 2000.
22. *Колмен К., Рой С. Дж.* Мова ризику та діалекти // BMJ, 1997.
23. *Ідентифікація немедичних даних для моніторингу здоров'я / С. Сондерс, Дж. Матерс, Дж. Перрі, А. Стівенс* // Громадське здоров'я. — 2001. — № 23. — С. 103–108.
24. *Родес Дж., Тайлер П.* Оцінка впливу на здоров'я — методологія // Оцінка впливу на здоров'я: звіт про методологічний семінар. — Лондон: Держ. канцелярія, 1999.
25. *Пентан Дж.* Міграція та захворюваність: застосування при географічних дослідженнях хвороб // Soc. Sci. Med. — 1988. — № 26. — P. 49–54.
26. *Булусу Л.* Звіт про дані з міграції. — Лондон: Держ. канцелярія, 1991.
27. *Фотерінгем Чемпіон С., Різ П., Бойл П., Стілвел Дж.* Детермінанти міграційних процесів в Англії: огляд існуючих даних. — Ньюкасл, 1998 (звіт для Міністерства охорони навколишнього середовища).
28. *Кемпбел Д., Стенлі Дж.* Експериментальні та квазіекспериментальні проекти досліджень. — Бостон: Houghton Mifflin, 1966.
29. *Нічого* більш практичного, ніж гарна теорія. Вивчаючи оцінку в основі якої лежить теорія, для оцінки законодавчих ініціатив, що стосуються дітей та сім'ї // Нові підходи до оцінки законодавчих ініціатив, що стосуються суспільства. Т. 1. Поняття, методи та контекст / Дж. Коннел, А. Кубіш, Л. Шор, С. Вайс. — Вашингтон DC: Ін-т Аспена, 1995.
30. *Лілфорд Р., Браунхольц Д.* Статистична база державної політики: зсув парадигми затримується // BMJ. — 1996.

3. Економічний аналіз в охороні здоров'я

3.1. Сутність економічного аналізу

Витрати у сфері охорони здоров'я завжди пов'язані з невикористаними можливостями: при наданні якоїсь послуги завжди витрачаються кошти, які можна було б використати для надання іншої, альтернативної послуги. Тому перед управлінцями в охороні здоров'я завжди стоїть проблема вибору з кількох можливих альтернатив. Вирішення цієї проблеми залежить від того, як оцінюються можливі альтернативи. Процедура ухвалення рішення (навіть якщо вона неформальна) потребує від управлінця врахування множини найрізноманітніших факторів — економічних, технологічних, соціальних, політичних тощо. Методи вирішення економічного аспекту проблеми мають загальну назву: *економічні оцінки, економічний аналіз, аналіз ефективності* медичних послуг, проектів, процедур та програм*.

Аналіз і оцінка економічної ефективності в галузі охорони здоров'я становлять методологію, за допомогою якої можна оцінити вартість однієї одиниці здоров'я або певну кількість одиниць здоров'я, які можна отримати, інвестуючи певну суму у програму або технологію виробництва здоров'я.

Ретельний економічний аналіз факторів, що впливають на ухвалення рішення, важливий принаймні з трьох причин.

По-перше, *без систематичного аналізу важко виявити всі можливі альтернативи*. Наприклад, пропонуючи відкрити нове відділення для лікування хворих, що страждають на хронічні пульманологічні захворювання, часто забувають розглянути вже існуючі можливості лікування в терапевтичному відділенні стаціонару загального профілю або вдома.

Іноді необхідний також ширший погляд: просвітницькі профілактичні програми можуть забезпечити значно ефективніший шлях зниження рівня деяких захворювань, а отже, їх слід додати до переліку досліджуваних альтернатив.

* Під медичною програмою в контексті економічного аналізу розуміють найрізноманітніші дії, спрямовані на досягнення конкретної мети — від впровадження нового методу лікування до широкомасштабної реструктуризації системи подання медичної допомоги.

По-друге, *необхідно дуже чітко розуміти, з чіх позицій аналізуються альтернативи*. Програма, процедура, послуга можуть здаватися дуже привабливими з одних позицій і неприйнятними — з інших. Найпростішим прикладом є система платних послуг, яку вважають доволі ефективною медичні установи, але вона неприйнятна для пацієнтів, що не можуть оплатити ці послуги. Альтернативи можна проаналізувати, наприклад, з таких позицій:

- пацієнта, що одержує послуги;
- медичної установи;
- органів управління охороною здоров'я різних рівнів;
- страхових медичних організацій, що оплачують послуги;
- окремих соціальних груп населення;
- суспільства загалом.

Іноді доцільно розглянути кілька різних позицій. Так, медичний заклад, що аналізує доцільність впровадження нової платної послуги, повинен подумати як про те, щоб не зазнати збитків (аналіз з позицій медичної установи), так і про те, щоб послуги користувалися попитом у покупців (аналіз з позицій пацієнта). У теоретичних дослідженнях аналіз найчастіше здійснюється з позицій суспільства загалом, однак, вирішуючи конкретні питання, можна враховувати й вужчу точку зору. Якщо ж результати аналізу, виконаного з різних позицій, різняться, можна спробувати знайти компроміс. Наприклад, якщо деяка програма видається кращою з позицій органів управління охороною здоров'я, але непривабливою з позицій медичної установи, органи управління охороною здоров'я можуть започаткувати низку політичних заходів, щоб зробити цю програму привабливішою для медичних працівників. Якщо програма платних послуг, що вважається привабливою з позицій медичної установи, видається непривабливою для пацієнта через її ціну, керівникам медичної установи можна, наприклад, проаналізувати можливості збереження двох типів послуг: старої (не такої ефективною з позицій медицини, але доступної для пацієнта) і нової. Так роблять, наприклад, багато стоматологічних установ, що пропонують пацієнтам різні типи пломбувальних матеріалів.

По-третє, *необхідна кількісна оцінка витрат на реалізацію програм і порівняння їх з досягнутими результатами*, без чого

медичні пропозиції і рекомендації можуть виявитися непринятно дорогими.

3.2. Основні терміни і поняття економічного аналізу в охороні здоров'я

В умовах обмежених ресурсів (людей, часу, лікувальних потужностей, устаткування, знань) ключовими стають два запитання:

1. Чи є та чи та процедура, вид обслуговування або програма охорони здоров'я такою, якій віддаватиметься перевага перед іншою, на реалізацію якої будуть потрібні такі самі ресурси?

2. Чи є впевненість у тому, що наявні ресурси охорони здоров'я мають бути витрачені саме в цей спосіб, а не в інший?

Економічний аналіз розглядає лікування як процес, у якому ресурси (персонал, устаткування, ліки, кошти) використовуються для одержання результату, пов'язаного з поліпшенням стану здоров'я і продовженням життя пацієнта (рис. 3.1).

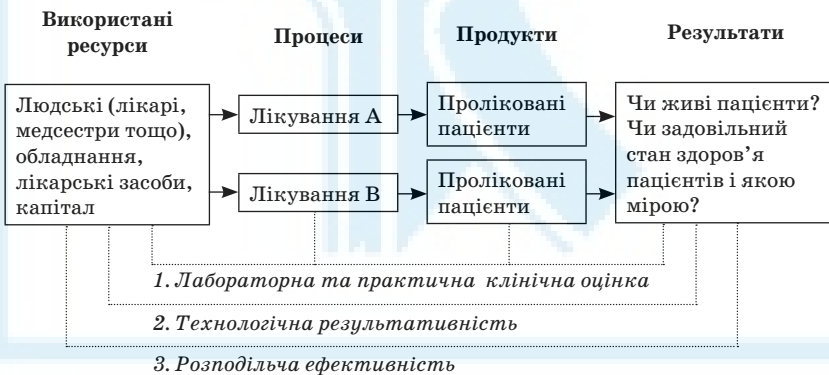


Рис. 3.1. Процес економічного аналізу

Оцінка програм або втручань охорони здоров'я може здійснюватися за стадіями: клінічної, технологічної та розподільчої ефективності або ефективності інвестицій. Перша стадія — клінічна оцінка — зазвичай включає два етапи: лабораторний — оцінку клінічної дієвості (*efficacy*), яка здійснюється в ідеаль-

них умовах клініки, і практичний — оцінку технологічної результативності (*effectiveness*), що відповідає лікуванню у звичайній лікувальній установі з усіма її недоліками: недбалістю медичних працівників, епізодичним небажанням пацієнтів виконувати вказівки лікаря тощо. Зрозуміло, в останньому випадку результати можуть виявитися значно гіршими і залежатимуть від конкретної медичної установи. Оцінити результативність лікування або діагностики необхідно ще до здійснення власне економічних розрахунків (адже якщо результат діагностики або лікування незадовільний, виконувати аналіз недоцільно).

На другій стадії оцінюється *технологічна результативність* і вирішується, який з конкуруючих методів має бути вибраний для лікування певного захворювання. Якщо ж усі методи дають практично однаковий результат, то вибирається найменш витратний, для чого *аналізується мінімізація витрат* (наприклад, для вакцинації силами медичних сестер удома або централізовано в медичній установі). Якщо вибрані методи дають різні результати, застосовується *аналіз “витрата — результативність”*, в якому враховується як ефект лікування, так і його вартість (наприклад, лікування ниркової недостатності проведенням безперервного діалізу чи трансплантацією нирки). В обох випадках становить інтерес економічно найефективніший (щодо витрат) спосіб лікування такого стану.

Третя стадія полягає в порівнянні результатів лікування низки хворобливих станів для прийняття рішення про використання обмежених ресурсів якнайкраще. Наприклад, інвестувати ресурси в полегшення страждань безнадійних онкологічних хворих або в лікування ниркової недостатності. Оптимізація цього вибору стосується *розподільчої ефективності*. Якщо порівнювані методи лікування забезпечують практично однакові результати, наприклад, зберігають життя, то достатньо виконати аналіз “витрата — результативність”. При одержанні в результаті лікування порівнюваними методами різних результатів, виконуються такі аналізи, як “*витрати — вигода*” та “*витрати — корисність*”.

Економічний аналіз має дві основні особливості. Економічний аналіз, по-перше, досліджує як *витрати, так і результати* діяльності, а по-друге, завжди пов’язаний із проблемою

вибору, а тому з порівнянням витрат і результатів *кількох альтернатив*.

Витрати і вигоди поділяються на три категорії (рис. 3.2):

- прямі, тобто фактично оплачені або системою охорони здоров'я (заробітна плата), або пацієнтами (наприклад, вартість ліків);
- непрямі, тобто не оплачувані прямо, але при цьому виникають матеріальні альтернативні витрати, такі як відмова від відпочинку або втрата робочого часу внаслідок проходження лікування; непрямі витрати — це втрата продуктивності національної економіки в результаті захворюваності;
- нематеріальні (невловимі) (страждання, біль, страх тощо).

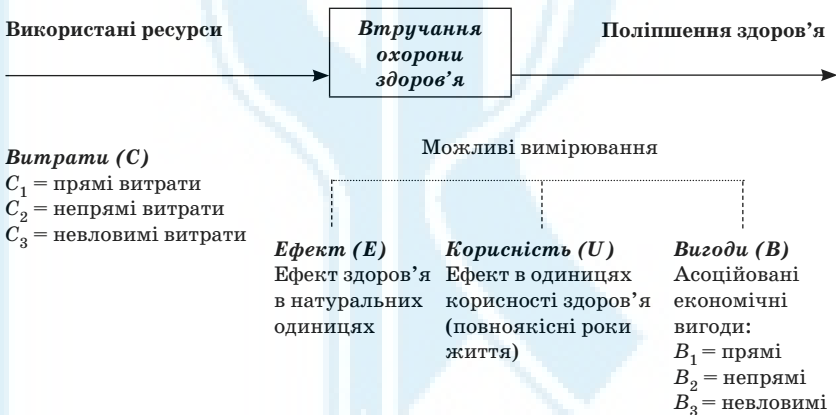


Рис. 3.2. Компоненти економічної оцінки

Першу категорію витрат найпростіше розрахувати з огляду на те, що вона базується на ринкових цінах вкладених ресурсів (штат, матеріали, устаткування тощо). Друга категорія (виробничі втрати або доходи) включає розрахунок тінювих цін, наприклад, використання погодинної оплати для визначення втрат робочого часу.

Третя група найважча для розрахунків, оскільки містить грошове вираження суб'єктивних почуттів і цінностей, що різняться за групами.

Обчислюючи витрати, потрібно з'ясувати основні поняття, які можуть виникнути протягом цього процесу, наприклад, які витрати слід враховувати і як їх потрібно оцінювати.

Основні категорії витрат включають організаційні та поточні витрати, видатки пацієнтів та їх сімей, а також витрати поза сектором здоров'я. Вирішуючи, який вигляд матиме конкретний спектр витрат в окремому дослідженні, слід враховувати такі моменти.

Яку позицію обрати, оскільки те, що є витратами для одних, може не бути витратами для інших? Існують так звані трансферні витрати, що не відображають використання ресурсів. Можливі позиції включають суспільство, міністерство охорони здоров'я, інші місцеві органи управління, пацієнта, роботодавця, виробника, агенцію, що впроваджує певну програму, тощо. У сумнівних ситуаціях доречно приставати до загальносуспільних позицій, що найпоширеніші й завжди доречні.

Чи обмежується порівняння двома або кількома програмами, що безпосередньо вивчаються? Якщо застосовується порівняльний аналіз спільних програм, які безпосередньо підлягають вивченню, витрати обчислювати не потрібно, оскільки вони не впливають на вибір цих програм. Проте якщо на якомусь з подальших етапів передбачається ширше порівняння, що включатиме інші, досі не визначені альтернативи, доцільно враховувати всі витрати.

Чи не є врахування деяких витрат простим підтвердженням результатів, отриманих з вузького переліку витрат? Якщо врахування витрат пацієнта потребує додаткових зусиль, але не впливає на вибір програми, недоцільно ускладнювати аналіз. Проте таке виключення певної категорії витрат має бути аргументовано.

Після того, як відповідний перелік витрат встановлено, кожену з його частин слід виміряти і оцінити. Хоча теоретично правильною ціною ресурсу є його альтернативні витрати (вартість виграшу, втраченого через недоцільне використання ресурсу), прагматичний підхід передбачає використання існуючих ринкових цін, доки не буде підстав діяти в інший спосіб. Хоча визначення витрат більшості ресурсів порівняно однозначне, постає потреба відповісти на кілька запитань.

Як визначити вартість неринкових витрат? Основним неринковим ресурсом, задіяним у програмах охорони здоров'я, є добровільно витрачений час і час для відпочинку пацієнтів та їх сімей. Одним з підходів до їх оцінки могло б бути використання ринкових ставок заробітної плати. Найчастіше витрачений час для відпочинку оцінюють на нульовому рівні й досліджують вплив інших припущень на основі аналізу чутливості.

Як слід управляти капітальними витратами (на обладнання, будівлі й землю)? Існує кілька методів вимірювання та оцінки капітальних витрат в економічному оцінюванні. Найефективніший з них полягає в тому, щоб розподілити вихідну суму капітальних витрат щорічно впродовж періоду корисного існування активу, тобто розрахувати щорічний еквівалент витрат. Завдяки цьому вирішуються дві проблеми — зношення активу та його альтернативних видатків. Інший, хоча й не такий точний метод полягає у щорічному визначенні амортизаційних витрат, а також альтернативних витрат на неамортизованому балансі для кожного року. Цей метод можна використовувати для оцінки капітальних витрат, якщо для оренди приміщень і лізингу обладнання існують ринкові ставки. Якщо капітальні витрати стосуються ресурсів, які використовуються в більше як одній програмі, вони можуть потребувати розподілу за принципом, подібним до накладних витрат.

Чому важливо розрізняти середні та граничні витрати? Ці витрати — лише два з можливих способів співвіднесення витрат до кількості. Досліджуючи ефект від невеликих змін у випуску, отримуємо результат, відмінний від середніх витрат. Наприклад, додаткові витрати, пов'язані з утриманням пацієнта на ліжку ще на один день наприкінці його лікування, можуть бути меншими від середніх денних витрат.

Як потрібно управляти спільними накладними витратами? Однозначно правильних способів розподілу таких витрат не існує. Фактично найголовніше — ретельно оцінити всі витрати, якщо вони виникають внаслідок впровадження іншої програми. Вибираючи метод розподілу накладних витрат, слід враховувати, що важливіші пункти витрат для аналізу необхідно оцінювати найточніше.

Як слід оцінювати непрямі витрати? Зміни у випуску продукції здебільшого входять до економічного оцінювання як наслід-

ки впровадження програм з охорони здоров'я. Наприклад, терапія часто знижує майбутні виробничі витрати, оскільки дає змогу хворій людині повернутися до роботи.

3.3. Критерії оцінки результативності медичної допомоги

Оцінка результативності медичної допомоги, тобто відповідь на питання, чи справді запропоноване втручання дає більше користі, ніж шкоди тим, кому призначене, і оцінка цієї користі поділяється (явно або неявно) на два етапи: вибір одного або кількох критеріїв оцінки (показників, за якими оцінюватиметься результат) і власне оцінка досягнення поставлених цілей через ці показники. Коректний підхід до вирішення обох завдань однаково важливий.

Результати медичних програм і проєктів можна поділити на три основні групи. Перша пов'язана зі *змінами фізичного й емоційного стану пацієнта*. Ці результати можна оцінити за допомогою таких показників, як кількість збережених життів, продовження тривалості життя, зменшення кількості ускладнень, зниження кров'яного тиску. Вибір показників і критеріїв оцінки в кожному випадку залежить від цілей, що висуваються в конкретних програмах або проєктах. Наприклад, якщо програма спрямована на профілактику і лікування гіпертонічної хвороби, то показниками результату можуть бути вибрані зниження кров'яного тиску, частість гіпертонічних кризів, важких ускладнень (інсультів). При нескладних хірургічних втручаннях залежно від їх мети як показники результату можна вибрати кількість днів непрацездатності після операції, а при складніших — кількість збережених життів або додаткових років життя, збережених у результаті операції. При вакцинації показниками результату можуть бути зниження рівня захворюваності, кількості ускладнень у хворих. Ці показники можна використовувати в економічних оцінках при порівнянні програм або проєктів з однотипними цілями (аналіз “витрата — результативність”). При цьому слід пам'ятати, що, вимірюючи і порівнюючи основні результати лікування, слід пам'ятати про побічні ефекти — як позитивні, так і негативні. Якщо впровадження програми має кілька ефектів, необхідно оцінити кожний з них,

а потім (при економічному аналізі) або вибрати найважливіший показник (описавши хоча б якісно інші), або оцінити зміни всіх показників одразу — можливо, призначивши їм певні вагові коефіцієнти відповідно до важливості ефектів. Наведені показники описують кінцевий результат лікування. Однак існують програми і проекти, спрямовані на досягнення проміжних результатів, наприклад, якості діагностики (впровадження нових діагностичних методів). Результати цих програм лише опосередковано впливають на кінцеву мету лікування, тому в цьому разі зручніше використовувати такі показники, як кількість правильно поставлених діагнозів, відсоток захворювань, виявлених на ранній стадії.

Друга група результатів програм і проектів спрямована на *зміну діяльності медичних установ і системи охорони здоров'я загалом*. Впровадження у практику одноразових шприців і систем для переливання крові не тільки знижує ймовірність захворювання на гепатит або СНІД, а й істотно полегшує працю медсестри. Для оцінки цих результатів можна використовувати такі показники, як час виконання процедури або аналізу, кількість пацієнтів, яким можна надати послуги за певний час, та ін.

Нарешті, третій тип результатів пов'язаний зі зміною якості життя пацієнтів. Якість життя може визначатись багатьма показниками, до яких належать відсутність хвороби, можливість повноцінної роботи, здатність до самообслуговування та ін.

Більшість наукових розробок, присвячених вивченню результатів певних втручань, здійснювались у близьких до ідеальних клінічних умовах. Ідеальною формою клінічного дослідження (перевірки *клінічної дієвості лікування*) є *контрольоване дослідження на випадкових вибірках*, що має такі характерні риси:

- пацієнти добираються за жорсткими *критеріями включення у вибірку*, що базуються на таких факторах, як стать, вік, важкість захворювання, наявність супутніх захворювань;
- пацієнти у *випадковий спосіб поділяються на групи*, одна з яких одержує лікування, а інша є контрольною, для того щоб результати розподілялися рівномірно за групами. Теоретично дослідження на випадкових вибірках дає можливість порівняти результати отриманого лікування і його

відсутності за інших рівних умов. На цій основі визначається ефективність лікування;

- *експерти, що оцінюють результати*, не знають, до якої групи належить пацієнт, і тому не впливають на оцінки;
- умови таких досліджень іноді важко забезпечити, проте якщо в роботі обґрунтовано описано контрольоване дослідження на випадкових вибірках у клінічних умовах, його результати можуть бути доволі надійною основою для подальшого економічного аналізу. Необхідно тільки зважати на те, що близькі до ідеальних клінічні умови забезпечують найбільшу ефективність медичного втручання. Тому було б доцільно оцінити *технологічну результативність* досліджуваного втручання в умовах реального медичного закладу з конкретною (і, можливо, нижчою, ніж в умовах клініки) кваліфікацією лікарів, недбалістю молодшого медичного персоналу, несумлінним виконанням пацієнтом розпоряджень лікаря. Ця результативність може виявитися значно нижчою, тому, застосовуючи результати, опубліковані в якійсь науковій праці, аналітики і керівники, що приймають рішення, повинні пам'ятати про можливі розбіжності клінічної дієвості й результативності в реальних умовах.

Там, де контрольоване дослідження на випадкових вибірках неможливе, кращим методом є *контрольоване дослідження на не випадкових вибірках*. У цьому разі розподіл за групами не контролюється дослідником, і тому існує ризик неявних зміщень.

Іноді дані результативності певних методів лікування можна одержати зі звичайних документів медичної статистичної звітності або з аналітичних оглядів, здійснюваних страховими компаніями. Особливо це стосується нових дорогих технологій (використання і результативність яких ретельно контролюються). Однак використовувати такі дані необхідно обережно.

Іноді очікуваний медичний результат від впровадження певної технології можна оцінити, навіть не виконуючи контрольоване дослідження, на основі лише статистичних даних. Наприклад, зрозуміло, що повсюдне використання одноразових інструментів замість багаторазових цілком усуває ймовірність зараження через погану стерилізацію і, знаючи статистику таких заражень, можна оцінити очікуваний результат.

Наступний за точністю метод полягає у *спостереженні за наперед вибраними випадками* (коли заздалегідь відбираються пацієнти, за лікуванням яких буде встановлено і задокументовано спостереження протягом певного часу). Це дослідження надійніше, ніж *ретроспективний опис* перелічених випадків, коли збільшується ймовірність навмисного добору на основі результатів або інших факторів. Іноді експертні висновки лікарів становлять єдиний спосіб отримання хоча б якоїсь оцінки. Тому, якщо інших джерел інформації немає, можна скористатись експертними оцінками кількох фахівців, а потім проаналізувати чутливість.

Одним з методів узагальнення даних з ефективності лікування є розробка *клінічних рекомендацій* і складання *протоколів лікування* конкретних захворювань, які узагальнюють досвід кращих лікувальних закладів і лікарів. Метою складання протоколів є поліпшення координації роботи лікарів, однак лише деякі клінічні рекомендації останніх років ґрунтуються на принципах доказової медицини. Рішення про застосування результатів, отриманих в одній країні, до умов інших країн залежить від типу лікування і методу його здійснення на місцевому рівні. Деяким аналогом, хоча й слабким, клінічних рекомендацій і протоколів лікування є МЕС, що регламентують необхідні впливи на пацієнта при конкретному захворюванні й очікуваний результат лікування. Але вони придатніші для оцінки витрат певного виду допомоги, ніж для оцінки результатів лікування. Проте навіть недосконалі стандарти кращі, ніж їх відсутність.

3.4. Типи економічної оцінки в охороні здоров'я

Сутність економічного аналізу полягає в порівнянні альтернативних можливостей стосовно очікуваних витрат на їх реалізацію і очікуваних результатів від їх впровадження.

Перспективи аналізу можуть різнитися, і це закономірно. Перспектива може бути загальною — враховувати недоліки і переваги для суспільства загалом, але може бути й вузькою. Наприклад, часто здійснюються аналізи, обмежені результатом втручань і витрат, які виникають у межах окремої системи охо-

рони здоров'я чи окремої страхової організації. Результат такого аналізу не може бути поширений на національну систему. Ще вужчі щодо врахування витрат і результатів аналізу можуть охоплювати перспективу платників (держави, страховика) і тоді, наприклад, прямі витрати пацієнта можуть не враховуватися. Варіантом такого вузькоспрямованого аналізу є аналіз перспектив в інтересах медичного закладу. Розуміння перспектив аналізу дає змогу вирішити дуже важливі питання про принципи вибору витрат та результатів і повноти обліку витрат.

Як впливає з даних табл. 3.1, економічна оцінка може бути частковою і повною. У графах 1А, 1В і 2 не міститься порівняння альтернатив. Графи 3А і 3В включають оцінювані ситуації, де розглядаються дві й більше альтернатив, але витрати і результати не вивчаються. Серед граф таблиці, що відповідають частковій оцінці, вирізняється 3А: оцінка дієвості двох методів за наслідками відповідних контрольованих випробувань медичних процедур. Отже, часткова оцінка є проміжним етапом оцінки медичної процедури. Повний економічний аналіз включає визначення, вимірювання і порівняння витрат та результатів за двома чи кількома альтернативами, який є основою для кваліфікованого і обґрунтованого вибору адекватних медичних технологій.

Таблиця 3.1

Класифікація методів економічного аналізу

Запитання	Відповідь	Чи досліджуються обидва елементи запланованих витрат (ціна і результати)?		
		Ні		Так
		Перевіряються тільки результати	Перевіряються тільки витрати	
1	2	3	4	5
Пропонується порівнювати дві чи більше альтернатив?	Ні	1А. Метод часткової оцінки: опис вихідних характеристик програми (наслідків) (<i>Outcome description</i>)	1В. Метод часткової оцінки: опис витрат на реалізацію програми (<i>Cost description</i>)	2. Метод часткової оцінки витрат на реалізацію програми та її наслідків (<i>Cost-outcome description</i>)

Закінчення табл. 3.1

1	2	3	4	5
	Так	ЗА. Метод часткової оцінки: оцінка дієвості чи результативності (ефективності) (<i>Efficacy or effectiveness evaluation</i>)	ЗВ. Метод часткової оцінки: аналіз цін (<i>Cost analysis</i>)	4. Методи повної економічної оцінки: мінімізація витрат (<i>Cost-minimization analysis</i>); витрати — результативність (<i>Cost-effectiveness analysis</i>); витрати — корисність (<i>Cost-utility analysis</i>); витрати — вигода (<i>Cost-benefit analysis</i>)

Економічна оцінка — це порівняльний аналіз альтернативних способів дій, що визначає як витрати, так і наслідки цих дій.

Розрізняють кілька основних типів економічної оцінки, кожний з яких пов'язаний з витратами, але вирізняється способом вимірювання і оцінки результатів програм охорони здоров'я. Основні питання економічної оцінки: чи є діяльність корисною (дієвою); чи існує альтернатива цієї діяльності (ефективна); чи вигоди перевищують витрати (витратна ефективність); чи потрібно розширювати оцінку (граничні вигоди перевищують граничні витрати).

Таким чином, у повній економічній оцінці вирізняють чотири види аналізу.

1. Аналіз мінімізації витрат (СМА): $C_1; C_1 + C_2$.

2. Аналіз “витрати — вигоди”, або вигідність витрат (СВА): $B_1 + B_2 - C_1 - C_2; (B_1 + B_2) / (C_1 + C_2)$, іноді включається також розгляд C_3 і B_3 .

3. Аналіз “витрати — результативність”, або результативність витрат (СЕА): $(C_1 + C_2) / E; (C_1 - B_1) / E; (C_1 - B_1) / E + (C_2 - B_2)$.

4. Аналіз “витрати — корисність”, або корисність витрат (CUA): $(C_1 + C_2) / U$; $(C_1 - B_1) / U + (C_2 - B_2)$.

3.4.1. Аналіз мінімізації витрат (CMA)

Найпростіша для аналізу ситуація, коли дві або кілька пропонуваніх програм, процедур, послуг дають вичерпно однакові результати (наприклад, нескладні хірургічні втручання, які здійснюються у стаціонарних і амбулаторних умовах, лікування неускладнених захворювань у денному стаціонарі або у стаціонарі цілодобового перебування). У цьому разі застосуємо *метод мінімізації витрат*, що зводиться до вибору найдешевшої альтернативи. У межах методу можливий аналіз розподілу витрат (наприклад, дослідження того, якою мірою стаціонарозамінююча технологія перекладає витрати на пацієнта). Однак висновки все одно робитимуться за витратами в перерахуванні на одну операцію, одного пролікованого хворого, один виконаний аналіз або на іншу одиницю діяльності.

У процесі аналізу мінімізації витрат розглядаються однакові результати або ефективність для альтернативних втручань і порівнюються прямі витрати, пов’язані з цими втручаннями. Такий аналіз здійснюється після завершення клінічних випробувань методів лікування чи діагностики, якщо ці випробування не виявляють істотних відмінностей методів. Цей вид аналізу за відсутності відмінностей у результатах практично ідентичний аналізу цін (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Аналіз мінімізації витрат: окремі характеристики

<i>Переваги</i>	<i>Недоліки</i>	<i>Приклади використання</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Простий для розуміння. • Ефективний інструмент для переконання організацій, що здійснюють фінансування, оскільки дає змогу оцінити економію коштів 	<ul style="list-style-type: none"> • Ефект для здоров’я не враховується. • Застосування обґрунтоване лише відсутністю доведених розбіжностей між двома технологіями. • Оцінка часу за середнім доходом — дискримінація на користь бідних 	<ul style="list-style-type: none"> • Вакцинація, яку виконує медична сестра у клініці або за місцем проживання пацієнтів. • Застосування двох знеболюючих препаратів з однаковим ефектом. • Застосування різних видів матеріалу для пломбування зубів чи різних бормашин

Метод мінімізації витрат у загальному випадку не зводиться до оцінки витрат. Щоб аналіз був повний, необхідно навести переконливі докази того, що розбіжностей результатів альтернатив не існує або вони несуттєві. Тому такий аналіз часто виконується одночасно з аналізом результативності або одразу після нього.

3.4.2. Аналіз “витрати — результативність” (СЕА)

Тісно пов’язане з поняттям мінімізації вартості медичного втручання і поняття “динамічність”, під якою розуміється досягнення найбільшого ефекту медичної допомоги з найменшими витратами. У цьому разі динамічність визначається простим відношенням ціни до одиниці ефекту (наприклад, збереженого року життя). У разі здійснення вартісного аналізу ефективності медичного втручання під економічною ефективністю розуміється одержання додаткових переваг за рахунок додаткових витрат. Відповідно до цього критерію одне втручання буде економічно ефективнішим порівняно з іншим, якщо воно потребує менше витрат, але при цьому буде й не таким ефективним; ефективнішим, але дорожчим, проте при цьому його додаткові переваги виправдовують додаткові витрати; менш ефективним, але й не таким дорогим, проте при цьому додаткові переваги конкуруючого втручання не виправдовують додаткових витрат.

Цей тип економічної оцінки використовується тоді, коли для вимірювання ефекту застосовується тільки один кількісний показник (наприклад, кількість збережених людино-років життя). Метод, при застосуванні якого приріст року життя пацієнтів досягається з більшими витратами, вважається гіршим. Якщо лікар (міністерство) виходить з деякого бюджету, то може бути використана обернена одиниця — кількість збережених років життя на витрачену певну суму грошей.

Аналіз результативності витрат — це метод порівняння альтернативних медичних технологій чи програм, коли вартість вимірюється у грошових показниках, а результати лікування — в одиницях результативності, або біологічних показниках. Головна мета цього аналізу — встановити не найдешевший, а найефективніший лікарський засіб, який за оптимальною ціною найкраще діє при певному захворюванні.

Таким чином, співвідношення витрат і результатів у сфері охорони здоров'я є показником досягнення якомога більшого поліпшення стану здоров'я з використанням певного рівня ресурсів чи відносного поліпшення здоров'я і зниження захворюваності та смертності в результаті застосування певної тактики лікування порівняно з витратами на її проведення. Цей показник дає змогу вибрати найдешевші методики для досягнення бажаного результату, тобто підтримувати певний рівень здоров'я з використанням мінімально можливого рівня ресурсів. Таким чином, порівнюються альтернативні методики. По суті економічно найвиправданішою є методика, що забезпечує отримання результату (наприклад, одужання хворого) при найменших витратах (наприклад, мінімальний час перебування в лікарні). Вибір має здійснюватися між профілактикою і лікуванням захворювання, що на кінцевому етапі зумовлює досягнення однієї й тієї самої мети. Потрібно виконувати порівняльний аналіз альтернативних методів лікування, наприклад, терапевтичного і хірургічного чи амбулаторного і стаціонарного хірургічного лікування.

Важливо зауважити, що в межах аналізу витрат і результатів можливі порівняння будь-яких процедур, наприклад, боротьби з тютюнопалінням і флюорографії грудної клітки, пересадки нирок і обов'язкового використання пасків безпеки в автомобілі. Це зумовлено тим, що використовується єдина одиниця вимірювання результатів і витрат, а також тим, що вплив процедури на смертність (інвалідність, тривалість непрацездатності) не обов'язково має бути прямий (діагностичні процедури, наприклад, впливають опосередковано). Для виконання аналізу необхідно порівнювати дві чи більше альтернативних дій з їх результатами, вираженими за допомогою критеріїв, що ґрунтуються на використанні одних і тих самих натуральних одиниць. Біологічна оцінка ефективності виходить з уявлень про нормальну оцінку соматичного чи психічного стану здоров'я, її значення змінюється в разі захворювання. Біологічні зміни, на думку багатьох дослідників, найоб'єктивніше відображають не комплексну реакцію організму загалом, а окремі зміни, які характеризують його функцію, є релевантними при конкретному захворюванні. Для комплексної оцінки біологічних змін найчастіше використовується визначення ефективності за допомогою збережених років життя або кількість днів непрацездатності.

Аналіз ефективності витрат складається з таких етапів:

- визначення альтернативних програм;
- обчислення чистих витрат для кожної програми;
- встановлення впливу кожної програми на стан здоров'я (запобігання випадкам смертності; збережені роки життя тощо);
- використання правила прийняття рішень;
- аналіз чутливості.

Таким чином, аналіз залежності “витрати — результативність” спрощує порівняння програм, визначає найкраще використання обмежених ресурсів, є найкращим способом розподілу встановленого бюджету між різними програмами оздоровлення. Разом з тим економічна оцінка медичного втручання за допомогою варіантного аналізу ефективності має певні обмеження (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Аналіз “витрати — результативність”: окремі характеристики

<i>Переваги</i>	<i>Недоліки</i>	<i>Приклади використання</i>
1	2	3
<ul style="list-style-type: none">• Наочність.• Врахування рівня здоров'я.• Найкращий метод для розподілу встановленого бюджету між різними оздоровчими програмами.• Застосування простих натуральних показників результату.• Можливість визначити найкраще використання рідкісних ресурсів	<ul style="list-style-type: none">• Не відповідає на питання, чи необхідно взагалі певне втручання.• Не завжди наявні дані про витрати, результати та вплив на стан здоров'я.• Немає можливості охопити всі пріоритети, людські цінності.• Не дає змоги порівнювати технології, які приводять до різних результатів, у разі запобігання смерті незрозуміла реальна значущість проекту, у разі збережених років життя приводить до дискримінації проти людей похилого віку.	<ul style="list-style-type: none">• Аорто-коронарне шунтування або медикаментозне лікування.• Діаліз або пересадка нирки.• Препарати для зниження артеріального тиску

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> • Не дає змоги оцінити раціональність інвестицій у досягнення певного результату 	

Ці обмеження пов'язані з тим, що часто потребується комплексна оцінка ефективності лікування, яка б враховувала його вплив не тільки на тривалість, а й на якість життя, що зумовлена станом здоров'я. Крім того, для аналізу “витрати — результативність”, особливо коли порівнюються програми охорони здоров'я, що стосуються різних типів впливів чи продуктів (наприклад, вакциновані діти чи кількість операцій з видалення катаракти), необхідно мати показники результативності, які можна порівняти між собою. Проте як можна порівняти єдині витрати програми вакцинації дітей з витратами іншої програми, що дає змогу відновити зір людині похилого віку? Ці два втручання запобігають смертності й захворюваності, але перше стосується смертності та захворюваності дітей, а друге — людей усіх вікових категорій.

3.4.3. Аналіз “витрати — вигода” (CBA)

Результати альтернативних програм не завжди можна звести до єдиного натурального показника. Одні програми ставлять за мету продовження життя, інші — прискорення лікування, а багато програм спрямовані одночасно на отримання кількох результатів. Так, програма вакцинації ставить за мету не тільки збереження життя, а й зменшення кількості днів непрацездатності, хірургічне втручання може продовжити життя, але призвести до інвалідності. Щоб порівняти такі різноманітні програми, необхідно або виділити в усіх порівнюваних програмах один пріоритетний показник (що іноді неможливо), або знайти такий показник, що дасть змогу виразити вартість усіх результатів.

Одним з критеріїв вартості медичного втручання є гроші, тому можна спробувати виміряти всі результати програми у грошовому вираженні у вигляді отриманої вигоди, а потім порівняти цю вигоду з витратами. В одних випадках це зробити дуже

важко, в інших — можливо і припустимо. Коли потрібно підсумувати витрати та вигоди альтернативних видів лікування й вибрати той, що забезпечує найбільшу чисту вигоду, або коли результати вимірюються за допомогою кількох показників чи порівнюються за різними критеріями, використовується аналіз витрат і вигод. Предметом аналізу в цьому разі є *ефективність розподілу ресурсів*, і він відповідає на питання “чи” і “скільки”.

На практиці аналіз “витрати — вигода” зручно застосовувати тоді, коли витрати і результати легко виразити у грошових одиницях. Наприклад, це один із кращих методів аналізу вигідності платних медичних програм. Однак при оцінюванні витрат і вигід з позицій лікувальних установ управлінці повинні враховувати і думку пацієнтів, які можуть не забажати купувати надто дорогі послуги, і тоді установа зазнає збитків через зменшення обсягів діяльності.

В основу розглядуваного методу покладено зведення всіх результатів медичного втручання до єдиного грошового еквівалента з наступним порівнянням варіантів за критерієм найбільшого грошового ефекту на одиницю витрат. Останнім часом використовується ще одна модифікація методу “витрати — вигода”, де грошовим еквівалентом результатів реалізації певної програми вважається бажання пацієнта платити за користування послугами цієї програми (Willingness to pay).

Аналіз вигід і витрат потребує дисконтування на час і ризик. Витрати і вигоди в різні часові періоди слід дисконтувати до їх поточних цінностей. Можна скористатися реальною ставкою дисконту з постійною грошовою одиницею або номінальною ставкою дисконту з номінальними доларами, щоб одержати величину поточних цінностей. Якщо є можливість виразити непевність щодо витрат і вигод з огляду на непередбачувані обставини та їх імовірності, можна розрахувати очікувані чисті вигоди.

У реальному житті кожна медична процедура зумовлює зміни всіх аспектів витрат на медичну допомогу і всіх аспектів результатів цієї допомоги. Однак аналіз (наприклад, у вигляді контрольного випробування) може виявити вимірюване зрушення тільки у тривалості виживання чи інших результатах, які безпосередньо спостерігаються. У процесі порівняння альтернативних програм часто виникає необхідність, з одного боку, збільшення

тривалості життя, а з іншого — подовження працездатності до настання інвалідності та зниження тимчасової непрацездатності.

У процесі аналізу витрат і вигод порівнюються витрати на впровадження специфічної програми з її очікуваною економічною результативністю. Витрати бувають прямі та непрямі, пов'язані зі зниженням продуктивності праці та зменшенням корисного внеску в розвиток суспільства.

До прямих (безпосередніх) вигід належать зниження рівня захворюваності та смертності, що супроводжує їх, зменшення витрат на медичне обслуговування, а також збільшення тривалості життя і пов'язане з цим економічне зростання. До непрямих вигід належать скорочення індивідуальних фінансових витрат пацієнтів і їх сімей, які включають оплату візиту до лікаря, витрати на транспортування хворого і втрати робочого часу, пов'язані з необхідністю догляду за хворими — дитиною чи батьками. Інші непрямі вигоди полягають у скороченні робочого часу через хворобу працівника або членів його сім'ї.

Виконуючи аналіз витрат і вигод, слід дотримуватися таких правил прийняття рішень:

- робити тільки те, для чого вигоди перевищують витрати;
- за відсутності бюджетних обмежень дотримуватися цього підходу доти, поки граничні вигоди не дорівнюватимуть граничним витратам;
- якщо бюджет обмежений, дотримуватись цього підходу до того моменту, поки

$$MB_1 / MC_1 = MB_2 / MC_2 = \dots = MB_n / MC_n, \quad (3.1)$$

де MB — граничні вигоди; MC — граничні витрати.

У процесі аналізу витрат і вигод розрізняють три стадії: визначення окремих статей витрат і результатів, кількісну оцінку і точний аналіз. Оцінка конкретної медичної методики потребує кількісних визначень змін стану здоров'я, вартості використаних ресурсів, а також позитивних змін у працездатності пацієнта. Економічна оцінка залежить від медичного визначення факторів захворювання, що потребують вжиття відповідних заходів, і очікуваних у цьому зв'язку витрат. Оцінка вартості впровадження таких заходів залежить від визначення економічної цінності цих факторів. Часто слід враховувати безліч факторів, які

потребують класифікації: отже, йдеться про приблизні оцінки, а не про точні цифри.

Рішення про вжиття певних заходів може прийматися на основі аналізу витрат і вигод, але найчастіше воно приймається під впливом політичних та соціальних факторів і професійної думки спеціалістів. Цей аналіз може виявитися ключовим фактором у визначенні переваги певних альтернативних методик, сприяючи процесу прийняття рішень. Визначення переваг програм на основі даних про співвідношення результатів витрат допомагає органам охорони здоров'я вибрати об'єкт для капіталовкладень: лікарні з високотехнологічним обладнанням, служби догляду на дому, розширені програми імунізації чи служби первинного медичного обслуговування.

Таблиця 3.4

Аналіз “витрати — вигоди”: окремі характеристики

<i>Переваги</i>	<i>Недоліки</i>	<i>Приклади використання</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Простий для розуміння. • Ефективний інструмент для переконання організацій, що здійснюють фінансування, оскільки дає змогу оцінити потенційну економію коштів 	<ul style="list-style-type: none"> • Ефект для здоров'я або не враховується, або оцінюється у грошових одиницях, що завжди спірно. • Не завжди зрозуміла абсолютна значущість досліджуваної проблеми або технології 	<ul style="list-style-type: none"> • Різні схеми вакцинації від гепатиту В і лікування. • Профілактика через засоби масової інформації і лікування наслідків тютюнопаління. • Програми зниження шкоди та лікування ВІЛ-інфікованих і економічні наслідки епідемії СНІДу

Аналізуючи витрати і вигоди, у розрахунках потрібно враховувати початкові вкладення і поточні витрати, а також те, що вартість грошей у майбутньому стає меншою, ніж теперішня, тобто гроші знецінюються. Витрати і вигоди, очікувані після завершення програми, потрібно обчислювати з урахуванням того, що ефект частково буде отримано в наступному році й пізніше. Вартість з урахуванням компенсації, що накопичується при очікуванні, називається чистою поточною вартістю.

Перевага цього аналізу порівняно з попереднім полягає в тому, що, виразивши результати у гривнях чи інших грошових одиницях, можна порівняти дуже різномірні альтернативи, спрямовані на досягнення якісно різних результатів. Цей тип аналі-

зу дає змогу порівнювати проекти у сфері охорони здоров'я з проектами, що належать до інших галузей, наприклад, куда вкласти додаткові кошти: в охорону здоров'я чи освіту. Основний недолік цього аналізу пов'язаний з проблемою переведення у грошове вираження впливу медичного обслуговування. Тому аналіз “витрати — вигоди” можна застосовувати тільки тоді, коли таке переведення можна доволі переконливо і чітко обґрунтувати. Для усунення недоліків існують різні методики: підхід з позицій людського капіталу, що базується на продуктивності робочої сили; згода на оплату на основі грошового вираження прибутків від медичної діяльності; DALY; різниця між кількістю років у разі реалізації програми і без її реалізації. На основі перших двох методик можна обчислити чисту вигоду (або соціальну користь) програми.

Очевидно, що безпосереднє порівняння таких програм неможливе. Можна застосовувати інтегральну оцінку виду QALY і DALY. Тоді будь-які зареєстровані наслідки можна звести до єдиного показника — QALY, а потім порівняти ціну одного року життя, скоригованого за якістю, при різних втручаннях.

Можливе опосередковане порівняння результатів у грошових одиницях. Це видається неможливим лише на перший погляд. Багаторічна і загальна страхова практика щодня демонструє можливість вираження медичних і соціальних результатів (втрати працездатності) у грошових одиницях. Результати подібного аналізу виражаються як результати будь-якої діяльності — у гривнях вигід чи втрат. Ці результати можна порівняти у двох чи більше програмах і вибрати оптимальну з цих програм. Однією з альтернатив може бути стратегія “нічого не робити”, тобто стратегія економії всього, що входить у ціну. У разі її реалізації вигода дорівнює економії. Звісно, ресурси охорони здоров'я фіксовані і йдеться лише про оптимальне їх використання, наприклад, для збереження високовартісної системи протитуберкульозних диспансерів або для навчання спеціалістів загальної ланки лікувальних закладів.

3.4.4. Аналіз “витрати — корисність” (Cost-utility analysis — CUA)

Аналіз “витрати — результативність” не можна застосовувати для порівняння технологій, які поліпшують якість життя і

продовжують його. Якщо постає питання, чи лікування А краще, якщо його вартість така сама, як лікування В, проте воно дає змогу продовжити життя, відповідь така: не обов'язково, оскільки в цьому разі потрібно зважати не тільки на тривалість, а й на якість життя (взаємозалежність між ними показано на рис 3.3).

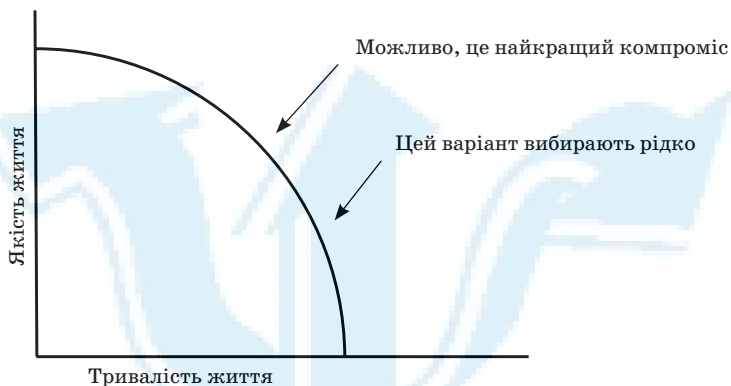


Рис. 3.3. Взаємозалежність тривалості та якості життя

У цьому разі використовується аналіз “витрати — корисність”, або економічний аналіз корисності витрат, коли всі результати альтернативних програм вимірюються шляхом коригування з урахуванням спеціальної властивості цих програм для споживачів — корисності, якою можна вважати такі величини, як роки життя, скориговані на якість (QALY — Quality adjusted life years), або еквівалент років здоров’я (HYE — Healthy years equivalent).

Ці дослідження відрізняються від досліджень ефективності витрат необхідністю оцінки ймовірних показників ефективності. Така оцінка, якщо вона ефективна, становить складне завдання і передбачає розв’язання багатьох суперечностей, які, до речі, існують не тільки у сфері охорони здоров’я. Так само складним завданням є порівняння “цінності, вираженої у грошовій одиниці”, з показниками результату, що стосується освітніх програм, будівництва шляхів або впливу на навколишнє середовище промислового центру. І хоча в цьому плані сфера охорони здоров’я не є винятком, у ній трапляються особливо критичні

ситуації: як оцінити смерть, якій вдалося запобігти, відсутність болю, зменшення відчуття хвилювання, підвищення відчуття комфортності тощо.

Для усунення таких обмежень було розроблено метод, який дає змогу здійснювати економічну оцінку медичних втручань і поєднує дані про витрачені ресурси з даними про тривалість і якість життя, тобто необхідний грошовий еквівалент одному року життя. Уявлення людей про корисність лікування можуть відрізнятися від “об’єктивних” показників результатів у вигляді тривалості життя, працездатності тощо. Корисністю називається оцінку стану здоров’я (або його змін), яка може бути виражена перевагами суб’єктивних або суспільства. Усі люди вище оцінюють найближчі роки життя і нижче — віддалені. За аналогією з грошима це називається інфляцією (для танцюриста втрата ніг значущіша, ніж для бухгалтера). Відповідно до цих уявлень про корисність люди по-різному оцінять органозберігаючі операції. Нині розробляються нові підходи, в яких не просто порівнюються роки життя, а роки, скориговані на уявлення людей про їх корисність, повноцінність. Рік життя низької якості не такий цінний, як рік життя високої якості. Зважена кількість років, що залишилося жити, називається показником років життя з поправкою на якість чи якісно прожитими роками або повноякісними роками життя (QALY), і цей показник дедалі частіше використовується дослідниками як індикатор відносної цінності чи корисності років життя, прожитих людьми, що мали великі проблеми зі здоров’ям. Рік повного здоров’я оцінюється одиницею, і корисність чи цінність інших станів здоров’я порівнюється з цією величиною. При цьому якість життя визначається як тривалість доброго стану здоров’я (*well-being*) і впливає з визначень, прийнятих ВООЗ.

Якість життя — це соматичні, соціальні й емоційні аспекти доброго стану здоров’я, які є релевантними і найважливішими для людини, коли вона може задовольняти свої потреби і бути цілком корисною суспільству. Оцінка якості впливає із суб’єктивної оцінки соматичних і психічних відчуттів та змін, які відчуває хворий у суспільстві. Звісно, така оцінка не відображає абсолютної якості життя, а лише її зміну, що залежить від впровадження іншої медичної технології. Оскільки якість життя — категорія змінна, її дуже важко виміряти.

Щоб визначити показник QALY, необхідно кожному стану здоров'я присвоїти певний коефіцієнт корисності. Як правило, у такому аналізі використовується шкала, на якій корисність приймає значення від нуля (смерть) до одиниці (повне здоров'я). Однак у деяких зарубіжних працях допускаються й від'ємні значення корисності, які відповідають станам “гіршим, ніж смерть”. Число QALY отримують множенням кількості виграних років життя на значення корисності отриманого стану здоров'я. Наприклад, якщо очікувана тривалість життя людини після лікування згідно з медичними стандартами становить 15 років з корисністю 0,6, то результат таких дій оцінюється як $0,6 \cdot 15 = 9 \text{ QALY}$.

Вимірювання корисності доповнює оцінку результатів лікування та здоров'я пацієнта і тим самим інформацію про терапевтичну ефективність препарату. Цей метод хоча й складніший, проте вважається найдосконалішим, оскільки дає змогу порівнювати різні технології, але найбільшою мірою залежить від цінностей у певному суспільстві (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Аналіз “витрати — корисність”: окремі характеристики

<i>Переваги</i>	<i>Недоліки</i>	<i>Приклади використання</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Дає змогу порівняти технології, що дають різні кінцеві результати лікування. • Дає змогу виконувати уніфіковані порівняння. • Наочний. • Досконалий спосіб оцінки здоров'я з позицій індивіда 	<ul style="list-style-type: none"> • Недосконалість методології. • Необ'єктивність. • Дискримінація людей похилого віку та інвалідів 	<ul style="list-style-type: none"> • Дослідження Муррей і Лопеса: глобальний тягар захворювання. • Порівняння соціальної програми для бездомних з апендектомією. • Будь-які інші

Головна проблема при оцінюванні корисності — отримання порівняльних оцінок окремих наслідків захворювання і медичних втручань. Отримати такі оцінки у вигляді QALY можна, і ці оцінки легко порівняти в різних країнах. Точніші оцінки отримати важко. Застосовують підходи, що базуються на оцінці готовності платити (Willingness to pay). При цьому пацієнтові задається низка питань з приводу того, де ця особливість виявляється більшою мірою порівняно з іншими відомими пацієнтові подіями чи результатами хвороби. Цей підхід не завжди

ефективний. Наприклад, навіть якщо пацієнтові добре пояснити, що таке демпінг-синдром, він навряд чи зможе точно визначити своє ставлення до можливих наслідків резекції шлунку. Проблема існує практично для всіх наслідків захворювань і медичних втручань.

3.5. Обмеження економічної оцінки в охороні здоров'я

Економічна оцінка медичних втручань і комплексних програм надзвичайно важлива. Без неї рішення й надалі прийматимуться на основі політичних міркувань, емоцій і безпідставного лобювання.

Методи комплексної оцінки медичних процедур залишаються, на жаль, недосконалими. Складність застосування методів економічного аналізу в галузі охорони здоров'я полягає не тільки в утрудненні вибору адекватного методу, а й у визначенні реальних критеріїв результату, що дають змогу оцінити діяльність закладів охорони здоров'я у процесі роботи, а також чітко оцінити внесок в отриманні результати медичних технологій або стандартів лікування на тлі чутливості організму і сильного бажання пацієнта одужати. Але надто критичний підхід, що спричинює відмову від застосування будь-яких критеріїв — очевидна помилка, точніше, оцінка економічної ефективності доволі вартісна, проте помилка, зроблена у процесі аналізу, — набагато дорожча. Перед початком виконання економічного аналізу слід завжди вирішити, чи справді очікується велика економія ресурсів або підвищення ефективності.

До того ж зауважимо, що економічна оцінка не є панацеєю. Вона не здатна виправити помилки клінічних випробувань. Це лише метод критичного осмислення медичних процедур у реаліях життя. Жодний з описаних методів не є найкращим і вичерпним. Навпаки, у багатьох дослідженнях економічну оцінку виконують кількома методами. Незважаючи на те що було опубліковано низку рекомендацій з оцінки економічних досліджень медичних технологій, стандартизація в цій галузі очікується ще не скоро.

Обмеженість застосування комплексної оцінки медичних процедур впливає із сутності власне медичної практики. вико-

нуючи оцінку, зазвичай виходять з припущення, що зекономлені ресурси можуть бути використані для інших ефективних заходів. Насправді ж система охорони здоров'я як будь-яка бюрократично керована система відповідно до закону Паркінсона витрачає всі виділені кошти. Тому можливо, що зекономлені кошти спрямовуватимуться на інші, ще менш ефективні заходи, корисність яких ніхто не оцінював, наприклад, на підтримку мережі лікувально-спортивних диспансерів. Гроші, зекономлені на рентгенівському апараті, можуть бути використані на обладнання нового “люксу” для окремих осіб.

Можливо, доцільніше виходити з мінімальних передумов: усе, корисність чого не доведено, має бути вилучено; якщо переваги нового не доведені, його не слід впроваджувати у практику; якщо ефективність нового елемента не доведена, то втручання не повинно ускладнюватися. Результати економічного аналізу, здійснюваного в розвинених країнах, слід переносити у вітчизняне середовище обережно — співвідношення цін у наших реаліях радикально відрізняється. Звідси впливає нагальна потреба в розгортанні економічних досліджень щодо окремих втручань з використанням вітчизняних даних.

Економічний аналіз “витрати — корисність” може призводити до несправедливості. Люди старшого віку, хронічні хворі та інваліди в результаті лікування можуть досягати лише обмежених функціональних результатів, оскільки для них ціна рівного ефекту виявляється надто високою. Це результат, що спричинює низький пріоритет допомоги інвалідам і вважаються представниками уразливих верств населення несправедливим. Зрештою, простий поділ витрат на роки життя є лише математичною операцією і завжди можна поставити питання, чому процедура розрахунку саме така, а не складніша.

Результати економічного аналізу, в якому розглядається ефективність профілактичних процедур, зазвичай підтверджують задум авторів — профілактичні процедури виявляються продуктивніші в розрахунку на одиницю витрат, ніж лікувальні та діагностичні втручання. У таких аналізах превалює суспільна перспектива, почасти тому люди, занепокоєні ефективним витрачанням обмежених коштів, що виділяються суспільством на медичну допомогу, знову ж наполягають на тому, що потріб-

но переміщувати тягар витрат з лікування захворювань на їх профілактику.

Зазвичай економічний аналіз профілактичних втручань не враховує готовність людей виконувати розпорядження, які змінюють їх спосіб життя і віддалені наслідки їх поведінки. Медицина зокрема і суспільство загалом мають обмежені права на втручання у приватне життя людини, спосіб її життя, звички і поведінку. Саме втручання може викликати спротив вже остільки, оскільки люди незмінно бажають захистити свою приватну власність. Навіть якщо профілактичне втручання надзвичайно ефективне, як, наприклад, багато видів вакцинопрофілактики, це не означає в перспективі довготривале зменшення витрат. Навпаки, збільшення тривалості життя зумовлює збільшення витрат, а поліпшення здоров'я населення — підвищення попиту на ті види медичних втручань, які раніше здавалися необов'язковими.

Найбільші утруднення економічного аналізу впливають з недостатності відомостей про ціни. Найбільша небезпека при застосуванні методів економічного аналізу виникає через можливість довести, що дорогі ліки кращі, ніж дешеві. Це приваблює виробників і продавців лікарських засобів. В Австралії, наприклад, можливість економічного аналізу були високо оцінені, і його застосування оголошено обов'язковим при прийнятті рішення про включення ліків у список тих, що оплачуються. У результаті в Австралії було накопичено досвід використання економічних аналізів. Вдалося також проаналізувати їх якість. Дві третини досліджуваних аналізів містять істотні помилки. Доведено, що в економічних аналізах, які здійснювали виробники лікувальних засобів, систематично переоцінювались їх переваги. Незважаючи на те що в кожному конкретному випадку довести навмисне перекручування процедури аналізу важко, відмінність від результатів аналізів, виконаних економічно незацікавленими спеціалістами, разюча. Про можливість маніпуляцій з допомогою економічного аналізу слід пам'ятати. Однак без методів економічного аналізу практично неможливо вирішувати проблеми, пов'язані з ефективністю і якістю, які накопичились у сфері охорони здоров'я.

Список використаної літератури

1. *Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / Кер. автор. кол. І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло. — К.: Вид-во УАДУ, 2004. — 140 с.*
2. *Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: Уроки для України / За заг. ред. В. Г. Черненка, В. М. Рудого. — К.: Академ-Прес, 2002. — 112 с.*
3. *Економічна теорія і державна політика України в перехідній економіці. Кн. 2: Навч. посіб. / За заг. ред. І. Розпутенка, Б. Лессера. — К.: К. І. С., 2004. — 498 с.*
4. *Магуайр Е., Гендерсон Д., Муні Г. Економіка охорони здоров'я: Пер. з англ. / Наук. ред. пер. І. М. Солоненко. — К.: Основи, 1998. — 292 с.*
5. *Солоненко Н. Д. Державне управління перебудовою охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні: Автореф. дис. канд. наук з держ. упр. — К., 2004. — 20 с.*
6. *Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В. М. Лехан. — К.: Сфера, 2001. — 176 с.*
7. *Drumond M., Stoddart G., Norrance C. Methods for the Economics Evaluation of Health Care Programs // Oxford University Press. — 1995. — 182 p.*

4. Медичне страхування як механізм багатоканального фінансування галузі охорони здоров'я

Медичне страхування є одним з елементів ринкових відносин системи охорони здоров'я.

Медичне страхування — це вид соціального страхування населення, що забезпечує оплату медичного обслуговування застрахованих страховими товариствами за рахунок спеціальних фондів обов'язкового та добровільного страхування.

Дослідники розглядуваної проблеми вважають, що в сучасних умовах розвиток медичного страхування необхідно поставити на наукову основу і саме тут доцільно наголосити, що медичним страхуванням повинні перейматися не тільки фахівці в галузі охорони здоров'я, а й економісти.

Місце медичного страхування в загальній системі страхування схематично показано на рис 4.1.



Рис. 4.1. Місце медичного страхування в загальній системі страхування

4.1. Медичне страхування на теренах України: генезис і тенденції розвитку (друга половина XIX ст. — перша половина XX ст.)

Системний аналіз літературних джерел, де висвітлюються питання генезису процесу управління охороною здоров'я, дає право стверджувати, що на теренах України впродовж другої половини XIX ст. — першої половини XX ст. було набуто певного досвіду щодо діяльності галузі в умовах медичного страхування.

Розвиток галузі охорони здоров'я в Україні у другій половині XIX ст. — першій половині XX ст. відбувався в доволі складних соціально-політичних умовах. За цей час Україна пройшла шлях від перебування свого східного регіону у складі Російської імперії, а Західного — Австро-Угорської та Польщі до проголошення Української Народної Республіки (1917 р.), її автономії та возз'єднання з Західноукраїнською Народною Республікою в єдину соборну Україну (1919 р.), до приєднання всіх її територій до складу колишнього СРСР.

За таких умов медико-санітарна справа у східному і західному регіонах України тривалий час формувалася під впливом і за зразками панівних держав. Східна Україна використала доробки української науки та практичної медицини XIX ст., найважливішими з яких були видатні наукові відкриття українських медиків, вітчизняні принципи вищої медичної освіти, запровадження системи земської медицини, започаткування медичного страхування, первісними осередками якого стали лікарняні каси, а також формування санітарних організацій.

На той час у західних регіонах України земської медицини не було, а медико-санітарна допомога до кінця 30-х років XX ст. формувалась і управлялась нею, у тому числі й у галузі медичного страхування, за законами Австро-Угорської імперії та Польщі, Чехословаччини та Румунії.

У цьому зв'язку для глибшого розуміння проблем державного управління системою охорони здоров'я України важливим є дослідження історичного досвіду галузевого управління на різних етапах його генезису, а в науковій літературі питання з цієї проблеми не були достатньою мірою висвітлені. Саме тому вивчення історичного досвіду державного управління охороною здоров'я в Україні в умовах соціальних змін є не тільки актуаль-

ною практичною проблемою, а й важливим завданням державного управління як наукової галузі.

Як стверджує вітчизняний вчений професор В. В. Рудень, започаткування страхування в Україні належить до далекого минулого в її історії, оскільки страхування характеризувалося тим, що на етапах його зародження переважали угоди страхової взаємодопомоги. Зміст останніх полягав у тому, що всі особи, які їх укладали, погоджувалися покривати збитки якогось конкретного учасника товариства, тобто діяв принцип взаємного розподілу збитків. Прикладом укладення таких угод в Україні було страхування поміж чумаками, згідно з яким спільно відшкодовувалися збитки потерпілому в дорозі в разі падіння вола, поломки коліс чи арби тощо.

Виникнення і подальший розвиток медичного страхування та страхової медицини на теренах України як системи розглядається через призму тодішнього державного устрою країни і належить до середини XIX ст., коли в Росії 26 серпня 1866 р. у зв'язку з поширенням епідемії холери було прийнято тимчасове положення, згідно з яким власники фабрик і заводів зобов'язувались організовувати для своїх робітників лікарні (з розрахунку одне ліжко на 100 осіб). Це й поклало початок формування так званої фабрично-заводської медицини.

Першим промисловим підприємством, де в 1870 р., тобто через 4 роки після введення названого положення та за 42 роки до прийняття закону про страхування, було створено першу на теренах сучасної України лікарняну касу, був адміралтейський завод “Руссуд” у Миколаєві. Саме тут на асигнування першого лікарняного збору коштів підприємці уклали першу в Україні угоду для подання медичної допомоги з Миколаївським військово-морським госпіталем.

Відомо також, що наприкінці XIX — на початку XX ст. за провадження медичного страхування як частини системи соціального страхування стало невід'ємною вимогою робітничого класу України.

Прийнятий у 1912 р. Державною Думою закон “Про соціальне страхування на випадок хвороби” став результатом колективної боротьби робітників, прогресивної громадськості, у тому числі й лікарів і надав поняттю “лікарняні каси” нормативну базу через затверджений статут про їх діяльність. Саме це дало

змогу лікарняним каса́м стати організаційними осередками подання медичної допомоги працюючому населенню за страховим принципом, що й започаткувало формування системи страхової медицини дореволюційного періоду в Україні.

Згідно з тодішнім положенням про страхування джерелами фінансування системи медичного страхування, що здійснювалося через лікарняні каси, були внески промисловців і безпосередньо робітників — членів лікарняних кас, на частку яких припадало 60 % загальних витрат (у 1,5 раза більше дотації працедавців), а також надходження від страхових товариств.

При цьому зауважимо, що лікарняні каси Україні тоді функціонували переважно при промислових підприємствах. Саме вони оплачували отриману медичну допомогу за встановленими випадками, організовували надання безкоштовної медичної допомоги робітникам і членам їх сімей.

У 1913 р. урядом було внесено доповнення до статуту лікарняних кас, що надавало їм право організовувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Відносини лікарняних кас з лікарями будувалися в таких формах: залучення лікарів-спеціалістів різних спеціальностей на договірних засадах або зарахування лікаря на постійну роботу.

Лікарняні каси створювались як у великих промислових центрах України, так і в окремих повітах, а також у губерніях і навіть у селах. Загалом у дореволюційний період в Україні було створено дієву систему страхової медицини. Після жовтневого перевороту 1917 р. за короткий період вона відчула на собі його наслідки та випробування, піднесення та падіння.

Про визнання ролі лікарняних кас в організації медичної допомоги засвідчує декрет Ради Народних комісарів “Про безкоштовну передачу лікарняним каса́м лікувальних закладів підприємств” від 14(27) листопада 1917 р. Зміна структури та підпорядкування лікарняних кас перетворила їх на нові демократичні медичні заклади. Джерелами фінансування щодо формування коштів лікарняних кас відповідно до положення про забезпечення робітників на випадок хвороби стали внески учасників медичного страхування в розмірі до 2 %, а при чисельності учасників страхування менше 500 осіб — 3 % заробітної платні та доплати власниками підприємств у розмірі 2/3 загальної суми внесків учасників страхування.

Декрет Раднаркому “Положення про страхування на випадок хвороби” від 2 травня 1918 р. запровадив страхування у вигляді грошової допомоги на всіх осіб, зайнятих в усіх галузях народного господарства. Страхування здійснювали загальноміські та окружні каси за рахунок внесків працедавців (10 % фонду заробітної плати) та інших надходжень. Лікарняні каси подавали безкоштовну медичну допомогу робітникам, у тому числі лікарями та перев’язувальним матеріалом.

Однак керівники охорони здоров’я країни того часу, так і не зрозумівши змісту діючої системи медичного страхування, дійшли висновку про неприпустимість паралельного існування двох форм медичного забезпечення — “страхової” та “державної”. Прийняте за їх пропозицією Положення про соціальне забезпечення працюючих від 31 жовтня 1918 р., а потім постановою Раднаркому “Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас Народному комісаріату охорони здоров’я” (1919 р.) стали основою для “одержавлення” страхових організацій і ліквідації лікарняних кас.

Основні положення останньої зазначеної постанови на відміну від Росії, де з листопада 1917 р. страхування здійснювалося за радянськими законами, на півдні України не було запроваджено. У цьому зв’язку з ініціативи групи лікарів, які давно перебували в договірних відносинах з лікарняними касами, 17 грудня 1917 р., розпочало діяльність Товариство лікарів лікарняних кас міста Одеси. Це товариство мало на меті об’єднати лікарів Одеси та прилеглих районів. Прийнятий товариством Статут визначав такі цілі організації:

- наукова та практична розробка питань фабрично-заводської та соціальної медицини;
- подання лікарської допомоги учасникам лікарняних кас та членам їх сімей на основі чинного законодавства про забезпечення робітників на випадок хвороби;
- подання лікарської допомоги членам робочих профспілок, які не підлягали дії закону щодо страхування робітників;
- подання медичної допомоги хворим, а також тим, хто постраждав від нещасних випадків, на основі законів про страхування працюючих від нещасних випадків і відшкодування каліцтва працівникам приватних і державних підприємств;

- подання медичної допомоги хворим — членам інших товариств, що передбачали подання своїм членам лікарської допомоги;
- захист професійних інтересів лікарів лікарняних кас.

Для досягнення зазначених цілей товариство лікарів Одеси зобов'язувалося:

- вивчати життя робітників шляхом статистичних досліджень та анкет (заробітна платня, захворюваність, травми тощо);
- досліджувати умови фабрично-заводської праці та санітарно-гігієнічні умови на підприємствах;
- організовувати з'їзди з питань фабрично-заводської та соціальної медицини; видавати відповідні книги, брошури, журнальні листки;
- вивчати способи поліпшення умов фабрично-заводської та ремісничої справи у зв'язку з віком і статтю працюючих та характером виробництва;
- вивчати способи поліпшення подання лікарської допомоги робітникам і службовцям фабрично-заводських та ремісничих підприємств і членам їх сімей через лікарняні каси;
- вивчати умови створення місцевих загальноміських та обласних лікарняних кас з метою правильної організації лікарської допомоги та поширення страхування на випадок хвороби для всіх осіб, які живуть за рахунок найманої праці;
- організовувати всі види лікарської допомоги (акушерську, зуболікарську тощо), лікарські експертизи та консультації спеціалістів для всіх працівників, які втратили працездатність;
- співробітничати з іншими організаціями та спілками, обговорювати всі законопроекти, що стосуються соціальної медицини і лікарської допомоги працівникам, страхування робітників від нещасних випадків, їх забезпечення при всіх випадках втрати працездатності;
- створювати пункти першої медичної допомоги, амбулаторії, лікарні, санаторії, інститути, лабораторії та інші заклади медичного характеру;
- укладати угоди з лікарняними касами, профспілками, страховими організаціями та спілками;

- організувати в разі потреби відділення товариства в інших фабрично-заводських районах Херсонської та сусідніх з нею губерній.

При цьому слід зауважити, що до членів товариства лікарів висувались доволі високі вимоги. Так, лікар, який бажав вступити до товариства, повинен був надати рекомендацію щонайменше трьох членів товариства, і обирався голосуванням на загальних зборах. Але головна вимога до кандидата полягала в наявності трирічної лікарської практики до вступу до товариства.

Але перебіг політичних подій у державі не дав можливості реалізувати задуми одеських лікарів.

На початок 1921 р. в Україні було повністю ліквідовано лікарняні каси незважаючи на несприйняття такого рішення насамперед працівниками цих кас. Але на ці протести не зважалося через використання державою тези про необхідність боротьби з меншовиками та за єдність радянської охорони здоров'я.

Другий етап розвитку страхової медицини в Україні пов'язаний з переходом країни в березні 1921 р. до так званої нової економічної політики — НЕП. Для охорони здоров'я цей період ознаменувався переходом від бюджетної системи фінансування і спричинив передання медичних закладів на фінансування місцевих бюджетів з подальшим різким скороченням фінансування та запровадженням часткової оплати за отриману медичну допомогу. Перед закладами охорони здоров'я постала проблема пошуку нових джерел фінансування. Ринкові відносини, що тільки зароджувалися та той час в Україні, потребували від системи охорони здоров'я пристосування до їх законів і реанімування страхової медицини.

Основну роль у відродженні в Україні медичного страхування відіграв декрет Раднаркому України “Основне положення про соціальне забезпечення робітників і службовців на випадок хвороби годувальника, на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності ними та членів їх сімей” від 10 грудня 1921 р. Відповідно до цього документа страхуванню підлягали робітники промислових підприємств, а також працівники, що були зайняті в сільському господарстві та підпорядковувались промисловим підприємствам.

Внески працедавців до бюджету соціального страхування становили 28 %. Окрім цього до бюджету на охорону здоров'я під-

приємства та заклади відраховували 5,5–7,0 % фонду заробітної плати залежно від встановлених у 1919 р. Наркомпраці восьми розділів (класів) шкідливості.

Весь бюджет охорони здоров'я за період існування робітничої медицини в Україні складався з чотирьох основних джерел фінансування: державних асигнувань, коштів місцевого бюджету, страхового фонду медичної допомоги та інших джерел. Його структура в період НЕПу подана в табл. 4.1.

Таблиця 4.1

**Структура витрат на охорону здоров'я в Україні
в період НЕПу (1923–1928 рр.)**

%

Роки	Державні асигнування	Кошти місцевих бюджетів	Страховий фонд медичної допомоги	Інші джерела фінансування
1923–1924	9,6	32,6	44,0	13,8
1924–1925	8,4	32,0	45,8	13,8
1925–1926	8,0	31,6	46,9	13,5
1926–1927	8,0	32,1	49,5	10,4
1927–1928	8,1	35,3	46,2	9,9

Як засвідчують дані табл. 4.1, у роки НЕПу питома вага асигнувань на охорону здоров'я за рахунок страхового фонду становила майже половину (44,0–49,5 %), сукупних коштів місцевих бюджетів — понад третину (31,6–35,3 %), а державні асигнування — лише 8,0–9,6 %.

На відміну від інших республік СРСР робітнича медицина в Україні дістала значного розвитку. Як справедливо зауважив професор Б. П. Криштопа, в Україні було створено власний зразок страхової медицини — робітничу медицину. Вона розвивалася паралельно з мережею закладів Наркомату охорони здоров'я, що не суперечило основним принципам радянської охорони здоров'я, а її діяльність як кількісно, так і в якісно була кращою від інших видів медичної допомоги для незастрахованого населення.

Мережа лікувально-профілактичних закладів робітничої медицини була тісно пов'язана з працюючими через страхові каси, фабричні та заводські комітети, працівники яких входили до складу адміністративно-господарських комісій при полікліні-

ках — основній ланці робітничої медицини. Слід зазначити, що кількість робітничих поліклінік в Україні зростає з 54 на момент їх створення до 101 у 1923 р.

Упродовж 1924–1925 рр. системою поліклінік було охоплено 207 амбулаторій, 301 фабрично-заводський медичний пункт, 18 тубдиспансерів, 10 санаторіїв. У 1923 р. у Харкові було відкрито перший інститут робітничої медицини, при якому вже в 1924 р. почали функціонувати курси фабрично-заводських лікарів.

Але, на превеликий жаль, систему робітничої медицини України, яка активно використовувала принципи страхової медицини і елементи ринкових відносин, спіткала, як і власну систему страхової медицини, чергова невдача.

У 1927 р. згідно з постановою уряду про утвердження принципу державної охорони здоров'я її було скасовано, а підпорядковані їй заклади передано Наркомату охорони здоров'я. Саме з цього часу в Україні розпочалося функціонування державної системи охорони здоров'я з централізованою формою управління. Характерною ознакою такої форми діяльності галузі стало монопольне володіння державою виробництвом медичних послуг і фінансування охорони здоров'я за залишковим принципом.

Медичне забезпечення населення за страховими принципами на землях Західної України здійснювалося відповідно до чинних законів країн, що панували у той час на цих територіях.

Угорщина, яка володіла на той час землями теперішнього Закарпаття, у 1867 р. домоглася для себе від уряду Австро-Угорської монархії політичного дуалізму. Саме це дало їй можливість запроваджувати внутрішнє самоврядування, що, у свою чергу, сприяло модернізації різноманітних сфер громадського життя, у тому числі й системи охорони здоров'я.

Незважаючи на низку законодавчих актів з поліпшення медичного забезпечення населення медична допомога й надалі залишалася платною. Відшкодування її вартості за отримані медичні послуги неспроможних в оплаті осіб і осіб, що були офіційно визнані бідними, здійснювалося з громадських фондів.

Питання промислової медицини в Угорщині з 1840 р. зводилося тільки до формального права робітників претендувати на медичну допомогу за рахунок працедавців. Як констатується в літературних джерелах, саме це спонукало в 1870 р. робітників

до створення лікарняних кас. У 1885 р. страхові каси вже об'єднували 40,6 % робітників промислових підприємств Угорщини. Страхові внески були встановлені в розмірі до 1,5 % заробітної платні.

Історичні дані засвідчують, що медичне страхування робітників промислових підприємств Угорщини виявилось успішнішим, ніж подібне забезпечення найманих селян і наймитів. Ці категорії населення отримали можливість на безкоштовну медичну допомогу тільки в 1900 р., та й то лише з приводу сільськогосподарського травматизму.

Висока смертність і захворюваність населення Польщі, до території якої на той час входила більша частина теперішньої Західної Європи, у тому числі й землі Західної України, на початку 20-х років XIX ст. потребували вжиття термінових заходів. Крім того, час потребував створення служби, яка мала б охопити медичною допомогою все працююче населення, забезпечити йому медичну допомогу на випадок хвороби і гарантувати виплату допомоги при непрацездатності.

Ці та інші причини спонукали уряд Польщі в 1919 р. видати декрет про страхування на випадок хвороби, який був затверджений у вигляді закону в 1920 р. Завдяки цьому нормативно-правовому акту вже на кінець 1928 р. кількість застрахованих у лікарняних касах Польщі становила майже 8 % населення країни, хоча в Англії, Німеччині та Австрії кількість застрахованих вже досягла в ті роки 33 %.

У кожному повіті тодішньої Польщі функціонували лікарняні каси. Вони мали власні амбулаторні заклади — “лікувальні центри”, які відкривалися в повітових містах і невеликих містечках. До роботи в них запрошувалися вільнопрактикуючі лікарі, лікарі центрів та ін. Вони подавали медичну допомогу в домашніх умовах, вели амбулаторний прийом, займалися приватною медициною.

Основу фінансування лікарняних кас становили відрахування підприємств та застрахованих. Щомісячний внесок застрахованого становив 6,5 % заробітної платні. Завдяки такій системі медичного забезпечення майже 5 млн осіб, які раніше лікувались у знахарів, повитух та фельдшерів, дістали можливість користуватися медичною допомогою.

Таким чином, на основі виявлених професором В. В. Руденем особливостей генезису процесу медичного страхування на теренах України доходимо висновку, що страхова медицина і окремі види медичної допомоги з використанням її елементів уже двічі “відвідували” Україну, а на її теперішніх теренах тривалий час існували різноманітні форми подання медичної допомоги на страхових засадах. У цьому зв’язку ми пристаємо на думку В. Бойчука про те, що різні етнічні території України в історичному минулому, перебуваючи у складі різних держав, мають і різний історичний досвід регіонального управління, у тому числі й управління охороною здоров’я, що становить інтерес для порівняння і запозичення. Той досвід здобувався століттями, не є чужим і може легко поновлюватися через генетичну пам’ять.

4.2. Практичні засади медичного страхування

Медичне страхування — це галузь економічних, валютних, перерозподільчих відносин, пов’язана з формуванням і використанням страхового фонду. Далі як аксіому необхідно сприйняти і зрозуміти, що страхування, у тому числі й медичне, може базуватися тільки на платних медичних послугах, розвитку різних форм власності у сфері охорони здоров’я і на певному рівні життя в суспільстві, де створено численний середній клас, який має економічну можливість щодо передання ризику.

Пошук шляхів подолання двох основних проблем системи охорони здоров’я — недостатності фінансових коштів і низької якості медичного забезпечення — спонукає до переходу на систему страхування здоров’я людей, яка успішно застосовується в більшості економічно розвинених країнах світу.

Страховати означає оберігати від чогось небажаного, неприємного, захистити, гарантувати безпеку, а власне процес **страхування** — це спосіб захисту майнових інтересів в умовах ринкової економіки.

Страхова медицина — це складна й надзвичайно мобільна система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров’я. “Товаром” у цьому разі є оплачувана, конкурентоспроможна, гарантована, якісна і достатня за обсягом медична послуга, спровокована ризиком для здоров’я. “Покупцем” її може бути де-

ржава, група людей (виробничі колективи, заклади та установи різних форм власності), фізичні особи, які перебувають в умовах такого ризику.

Медичне страхування — це система організаційних та фінансових заходів забезпечення страхової медицини.

З позицій економіки медичне страхування — це система заходів зі створення спеціального грошового фонду, з якого відшкодовуються витрати на медичні послуги, утримання хворих у лікувально-профілактичних закладах та інші матеріальні збитки, що пов'язані з погіршенням здоров'я, працездатності та порушенням соціальної активності людини.

Мета страхової медицини та медичного страхування — забезпечити громадянам соціальні гарантії і права на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів при виникненні страхового випадку, а також фінансувати профілактичні заходи.

Медичне страхування передбачає:

- посередницьку діяльність в організації та фінансуванні страхових програм медичної допомоги населенню;
- контроль за обсягом і якістю виконання страхових медичних програм лікувально-профілактичними, соціальними закладами та окремими приватними лікарями;
- розрахунок із закладами охорони здоров'я, соціальними установами та приватними лікарями за виконану згідно з угодою роботу через страхові фонди (медичні організації), сформовані за рахунок грошових внесків підприємств, закладів, організацій, громадян.

Основними рисами страхової медицини світу є такі:

- належність її в більшості країн світу до системи охорони здоров'я, яка доповнює державну;
- подання всім залученим до певної системи медичного страхування однакової за обсягом та якістю необхідної медичної допомоги;
- свобода вибору для пацієнта;
- надання медичних послуг найвищої кваліфікації;
- висока прибутковість вкладених капіталів (за кордоном);
- впровадження нових форм управління;
- орієнтованість на високоосвічене населення з достатньою медичною культурою;

- зацікавленість медичних працівників у запровадженні системи медичного страхування з огляду на поліпшення соціального становища;
- орієнтування медичних працівників на комунікабельність, ініціативність, працьовитість, ввічливість;
- забезпечення за будь-яких обставин застрахованому обумовленої страхуванням медичної допомоги в разі виникнення ризику для здоров'я;
- базованість на конкретній потребі, що передбачає певні резерви і обумовлює вищу вартість.

За формами медичне страхування поділяється на обов'язкове та добровільне.

Обов'язкове медичне страхування як частина системи соціального страхування є його основною формою у країнах з розвинутою ринковою економікою. Воно здійснюється за умовами і порядком, передбаченими законодавчим актом країни, відповідно до правил і базової програми обов'язкового медичного страхування, затвердженої урядом країни.

Специфіка обов'язкового медичного страхування полягає в тому, що як важлива складова державного соціального страхування воно функціонує через самостійну систему відповідних фондів (державного і територіального) та спеціалізовані страхові компанії.

Як засвідчує світовий досвід, найоптимальнішим є створення в межах загальної системи страхування трьох рівнів захисту населення. Перший рівень — розвиток державного соціального страхування як захист від галузевого ризику. Другий рівень — страхування працівників за рахунок коштів підприємств — захист колективного ризику. Третій рівень — індивідуальні ризики — предмет особистого страхування за рахунок власних коштів.

В Україні відповідне законодавство відсутнє, хоча в Законі України “Про страхування” 1996 року медичне страхування назване першим у переліку обов'язкових видів страхування. Очікується, що воно набере ознак соціального страхування і ґрунтуватиметься на принципі “багатий платить за бідного, здоровий — за хворого, молодий — за старого”.

Населенню, яке підлягає обов'язковому медичному страхуванню, держава надає рівне право на ґарантований обсяг медич-

ної допомоги незалежно від фактично сплачених сум страхового внеску. Отримати медичну допомогу згідно з програмою застрахований може на всій території держави, у тому числі й за межами постійного місця проживання, з подальшими взаєморозрахунками між страховими організаціями за затвердженими тарифами.

Держава надає право застрахованому в межах території проживання вибирати лікувально-профілактичний заклад і лікаря за умови їх участі у програмах обов'язкового медичного страхування тієї страхової організації, де застраховано конкретного громадянина.

Конкретні розміри страхового внеску при обов'язковому страхуванні для підприємств різних форм власності (% фонду оплати праці чи прибутку) встановлюється виконавчими структурами з урахуванням розміру базового внеску, індексації цін, а також ступеня несприятливого впливу виробничого середовища на стан здоров'я працюючих.

Обов'язкове медичне страхування непрацюючого населення здійснюється страховими організаціями за договорами з територіальною адміністрацією.

Страхові медичні організації (компанії, фонди) реалізують обов'язкову страхову медичну програму за угодою з лікувально-профілактичними закладами (незалежно від форм власності), приватними практикуючими лікарями і лікарями загальної практики (сімейної медицини), ліцензованими та акредитованими у встановленому законом порядку з питань надання застрахованій стороні послуг в обсязі, передбаченому затвердженою базовою програмою.

Діяльність медичних закладів, персоналу та окремих лікарів, задіяних в обов'язковому страхуванні, оплачує страховик за встановленими тарифами на послуги чи нормативним фінансуванням на одну особу відповідно до угоди зі страховою організацією. У зазначеній угоді обумовлюють також обсяг і якість медичної допомоги та основі затверджених клініко-статистичних груп. Контроль за ними здійснює страхова організація.

Базова програма обов'язкового медичного страхування опрацьовується Міністерством охорони здоров'я України, затверджується урядом і ґарантує населенню країни мінімальний обсяг медичної допомоги.

Відповідно до базової програми органи державного управління затверджують територіальні програми. Обсяг і умови подання медичної допомоги, що передбачаються територіальними програмами, не можуть бути нижчими від встановлених базовою програмою.

Програми медичного страхування повинні переглядатися залежно від потреб у гарантованій населенню медичній допомозі і матеріальних та фінансових можливостей суспільства в галузі охорони здоров'я.

Страхові медичні організації реалізують обов'язкові програми за угодами з лікувально-профілактичними закладами (незалежно від форми власності), приватними лікарями чи лікарями загальної практики (сімейними лікарями), які мають ліцензії та пройшли акредитацію.

При ОМС передбачається укладення певних угод щодо відповідних взаємовідносин його суб'єктів:

- про фінансування між страхувальником, територіальним фондом ОМС і СМО на користь громадянина для оплати медичної допомоги в межах територіальної програми ОМС (для працюючого населення страхувальниками будуть роботодавці; для працівників бюджетної сфери та непрацюючих — місцеві адміністрації);
- між страховою медичною організацією та медичними закладами про оплату послуг у межах обов'язкового медичного страхування.

Як переконає досвід країн, де обов'язкове медичне страхування вже запроваджено, основу надходжень коштів до фондів становлять страхові внески на працююче населення. Передбачувані основні джерела фінансування обов'язкового медичного страхування схематично подано на рис. 4.2.

Основними чинниками запровадження обов'язкового медичного страхування як одного з напрямів реформування системи охорони здоров'я різних країн були такі:

- висока вартість утримання системи медичної допомоги, що екстенсивно розвивається, у разі зменшення її фінансування з державного бюджету;
- відсутність стимулів до праці у медичних працівників;
- жорсткі межі централізованого фінансування медичних закладів, які стримують місцеві ініціативи щодо реорганізації їх діяльності;

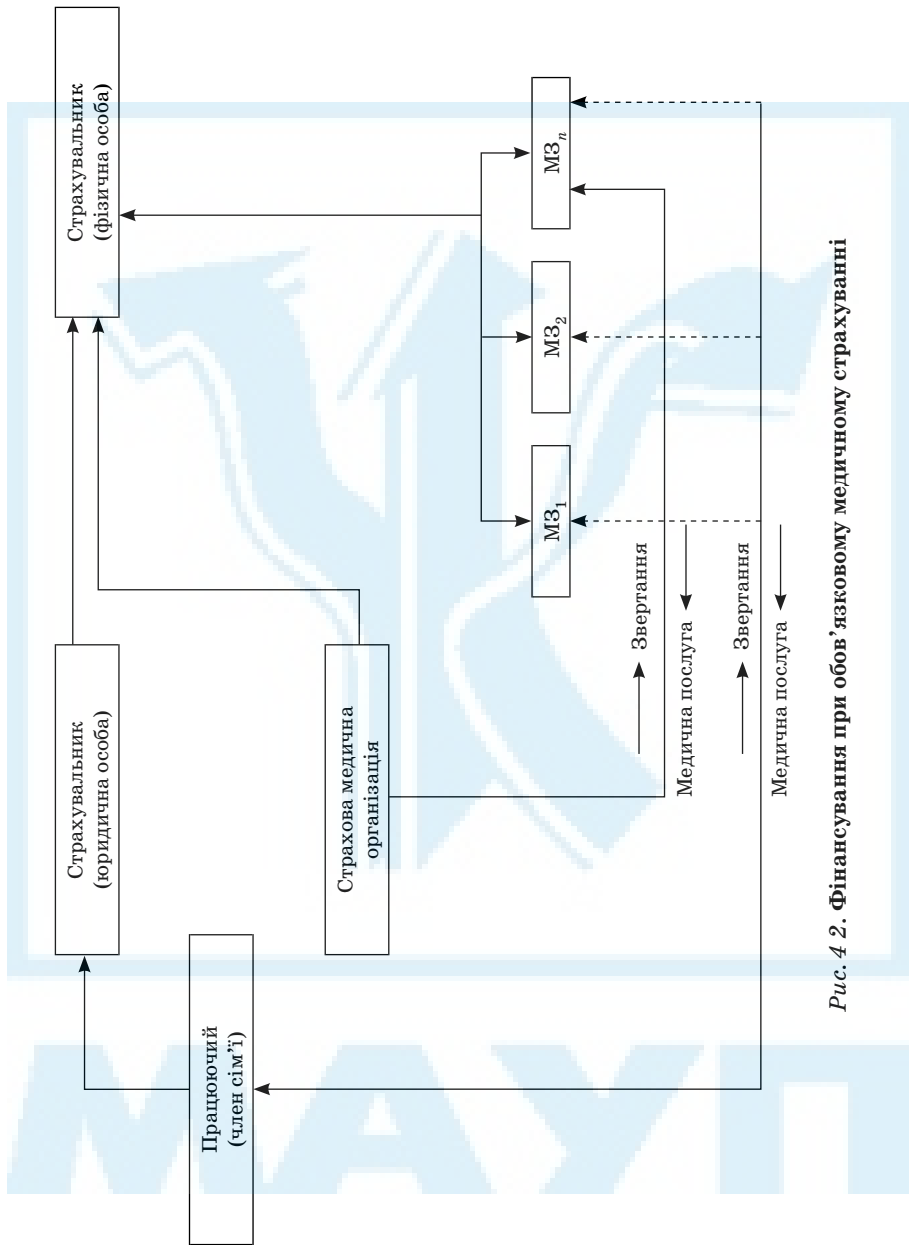


Рис. 4.2. Фінансування при обов'язковому медичному страхуванні

- пасивність громадян у підтриманні власного здоров'я в умовах безкоштовності медичної допомоги, відсутності конкуренції в отриманні та збереженні робочого місця;
- задоволеність державної влади досягнутим рівнем медичної допомоги, що забезпечує відносну стабільність настрою громадян щодо їх соціальної безпечності;
- “розмитість” коштів на медичні потреби при формуванні державного бюджету.

З введенням ОМС у системі охорони здоров'я, як правило, відбуваються такі організаційно-економічні перетворення:

- визначається цільовий стабільний норматив відрхувань від одного з найважливіших і найдинамічніших економічних показників — фонду оплати праці;
- вводиться механізм руху коштів за пацієнтом і здійснюється оплата медичної допомоги залежно від обсягу та якості виконаної роботи з одночасним контролем за цільовим використанням коштів;
- запроваджується юридичний захист застрахованих громадян.

Таким чином, введення ОМС зміцнює фінансування галузі, а це, як правило, зумовлює таке:

- організаційно-структурні зміни в охороні здоров'я;
- оптимізацію управління;
- раціоналізацію структури, підвищення ефективності використання ресурсів;
- раціоналізацію використання трудових ресурсів;
- реформування системи оплати праці медичних працівників.

Введення ОМС визначає й політичні принципи:

- розподіл повноважень у галузі охорони здоров'я між “центром” і “регіоном”;
- єдині “правила гри”;
- єдині гарантії населенню, загальність, обов'язковий характер, державний контроль, незалежність страхової організації, вільний вибір лікаря і страхової організації.

Основне досягнення системи ОМС полягає в тому, що пацієнт є повноправним суб'єктом процесу подання медичної допомоги, який має юридично гарантовану основу для забезпечення і захисту своїх прав.

На відміну від інших видів соціального страхування ОМС забезпечують не тільки роботодавці, а й держава. Згідно із зако-

ном держава забезпечує за рахунок коштів бюджету ОМС непрацюючих громадян. Таким чином, кошти для ОМС формуються з двох джерел: бюджетних платежів і внесків роботодавців.

Добровільне медичне страхування вважається додатковим за наявності у країні обов'язкового медичного страхування або самотійним. Найбільшого розвитку добровільне страхування на комерційній основі дістало у країнах з ліберальною ринковою економікою.

На відміну від обов'язкового медичного страхування, яке, як зазначалося, становить частину системи соціального страхування і фінансується за рахунок цільового оподаткування та платежів з бюджету, добровільне медичне страхування є важливим видом фінансово-комерційної діяльності.

Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити вищий рівень медичної допомоги порівняно з ОМС і системою державної та муніципальної охорони здоров'я. Воно функціонує за рахунок коштів, отриманих у вигляді внесків або безпосередньо від громадян за рахунок їх власних прибутків, або від роботодавців, що страхують працівників, з прибутку.

Розміри страхових внесків у разі добровільного медичного страхування самотійно встановлюють страхові медичні організації, і вони залежать від якості ризиків, що страхуються; правил страхування, прийнятих конкретною страховою компанією; вартості медичних та інших послуг; кількості застрахованих тощо. Процедура визначення розмірів внесків при цьому виді страхування регулюється теорією актуарних розрахунків.

Об'єктом добровільного страхування можуть бути майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю і пенсійним забезпеченням застрахованої особи (особисте страхування). Отже, добровільне медичне страхування є частиною особистого страхування.

При добровільному медичному страхуванні укладаються два види угод:

- між страховальником і СМО на користь громадянина (якщо страховальник — юридична особа, то на користь працівника цього підприємства, родича працівника);
- між СМО та медичними закладами, до яких за наявності страхового випадку має право звернутися громадянин.

Основні джерела фінансування при добровільному медичному страхуванні схематично подано на рис. 4.3.

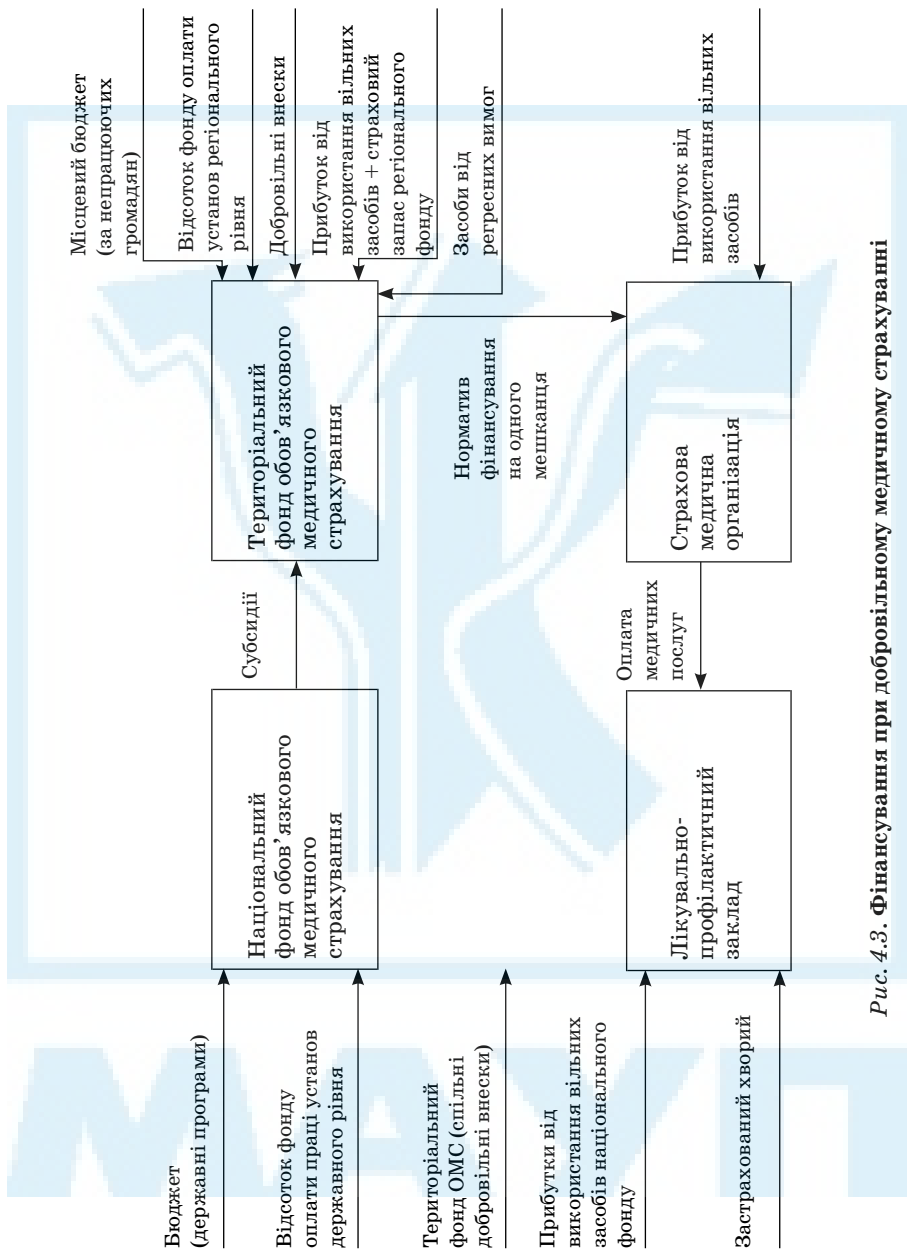


Рис. 4.3. Фінансування при добровільному медичному страхуванні

Коротку характеристику відмінностей обов'язкового та добровільного медичного страхування подано в табл. 4.2.

Таблиця 4.2

Відмінності обов'язкового та добровільного медичного страхування

Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
Некомерційне	Комерційне
Вид соціального страхування	Вид індивідуального страхування
Загальне, або масове	Індивідуальне чи колективне (сімейне)
Регламентується Законом України “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування” (проект)	Регламентується Законом України “Про страхування” (1996 р.)
Здійснюється державними страховими організаціями або такими, що контролюються державою	Здійснюється страховими організаціями різних форм власності
Правила страхування визначаються державою	Правила страхування визначаються страховими організаціями
Страховальники — держава (органи місцевої виконавчої влади) та працююче населення	Страховальники — юридичні та фізичні особи
Джерела фінансування — внески державного бюджету, працедавців і працюючого населення	Джерела фінансування — особисті доходи громадян, прибуток працедавців (юридичних осіб)
Програма (гарантований мінімум медичних послуг) затверджується органами різних рівнів	Програма визначається договором страховика та страховальника
Тарифи на страхування встановлюються за єдиною затвердженою державою методикою	Тарифи на страхування встановлюються відповідно до угоди страховика та страховальника
Система контролю за якістю медичних послуг визначається державними органами	Система контролю за якістю медичних послуг встановлюється угодою суб'єктів страхування
Прибутки використовуються тільки для основної діяльності медичного страхування	Прибутки використовуються для будь-якої комерційної чи некомерційної діяльності

4.3. Суб'єкти медичного страхування

Медичне страхування доцільно розглядати як систему економічних взаємовідносин у галузі медичного забезпечення населення з такими складовими (суб'єктами): страховик, страхувальник, застрахований та медичний заклад.

Страховики — це юридичні особи (страхові медичні організації, компанії, фонди), які створені та функціонують у формі товариств і здійснюють страхову діяльність відповідно до отриманої ліцензії.

Обов'язки страховика:

- укладення з акредитованими ЛПЗ, самостійно працюючими лікарями у встановленому порядку угоди щодо надання гарантованого обсягу допомоги при обов'язковому медичному страхуванні;
- укладення угод з акредитованими чи ліцензованими медичними, спеціальними закладами і окремими особами щодо надання послуг добровільного страхування своїм клієнтам;
- укладення угод (без права відмови) згідно з діючими правилами страхування;
- контроль якості медичної допомоги, наданої застрахованій стороні;
- контроль доцільності використання страхових коштів виробниками медичних послуг;
- економічна відповідальність перед застрахованим за надання медичних послуг;
- створення резервних (запасних) і профілактичних фондів для забезпечення стабільності страхової діяльності.

Страхові медичні організації мають право за позовом отримувати компенсацію від підприємств і громадян за порушення санітарного та природоохоронного законодавства для відшкодування витрат за вжиті лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи.

Страхувальник — це юридична особа, працездатний громадянин, який уклав зі страховиком угоду страхування або є ним відповідно до законодавчих актів країни.

При обов'язковому медичному страхуванні страхувальником непрацюючого населення є місцеві адміністрації, працюючо-

го — підприємства та роботодавці. Особи, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, платять внески обов'язкового медичного страхування самостійно. Працівники некомерційних організацій забезпечуються коштами з фінансових ресурсів бюджету чи засновників.

При добровільному медичному страхуванні страхувальником є підприємства, громадські, благодійні організації, фонди, інші юридичні особи, а також громадяни, що мають громадську дієздатність і сплачують страхові внески.

Страхувальник *зобов'язаний*:

- згідно з угодою вносити у встановленому порядку страхові внески (платежі);
- вживати залежні від нього заходи для усунення несприятливих факторів впливу на здоров'я застрахованих;
- надавати страховикам інформацію про здоров'я, умови праці та побуту контингентів населення, які підлягають страхуванню;
- укладати зі страховиками угоди про страхування третіх осіб.

Страхувальники мають право вибирати страховика, призначати громадян або юридичних осіб для отримання страхових сум (страхового відшкодування) і міняти їх до настання страхового випадку при укладенні угод страхування.

Порушення умов угоди застрахованою стороною в частині, що залежить від неї, може зумовити повне чи часткове зарахування витрат за медичні послуги на рахунок особистих коштів застрахованого (порушення правил техніки безпеки; недотримання призначеного режиму; захворювання, спровокованого вживанням алкоголю, тютюнопаління, гіподинамією, переїданням тощо).

Застрахований — це особа, яка бере участь в особистому страхуванні. Життя, здоров'я та працездатність цієї особи є об'єктом страхового захисту.

Застрахований має такі *права*:

- на обов'язкове та добровільне медичне страхування;
- на вибір страхової медичної організації, медичного закладу та лікаря відповідно до угоди про обов'язкове та добровільне медичне страхування;

- на отримання медичної допомоги на всій території країни, у тому числі й за межами постійного місця проживання;
- на отримання медичних послуг, що відповідають угоді за якістю та обсягом;
- на подання позову страхувальнику, страховій медичній організації, медичному закладу, у тому числі на матеріальне відшкодування збитків.

При приватному добровільному медичному страхуванні застрахований, оплачуючи страхові внески, відіграє роль страхувальника. За деякими видами особистого страхування ці суб'єкти можуть не збігатися. Наприклад, при страхуванні дітей страхувальниками є батьки, застрахованими — діти.

Застрахована особа зобов'язана свідомо не створювати ризику втрати власного здоров'я та здоров'я інших громадян, достовірно інформувати медичну установу та страховика про стан здоров'я і можливі існуючі ризики його погіршення, дотримуватися правил розпорядку роботи медичного закладу, в якому отримує допомогу.

Застрахована особа відповідальна за зловмисне приховування при укладенні угоди добровільного медичного страхування вже наявного захворювання.

Важлива особливість, що відрізняє медичне страхування від інших його видів, полягає в тому, що це єдиний вид страхування, коли відшкодування збитків застрахованому при виникненні страхового випадку здійснюється не грошима, а медичними послугами. Надає їх четвертий суб'єкт медичного страхування — **медичний заклад і його працівники**.

Медичні заклади мають право на видачу документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність застрахованих, на одержання від страховика оплати вартості медичних послуг, наданих застрахованому згідно з медико-економічними стандартами; на вимогу розгляду претензій комісіями за участю незалежних експертів.

Заклади охорони здоров'я зобов'язані надавати застрахованому згідно зі стандартами допомогу та послуги в обсягах, видах і формах, зазначених у програмі страхування; страховику — звіти про обсяги подання медичної допомоги застрахованим.

4.3.1. Фінансова надійність страховика

Особливості організації діяльності страховика визначаються своєрідністю страхового процесу: на вході та виході цього процесу перебувають гроші, які лише тимчасово затримуються у страховика. Останній, як зазначалося, приймає від страхувальника гроші не в обмін на суто матеріальний товар чи послугу, а для того, щоб у майбутньому використати їх на страхові виплати тим страхувальникам, які потребуватимуть допомоги. Ця особливість (тобто “плата наперед”) потребує певних гарантій щодо здатності страхової компанії відповідати за власними зобов’язаннями перед страхувальниками. Однією з гарантій є фінансова надійність страховика. Вона постійно перебуває в центрі його уваги і пов’язана з тарифною, фінансовою, інвестиційною та перестраховальною політикою страховика.

Фінансова надійність забезпечується такими чинниками:

- розміром власних коштів;
- правильно розрахованими тарифними ставками;
- збалансованим страховим портфелем;
- розміром страхових резервів, адекватних сумі взятих страховиком зобов’язань;
- розміщенням страхових резервів;
- перестраховуванням.

Фінансова надійність страховика — це його здатність виконати страхові зобов’язання, прийняті за договорами страхування та перестраховування в разі настання несприятливих факторів.

Існують законодавчо визначені вимоги до власних коштів страховика, які мають бути сформовані за рахунок вкладів засновників і прибутку.

Статутний фонд — основний елемент функціонування будь-якого суб’єкта господарської діяльності незалежно від форми власності. Зокрема, це сума вкладів засновників для забезпечення життєдіяльності компанії. Основні вимоги до створення українських страхових компаній — наявність мінімального розміру статутного фонду 100 тис. євро (для компаній, створених за участю іноземних юридичних осіб та іноземних громадян, — 500 тис. євро). При цьому важливо, що не менше як 60 % статутного фонду має бути внесено у грошовій формі, тобто становити ліквідні кошти для виконання зобов’язань перед страхувальниками в разі нестачі спеціальних коштів.

Законодавством забороняється використовувати для формування статутного фонду кошти страхових резервів, а також кошти, одержані у кредит та під заставу, і вносити матеріальні активи.

Страховик у процесі діяльності повинен мати не тільки статутний фонд, а й значний обсяг власних коштів, вільних від зобов'язань. Такими коштами є гарантійний фонд та вільні резерви. До **гарантійного фонду** страховика належать спеціальні та резервні фонди, а також сума нерозподіленого прибутку. **Вільні резерви** — це частка власних коштів страховика, яка резервується з метою додаткового забезпечення його фінансової надійності.

Фінансова надійність страховика залежить від правильного розрахунку **тарифних ставок**, які є ціною за страхову послугу.

До чинників фінансової надійності страховика належить також достатність страхових резервів, які характеризують обсяг страхових зобов'язань за укладеними договорами страхування. Розмір страхових резервів повинен бути адекватний узятим страховим зобов'язанням.

Виконання страхових зобов'язань забезпечується достатнім розміром страхових резервів (при їх формуванні слід враховувати вид страхування, термін дії договору, рівномірність розподілу ризику), а також правильно встановленою основою для страхової премії.

Акумуляовані у страхові резерви премії деякий час перебувають у розпорядженні страховика і можуть бути інвестовані з метою одержання додаткового прибутку. Проте інвестовані страховиком тимчасово вільні кошти підлягають регулюванню, оскільки кошти страхових резервів є коштами страхувальників і мають бути повернуті їм при настанні страхової події. Сформовані за рахунок страхових резервів активи страховика є гарантією виконання його зобов'язань і повинні розміщуватися з метою забезпечення ліквідності, диверсифікованості, надійності та прибутковості.

Фінансова надійність страховика забезпечується й таким інструментом, як **перестраховання**. Значна вартість об'єктів, які можуть бути прийняті на страхування, незбалансований страховий портфель та коливання результатів діяльності страховика можуть негативно вплинути на фінансову надійність страхової компанії. Проте мета перестраховання полягає в тому, що стра-

ховик, приймаючи на страхування великий ризик, передає його частку перестраховикові й далі відповідальний перед страховальником у повному обсязі. Тому визначення розміру власного утримання зобов'язань має дуже велике значення. Справді, якщо розмір зобов'язань буде надто великий, то в разі настання страхового випадку у страховика може не бути достатньо коштів для покриття збитків страховальника.

Розмір власного утримання має залежати від галузі страхування, характеру ризику, імовірності та можливого максимального розміру збитку, ступеня схильності до ризику, розміру власних коштів страхової компанії, а також від періоду року та території країни. Одним з найважливіших моментів визначення розміру власного утримання є його залежність від розміру власних коштів: що більший розмір власних коштів страховика, то більший розмір страхових виплат, які компанія може здійснити в разі настання страхового випадку. З метою захисту виконання зобов'язань страховика перед страховальниками Законом України “Про страхування” передбачається в обов'язковому порядку укладення угоди перестраховання в разі, коли страхова сума за окремим об'єктом страхування перевищує 10 % суми сплаченого статутного фонду і сформованих страхових резервів.

Додержання страховиком перелічених чинників, що впливають на його фінансову надійність, є певною гарантією для страховальників, які в обмін на сплачені гроші отримують від страховика запевнення щодо забезпечення страхового захисту.

4.3.2. Страхові резерви

Здійснення страхування зумовлює інверсію страхового циклу, оскільки потребує спочатку внесення страхової премії, а за деякий час — надання страхової послуги у вигляді виплати страхового відшкодування. Моменти надходження страхових премій і виплати страхового відшкодування, як правило, не збігаються, і це дає змогу страховику акумулювати значні кошти у вигляді страхових резервів. Розмір цих резервів на будь-який момент має бути постійно достатній для виконання страховиком умов договору страхування.

Міжнародний досвід розрахунку розміру страхових резервів засвідчує, що вони формуються за рахунок страхової премії до

визначення фактичної збитковості страхової суми з урахуванням наявності у страховому портфелі страховика видів страхування та терміну дії договору страхування. Методика розрахунку страхових резервів визначається залежно від виду та терміну дії договору страхування.

Через неоднаковий розподіл ризику та різні методику і структуру тарифної ставки як джерела формування страхових резервів страхові резерви в ризикових випадках страхування і страхування життя різняться за складом та методами визначення.

При страхуванні життя залежно від особливостей його здійснення формуються резерви зі страхування життя. За видами страхування, відмінними від страхування життя, формуються технічні резерви.

Резерви зі страхування життя формуються шляхом відрахування частини страхової премії, передбаченої для забезпечення страхових виплат (нетто-премії) та частини інвестиційного доходу від розміщення тимчасово вільних коштів.

Технічні резерви — це показник, який виражає грошову оцінку обов'язків страховика за страховими зобов'язаннями, і водночас сума коштів, що є гарантією виконання зобов'язань перед страховиками з огляду на наявні в портфелі страховика договори страхування.

Технічні резерви дають змогу страховику визначати загальний обсяг відповідальності за діючими договорами страхування. Обсяг технічних резервів має бути достатній для відшкодування всіх збитків за діючими договорами страхування, навіть у разі припинення надходження премій за всіма договорами.

Законодавством України передбачено **резерв незароблених премій**, що включає частки від сум надходжень страхових платежів, які відповідають страховим ризикам, що не минули за звітну дату, а **резерв збитків** — це зарезервовані несплачені суми страхового відшкодування за відомими вимогами страхувальників.

Технічні резерви формуються окремо за кожним видом страхування. Згідно із Законом України “Про страхування” українські страховики використовують єдиний спрощений метод розрахунку резерву незароблених премій — метод “плаваючих кварталів”, що застосовується також для визначення прибутку страховика.

Види технічних резервів різняться за призначенням. Спільне полягає в тому, що певний час у період дії договору страхування вони становлять кошти страхувальників, а не страховиків і призначені для виплати страхових відшкодувань за договорами страхування, які не минули на звітну дату.

Резерв незароблених премій виникає через розбіжність діяльності страховика та періоду дії договору страхування. Цей резерв складається з частини страхових премій, які надійшли за договорами страхування, що укладені у звітному періоді, але стосуються терміну дії договору страхування, що припадає на наступний звітний період.

Резерв ризиків, які ще не минули, формується як додаток до резерву незароблених премій, щоб компенсувати можливість зниження тарифу.

Резерв катастроф формується з метою забезпечення страхових виплат у разі настання природних катастроф або значних промислових аварій, у результаті яких буде завдано збитків численним страховим об'єктам і коли постає потреба здійснювати виплати страхового відшкодування в сумах, що значно перевищують середні розміри збитків, які враховано при розрахунку страхових тарифів.

Резерв коливань збитковості дає змогу страховикам компенсувати перевищення своїх витрат, пов'язаних з відшкодуванням збитків, у випадках, коли фактична збитковість страхової суми за видом страхування за звітний період перевищує очікуваний рівень збитковості, який взято за основу при розрахунку тарифної ставки за цим видом страхування.

Резерв заявлених, але не врегульованих збитків формується для забезпечення зобов'язань, пов'язаних з урегулюванням збитків за страховими випадками, про настання яких в обумовленому порядку було заявлено страховикові. При цьому резерв є сумою таких елементів:

- невизначених збитків, які розраховуються в розмірі 5 % сум надходжень страхових премій;
- заявлених, але ще не врегульованих збитків, тобто збитків, за якими ще не складений розрахунок страхового відшкодування;
- урегульованих, але ще не сплачених збитків, тобто збитків, які заявлені страхувальником і зафіксовані в реєстрах

обліку страховиком та за якими складений розрахунок страхового відшкодування, але відшкодування ще не надане.

Резерв збитків, що сталися, але ще невідомі, формується у зв'язку з випадками, які сталися, але про факт настання яких страховиківі не було повідомлено на звітну дату і зобов'язання за якими будуть виконані в наступному звітному періоді.

Як зазначають дослідники проблем страхування достатнього розміру резерву збитків (на відміну від резерву премій) на практиці домогтися неможливо. Важко оцінити майбутні збитки навіть за заявленими збитками, а надто за збитками, які сталися, але ще невідомі. Разом з тим є випадки страхування, за якими можна точно оцінити розмір збитків. Наприклад, страхування майна, авто-каско. Існують і такі види страхування, як страхування цивільної відповідальності, відповідальності роботодавця. Зарубіжні страховики називають їх "страхуванням з довгим хвостом". Така назва пояснюється тим, що врегулювання збитків може тривати довго після закінчення дії договору страхування. Наслідок нещасного випадку або захворювання може виявитися через деякий час. Судовий розгляд може тривати місяці. Іноді трапляється, що страховики сплачують збитки десятирічної давнини.

Таким чином, порядок визначення розміру технічних резервів, який застосовують українські страховики, не адекватний обсягам відповідальності страховика за діючими на момент оцінки договорами страхування. Це може призвести до зниження надійності страхових операцій, платоспроможності страховика.

4.3.3. Інвестиційна політика страховика

Як засвідчує світовий досвід, страховики є важливим джерелом інвестиційного капіталу. Тому страховик протягом дії договору страхування тимчасово розпоряджається коштами страховальника, акумульованими у страхові резерви.

Крім коштів страхових резервів страховик має в розпорядженні власні кошти у вигляді вкладів засновників, а також спеціальних фондів, сформованих за рахунок прибутку та суми нерозподіленого прибутку.

Тому кошти страховика, які перебувають у його розпорядженні, є сукупністю ресурсів, за рахунок яких він (страховик) виконує власні зобов'язання при настанні страхового випадку і забезпечує нормальне функціонування компанії. Ці кошти представлені, по-перше, надходженнями страхових премій, по-друге, власними коштами, які можуть використовуватися кілька років.

З огляду на зазначене при інвестуванні таких коштів необхідно враховувати їх структуру, а також оптимальний термін інвестування. Потрібно виходити з того, що резерви є коштами страхувальників і в разі настання страхового випадку мають своєчасно повертатися їм у вигляді страхового відшкодування, яке може бути й більшим порівняно з внесками за надання страхової послуги. Активи страхової компанії мають бути розміщені з урахуванням безпечності, прибутковості, ліквідності, диверсифікованості. Зазначимо, що це й є основні вимоги до управління активами.

Безпечність вкладень активів страхової компанії свідчить про мінімальний інвестиційний ризик і може досягатися шляхом диверсифікованості коштів.

Прибутковість активів страховика має значення при визначенні загального фінансового результату. Адже іноді наприкінці звітного періоду страховик компенсує збитки, які пов'язані зі страховою діяльністю, за рахунок прибутку від інвестиційної діяльності. Тому загалом компанія може отримати позитивний фінансовий результат.

Диверсифікованість — це розподіл інвестиційних коштів між категоріями активів інвестування.

Кошти, які надходять від ризикових видів страхування, перебувають у розпорядженні страховика протягом терміну дії договору страхування, тобто, як правило, до одного року. Максимальний період між датою акумулювання коштів у страхові резерви і датою їх використання для страхових виплат становить рік. Але частина коштів може знадобитися в будь-який час для відшкодування збитків за цими договорами страхування. Тому кошти страхових резервів за договорами ризикових видів страхування мають бути інвестовані у високоліквідні короткострокові активи.

Кошти, що акумульовані в резерви коливань збитковості та катастроф, призначені для забезпечення виконання страховиком своїх зобов'язань за договорами страхування тоді, коли поточних надходжень страхових премій буде недостатньо. Кошти цих резервів можуть використовуватися не щороку, тому вони мають бути інвестовані в довгострокові активи, але повинні бути високоліквідними, коли настане потреба їх використання за призначенням.

Що ж до резервів зі страхування життя, то з огляду на триваліші терміни дії цих договорів і виконання за ними зобов'язань, здебільшого після закінчення терміну дії договору або в обумовлений строк страховики мають можливість інвестувати кошти на триваліший час і знизити вимоги до ліквідності таких інвестиційних вкладень.

Вільні від зобов'язань власні кошти страховика можуть бути вкладені переважно в довгострокові та менш ліквідні види активів.

При інвестуванні коштів слід враховувати їх розмір. Від початку діяльності страховика значну частку інвестицій становлять власні кошти, насамперед статутний фонд. У процесі діяльності основним джерелом інвестицій стають страхові резерви.

Отже, страховик обирає власну інвестиційну політику виходячи з видів страхування, терміну дії договорів та розміру акумульованих коштів. Компанії, які здійснюють страхування життя на відміну від страховиків, які здійснюють ризикові види страхування, довше володіють коштами і можуть інвестувати їх у нерухомість, державні цінні папери та інші довгострокові активи. Компанії, які здійснюють ризикові види страхування, повинні акцентуватися на ліквідніших інвестиційних коштах.

Згідно із Законом України “Про страхування” страхові резерви мають бути подані активами таких категорій:

- грошові кошти на розрахунковому рахунку;
- банківські вклади (депозити);
- нерухоме майно;
- цінні папери, що передбачають одержання доходу;
- цінні папери, що емітуються державою;
- права вимог до перестраховиків;
- довгострокові інвестиційні кредити (для резервів зі страхування життя).

З метою захисту страхувальників від невиконання страховиком своїх зобов'язань встановлюється державний контроль над інвестиційною діяльністю.

Директивами Європейського Союзу встановлені розміри обсягів інвестицій страхових резервів, а саме:

- вкладення в нерухомість — щонайбільше 10 % загального обсягу резервів за кожним об'єктом;
- вкладення в акції, які котируються, і гарантовані кредити — щонайбільше 10 % резервів за кожним видом зазначених вкладів;
- в акції, що не котируються, — щонайбільше 10 % сукупності вкладень;
- у готівку — щонайбільше 3 % загальної суми резервів.

Положенням про порядок формування, розміщення та обліку страхових резервів з видів страхування, відмінних від страхування життя, визначений розмір окремих категорій активів, які беруться для представлення технічних резервів і обліковуються як розміщення технічних резервів в обмежених обсягах.

З розвитком страхового ринку, збільшенням обсягів страхових операцій, насамперед зі страхування життя, збільшенням розміру страхових резервів та власних коштів страховика підвищується роль страхової системи в інвестиційному процесі нашої держави. Проте обсяг коштів, акумульованих страховиками, на відміну від банківських ще малий. Це відбувається тому, що розмір статутних фондів страхових компаній значно менший від розміру таких самих фондів банків.

Зростання продажу страхових послуг сприятиме збільшенню інвестування. Передумова цього полягає в тому, що витрати на придбання страхової послуги дозволено включати в собівартість продукції (послуг). Фізичним особам слід було б надавати податкові пільги.

Надходження інвестиційних ресурсів страховика у сфери, важливі для розвитку суспільства, мають бути відповідно обумовлені, а їх вкладення бути надійними як для страховика, так і для страхувальника.

4.4. Організаційно-економічні передумови розвитку медичного страхування в Україні

Як стверджують дослідники проблеми запровадження в Україні загальнообов'язкового соціального медичного страхування, перехід до нього повинен передбачати такі етапи:

- законодавче врегулювання кола платників страхових внесків та бази для їх нарахування, порядку збирання страхових внесків, їх розміру, обліку і розподілу, а також фінансової участі застрахованих осіб у формуванні страхового фонду;
- раціональна побудова мережі закладів охорони здоров'я і планування чисельності медичного персоналу відповідно до обсягів подання медичної допомоги;
- вибір показника для фінансування медичної допомоги з урахуванням певних вимог і насамперед його статистичної та нормативної забезпеченості;
- розрахунок тарифу на надання медичних послуг відповідно до затрат із використанням галузевих показників;
- розробка механізму розподілу коштів серед лікувально-профілактичних закладів різних форм власності залежно від обсягу складності та якості наданих послуг.

З огляду на зазначене основними є такі завдання впровадження страхової медицини в Україні:

- залучення до системи охорони здоров'я додаткових коштів для подання населенню медичної допомоги понад обсяг мінімальних державних гарантій;
- реальне забезпечення всім категоріям населення України гарантованого мінімуму медичної допомоги на безоплатній основі;
- ефективний розподіл та використання ресурсів і подолання структурних диспропорцій у сфері охорони здоров'я;
- підвищення рівня керованості галуззю.

Важливим практичним питанням у процесі запровадження медичного страхування в Україні є також вибір його моделі. Як стверджують автори колективної монографії “Панорама охорони здоров'я населення України”, для України з урахуванням її специфіки найкращою є соціально орієнтована модель (рис. 4.4).



Рис. 4.4. Характеристика моделей медичного страхування

На думку окремих вчених (зокрема, А. В. Підаєва, Ю. В. Поляченко та В. І. Євсєєва), проблема вибору між цими моделями така важлива як для сучасного, так і перспективного розвитку охорони здоров'я, що виправданими є будь-які зусилля, спрямовані на те, щоб кожна людина, кожний медичний працівник могли чітко визначитися, яку модель медичного страхування краще обрати, маючи можливість порівняти їх.

Підсумовуючи сказане, правомірним є висновок про те, що перехід до медичного страхування в Україні — складна й багатогранна проблема, що уможливить закладення нових засад економіки охорони здоров'я. Уведення медичного страхування має започаткувати реформу охорони здоров'я як цілеспрямований, динамічний і сталий процес, який забезпечить здійснення

системних структурних змін в інтересах задоволення потреб населення в медичній допомозі.

До основних належать такі пропозиції з розв'язання проблеми запровадження медичного страхування в Україні:

- впорядкувати страхове законодавство загалом та окремі його положення і достосувати його до існуючих економічних реалій;
- відмінити непотрібні бар'єри, перепони та регулювання на ринку, що гальмують його розвиток та залучення іноземних інвестицій;
- обґрунтувати і досягти оптимальної структури між різними формами страхування;
- залучати кошти страхових фондів на потреби інвестиційних вкладень;
- здійснити інтеграцію страхування до європейських страхових структур;
- створити об'єднання страховиків з метою зміцнення їх фінансового становища та надійності щодо здійснення страхових операцій;
- залучити страховий ринок для вирішення питань соціальної політики держави;
- підвищити рівень капіталізації підприємств та висунути вимоги щодо наповнення статутних фондів реальними грошима для підвищення надійності страхових компаній;
- запровадити реальні заходи, які б знизили можливість для корупції та бюрократичних перепон, принаймні в галузі страхування;
- розвивати страхове брокерство і залучати до цього бізнесу професійні компанії;
- розробити ефективні механізми захисту інтересів страховальників.

4.5. Особливості оподаткування медичного страхування

4.5.1. Оподаткування страхових компаній

Законом України “Про оподаткування прибутку підприємств” від 22.05.97 № 283/97-ВР (зі змінами та доповненнями)

визначено, що облік операцій зі страхування фізичних осіб здійснюється страховиками окремо. Страхові резерви на покриття ризиків зі страхування життя формуються окремо зі страхових резервів з інших видів страхування і використовуються виключно на покриття ризиків зі страхування життя.

Наказом Комітету у справах нагляду за страховою діяльністю від 23 червня 1997 р. № 46 (zareestrovaniy u Ministerstvi yustitsii Ukraini 17.07.97 za № 262/2066) затверджено методику формування резервів зі страхування життя, де визначено перелік загальних вимог до умов укладення угод страхування життя. Так, згідно з цим документом страхові виплати здійснюються в таких випадках:

- смерті застрахованої особи;
- дожиття застрахованої особи до закінчення терміну дії договору страхування;
- досягнення застрахованою особою пенсійного віку (страхування додаткової пенсії) або віку, встановленого в договорі страхування;
- настання в житті застрахованої особи події, обумовленої в договорі страхування (взяття шлюбу, народження дитини, вступ до навчального закладу, смерть близького родича застрахованої особи — дружини, чоловіка, дітей, батьків).

Крім того, умови договору страхування життя можуть додатково передбачати обов'язок страховика здійснити страхові виплати в таких випадках:

- хвороби застрахованої особи;
- тимчасової непрацездатності застрахованої особи внаслідок нещасного випадку;
- стійкої непрацездатності (інвалідності) застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

Але Закон України “Про оподаткування прибутку підприємств” встановлює до операції страхування життя жорсткіші вимоги. Так, для цілей оподаткування згідно з пп. 7.2.4 цього Закону під операцією зі страхування життя фізичної особи слід розуміти операцію, що передбачає страхову виплату в таких страхових випадках:

- смерті застрахованої особи;
- рішення суду про оголошення застрахованої особи померлою;

- дожиття застрахованої особи до закінчення терміну дії договору страхування або досягнення нею віку, визначеного договором страхування. У цьому разі термін дії договору не може бути менший від 120 календарних місяців і передбачати часткові виплати до закінчення терміну його дії або настання страхового випадку.

І хоча методика формування резервів зі страхування життя прямо вказує на медичний аспект, але згідно із зазначеним пп. 7.2.4 та п. 7.2 ст. 7 Закону для цілей оподаткування колективне страхування фізичних осіб не передбачено вважати операцією зі страхування життя фізичної особи, тобто слід обкладати податком за ставкою 3 %.

4.5.2. Оподаткування страхувальника

Для колективної форми страхування характерно, що страхові платежі сплачуються за рахунок коштів підприємств та організацій з прибутку, який залишається в їх розпорядженні, що встановлено податковим законодавством.

Як наслідок фізична особа — працівник підприємства отримує додаткові соціальні блага, і сума страхового внеску додатково підлягає оподаткуванню прибутковим податком згідно зі ст. 8 Декрету Кабінету міністрів України “Про прибутковий податок з громадян” від 26.12.92 № 13-92.

При індивідуальній формі страхування джерелом сплати страхових внесків є доходи окремих громадян.

4.5.3. Оподаткування лікувального закладу

Для закладів охорони здоров'я здійснення послуг з медичного обслуговування застрахованих громадян є однією з форм надання платних медичних послуг населенню, які виконуються на підставі угод подання медичної допомоги та лікування застрахованих осіб. Зрозуміло, що за зазначену діяльність медичні заклади отримують грошову компенсацію від страхової компанії в розмірі страхового відшкодування, визначеному відповідно до договорів страхування, укладених страховиком і підприємством або фізичною особою.

З урахуванням зазначеного одержані закладами охорони здоров'я доходи за надання платних медичних послуг застрахованим громадянам оподатковуються на загальних підставах відповідно до Закону України “Про оподаткування прибутку підприємств”. Цей Закон передбачає, що коли неприбуткові організації (а більшість лікувальних закладів поки що мають статус неприбуткових організацій) отримують дохід з інших джерел, ніж визначені в пп. 7.11.2 та п. 7.11 ст. 7 цього Закону, вони зобов'язані сплатити податок на прибуток, який визначається як сума доходів, отриманих з інших джерел, зменшена на суму витрат, пов'язаних з отриманням таких доходів, але не більше суми таких доходів. Крім того, при визначенні сум оподаткованого прибутку, одержаних з інших джерел, сума амортизаційних відрахувань не враховується.

Список використаної літератури

1. Закон України “Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування” (проект).
2. *Бойчук В.* Державне управління Буковиною у складі Австро-Угорської держави кінця XIX — початку XX ст. як перший етап євроінтеграції в історії України // Ефективність державного управління в контексті глобалізації та євроінтеграції: Матер. наук.-практ. конф. / За ред. В. І. Лугового, В. М. Князева. — К.: Вид-во НАДУ, 2003. — Т. 1. — С. 229–232.
3. *Державна політика та економіка охорони здоров'я: Практикум* / М. Білицька, В. Григорович, Л. Жаліло та ін.; За заг. ред. І. Розпуненка, І. Солоненка. — К.: К. І. С., 2002. — 216 с.
4. *Ермилов В. С.* Медицинское страхование в Южной Украине (1890 — 1930-е годы) / Под ред. проф. Б. П. Крыштопы. — Николаев: МП “Возможности Киммерии”, 1997. — 218 с.
5. *Экономика и организация медицинского страхования: Учебник.* — Хабаровск, 1995. — 278 с.
6. *Крутик А. В., Никитина Т. В.* Организация страхового дела: Учеб. пособие. — СПб.: Бизнес-пресса, 1999. — 308 с.

7. *Москаленко В. Ф.* Основні здобутки у сфері охорони здоров'я за роки незалежності України // Охорона здоров'я України. — 2001. — № 3. — С. 4–12.
8. *Москаленко В. Ф., Пономаренко В. М.* Реформа системи охорони здоров'я України // Військова медицина України. — 2001. — № 2. — Т. 1. — С. 121–126.
9. *Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я (Огляд літератури) / Б. В. Панов, О. О. Свірський, О. Ф. Дзигал та ін. // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 4. — С. 85–89.*
10. *Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко та ін. — К.: Здоров'я, 2003. — С. 13–28; 147–150.*
11. *Радиш Я. Ф.* Основи менеджменту: Метод. рекомендації та курс лекцій. — К., 1997 (Модель роботи медичної служби в умовах державного страхування військовослужбовців та медичного страхування населення).
12. *Радиш Я. Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Моногр. / Передмова і заг. ред. проф. Н. Р. Нижник. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.
13. *Рудень В. В.* Страхова медицина і медичне страхування: Навч. посіб. — Л.: Обласна книжкова друкарня, 1999. — 304 с.
14. *Салтман Р. Б., Фигейрас Дж.* Реформи системи здравоохоронення в Європе. Аналіз сучасних стратегій: Пер. с англ. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — 432 с.
15. *Скуратівський В. А., Палій О. М., Лібанова Е. М.* Соціальна політика. — К.: Вид-во УАДУ, 2003. — 364 с.
16. *Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.*
17. *Справочник по страховому бізнесу / Под ред. проф. Э. А. Уткина. — М.: Тандем; Экмос, 1998. — 416 с.*
18. *Страхові послуги: Навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. / За заг. ред. Т. М. Артюх. — К.: Вид-во КНЕУ, 2000 — 124 с.*

19. *Страховое дело в вопросах и ответах: Учеб. пособие для студ. экон. вузов и колледж. Сер. "Учебники, учебные пособия"* / Сост. М. И. Басомов. — Ростов н/Д: Феникс, 1999. — 576 с.
20. *Страхування: Навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. / О. О. Гаманкова, Г. М. Артюх, С. В. Горянська та ін.; За заг. ред. О. О. Гаманкової.* — К.: Вид-во КНЕУ, 2000. — 120 с.
21. *Таркуцяк А. О.* Страхування: Навч. посіб. — К.: Вид-во Європ. ун-ту фінансів, інформ. систем менеджменту і бізнесу, 2000. — 116 с.
22. *Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я / Кол. авт.; Упор. М. П. Бойчак, Я. Ф. Радиш; Передмова та заг. ред. В. Я. Білого, Б. П. Криштопи.* — К.: Преса України, 2001. — 240 с.
23. *Тыченко-Соломко И.* Здоровье за деньги // Корреспондент. — 2004. — № 9. — С. 32–40.
24. *Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я України: нові законодавчі ініціативи: Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. 27 лютого 2004 р.* — К., 2004. — 256 с.
25. *Шутов М. М.* Экономические основы рыночного здравоохранения: Моногр. — Донецк: ВИК, 2002. — 296 с.

МАУП

5. Застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я

В умовах напруження та обмежень за всіма видами ресурсів охорони здоров'я лише один з них найцінніший та найдинамічніший — інформаційний — постійно зростає доволі високими темпами.

У сфері охорони здоров'я створено потужну мережу інформаційних структур, орієнтованих як на медичних працівників, так і на населення; технологічний і технічний базис інформатизації.

Серед причин, що змушують запроваджувати засоби інформатизації, основними є такі:

- лікарям необхідно заповнювати велику кількість облікової документації під час лікувального процесу і формувати звітні форми;
- середньому медичному персоналу щоденно необхідно розбиратись у записах та призначеннях лікаря, зроблених поспіхом та недбало;
- взаємодія між лікарями різних спеціальностей здійснюється на рівні побажань;
- лікар під час роботи з пацієнтом за обмеженням часу при заповненні облікового медичного документа користується тільки короткими записами та діагнозами;
- контроль лікування захворювання здійснюється в ретроспективному плані. Більшість помилок при обстеженні пацієнта, встановленні заключного діагнозу та лікуванні виявляється тільки після його виписування.

Загалом використання інформаційних ресурсів на основі комп'ютерних та комунікаційних технологій є каталізатором науково-технічного прогресу галузі. Реформи в галузі повинні базуватися на інформатизації.

Інформатизація — це реалізація комплексу заходів, спрямованих на забезпечення повного та своєчасного використання достовірних знань в усіх суспільно значущих видах людської діяльності.

Системоутворювальним елементом при розвитку сфери охорони здоров'я повинна стати **інформація** — сукупність знань про фактичні дані та залежності між ними. Таким чином, інфор-

мацію можна розглядати як сукупність раніше невідомих, отриманих у процесі переробки даних відомостей, що розкривають зміст спостережуваних явищ.

В основі інформації завжди перебувають дані.

Дані — це те, що подано числами, символами та словами, отриманими в результаті прямого спостереження процесу або об'єкта, тобто те, що фіксується в документах, передається засобами зв'язку, обробляється на комп'ютері, але не залежить від змісту [14].

Як зазначає вітчизняний вчений М. Згуровський [6], сучасному суспільству притаманний “інформаційний вибух”, що постійно зростає. Лише у 2005 р. світове співтовариство виробило понад 20000 петабайтів (10^{15}) інформації наукового, економічного, політичного та іншого характеру. Приблизно такий самий обсяг був напрацьований людством за всю історію до Другої світової війни. Слід зважати й на те, що кожні 5 років відбувається подвоєння кількості документів. Що ж до наукових публікацій, то характер збільшення їх кількості оцінив Ю. П. Лісіцин (1998 р.) [2]. Він зазначив, що збирання і нагромадження науково-технічної інформації відбувається майже в математичній прогресії: якщо на початку сторіччя її обсяг збільшився приблизно вдвічі за 40 років, то в наступні роки вона подвоювалася спочатку через 30, потім 25, а останніми роками — через 10 років.

При цьому зауважимо, що дані не можуть бути надлишковими. Водночас інформація може бути надлишковою.

Надлишкова інформація — це відомості, вже відомі одержувачу інформації. Одержувачем інформації може бути лікар, організація, комп'ютер тощо. Надлишкова інформація формується з дублюючої та повторної інформації.

Процес інформатизації медичної галузі не може відбуватися без відповідної правової підтримки. Це зумовлено багатьма факторами і насамперед необхідністю захистити права пацієнта та медичного працівника.

Нині в Україні діє низка законодавчих актів, які регламентують впровадження інформаційних технологій у практику охорони здоров'я.

Нормативно-правова база інформатизації охорони здоров'я складається із законів України, Указів Президента України, Постанов Кабінету Міністрів України, наказів МОЗ України та ін.

Наведемо основні з них.

Заколи України:

- “Про Національну програму інформатизації” від 04.02.98 № 74/98-ВР (із змінами, внесеними згідно із Законом України від 13.09.01 № 2684-III);
- “Про Концепцію Національної програми інформатизації” від 04.02.98 № 75/98-ВР;
- “Про інформацію” від 21.12.93 (із змінами, внесеними згідно із законами України від 20.10.98 № 193-XIV та від 06.04.2000 № 1642-III);
- “Про електронні документи та електронний документообіг” від 22.05.03 № 851-IV;
- “Про електронний цифровий підпис” від 22.05.03 № 852-IV;
- “Про телекомунікації” від 18.11.03 № 1280-IV.

Укази Президента України:

- “Про заходи щодо розвитку національної складової глобальної інформаційної мережі Інтернет та забезпечення широкого доступу до цієї мережі в Україні” від 31.07.2000 № 928/2000;
- «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 19 липня 2001 року “Про заходи щодо захисту національних інтересів в галузі зв’язку та телекомунікацій”» від 23.08.01 № 731/2001;
- “Про деякі заходи щодо захисту державних інформаційних ресурсів у мережах передачі даних” від 24.09.01 № 891/2001.

Постанова Верховної ради України “Про Рекомендації парламентських слухань з питань розвитку інформаційного суспільства в Україні” від 01.12.05 № 3175-IV.

Постанови Кабінету Міністрів України:

- “Про затвердження Положення про формування та виконання Національної програми інформатизації” від 31.08.98 № 352 (із змінами, внесеними згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 11.10.02 № 1510);
- “Про затвердження Порядку формування та виконання регіональної програми і проекту інформатизації” від 12.04.2000 № 644;

- “Про затвердження Порядку формування та виконання галузевої програми і проекту інформатизації” від 18.12.01 № 1702;
- “Про затвердження Порядку проведення експертизи Національної програми інформатизації та окремих її завдань (проектів)” від 25.07.02 № 1048;
- “Про затвердження Порядку взаємодії органів виконавчої влади з питань захисту державних інформаційних ресурсів в інформаційних та телекомунікаційних системах” від 16.11.02 № 1772;
- «Про заходи щодо створення електронної інформаційної системи “Електронний Уряд”» від 24.02.03 № 208;
- “Про затвердження Порядку використання комп’ютерних програм в органах виконавчої влади” від 10.09.03 № 1433;
- “Про затвердження Порядку легалізації комп’ютерних програм в органах виконавчої влади” від 04.03.04 № 253;
- “Про затвердження Положення про Національний реєстр електронних інформаційних ресурсів” від 17.03.04 № 326;
- “Про затвердження Державної програми інформатизації та комп’ютеризації вищих навчальних закладів I–II рівня акредитації на 2005–2008 роки” від 08.09.04 № 1182.

Розпорядження Кабінету Міністрів України:

- “Про затвердження Концепції формування системи електронних інформаційних ресурсів” від 05.05.03 № 259-р;
- “Про затвердження заходів і реалізації Концепції формування національних електронних ресурсів” від 31.12.03 № 828.

Накази МОЗ України:

- “Про створення національного реєстру України” від 22.01.96 № 10;
- “Про заходи щодо розвитку медичної статистики” від 12.12.97 № 348;
- “Про створення Єдиного інформаційного поля системи охорони здоров’я України” від 21.05.98 № 127;
- “Про упорядкування статистичної звітності в закладах та установах системи МОЗ України” від 30.06.98 № 180;
- “Про затвердження Програми реформування медичної статистики” від 05.10.98 № 292;

- “Про перехід органів і закладів охорони здоров’я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров’я Десятого перегляду” від 08.10.98 № 297;
- “Про затвердження Переліку конфіденційної інформації, що є власністю держави, в системі МОЗ України” від 09.06.99 № 143;
- “Про головну установу з питань інформатизації охорони здоров’я” від 13.07.99 № 166;
- “Про упорядкування ведення статистичної звітності і ліквідації незаконної звітності в установах та закладах охорони здоров’я” від 21.07.2000 № 172;
- «Щодо упорядкування впровадження в діяльність лікувально-профілактичних закладів програмних продуктів типу “Поліклініка” та “Стаціонар”» від 05.05.03 № 147-Адм;
- “Про подальше вдосконалення служби медичної статистики системи МОЗ України” від 02.12.04 № 592;
- “Про запровадження ведення електронного варіанта облікових статистичних форм в лікувально-профілактичних закладах” від 05.07.05 № 330.

На цей час працює підкомітет № 53 “Медичні інформаційні стандарти” при Технічному комітеті “Інформаційні стандарти” Держспоживстандарту України.

5.1. Інформаційні системи в охороні здоров’я

В умовах сучасної ринкової економіки подання якісної медичної допомоги щодалі дорожчає. Проте існуючий бюджет охорони здоров’я не дає змоги в повному обсязі профінансувати ці витрати. Тому потребується пошук інших джерел і резервів фінансування для надання якісної медичної допомоги.

Саме економічною дезорієнтацією можна пояснити той парадоксальний факт, що система охорони здоров’я, десятиліттями не одержуючи достатніх та необхідних видатків, спрямовувала ці ресурси насамперед на будівництво нових медичних установ, розширення ліжкового фонду та збільшення чисельності випус-

кників медичних вищих навчальних закладів. Не виділялися належною мірою засоби на підтримку і модернізацію вже існуючих лікувальних закладів, що призводило до прискореного зношування основних фондів. Замість повноцінного ресурсного забезпечення кожного випадку подання медичної допомоги малі фінансові ресурси витрачалися на утримання всієї мережі медичних установ, що мала тенденцію до розширення. Це було можливо тільки за умов планової економіки, коли фінансування галузі здійснювалося без урахування її реальних потреб за залишковим принципом, але в умовах ринкової економіки можливості утримання мережі ЛПЗ були вичерпані, і система охорони здоров'я виявилася на грані розвалу.

Один з основних шляхів вирішення цієї проблеми — підвищення внутрішньої економічної ефективності діяльності ЛПЗ. Цілком очевидно, що нині ефективне управління в охороні здоров'я неможливе без вирішення керівником фінансово-економічних питань, оцінки рентабельності медичних установ, аналізу ціноутворення, собівартості й методів оплати медичних послуг. Ефективне використання ресурсів багато в чому залежить від правил, техніки та точності розрахунків, що відбивають технологію подання медичної допомоги. Реально управлінський облік можливий тільки з упровадженням у лікувально-діагностичний процес сучасних автоматизованих інформаційних технологій.

До того ж у сучасному медичному документообігу сформувалися реальні й чітко окреслені суперечності. Споконвічна орієнтованість на паперовий документообіг має два вагомих негативних наслідки. Перший полягає в такому. На всіх рівнях накопичується узагальнена інформація, яку можна опрацювати вручну. Так, в основу загальної медичної статистики стаціонарів і поліклінік покладено випадок абстрактного захворювання (обіг ліжка, кількість госпіталізованих, випадки поліклінічного обслуговування тощо), а не випадок захворювання якоїсь конкретної людини. Це уможливорює здійснення лише приблизного аналізу захворюваності й не дає змоги оцінити, наприклад, наступність лікувального процесу між лікувальними установами різних рівнів (поліклініка — стаціонар, центральна районна лікарня — обласна лікарня) і його ефективність, складність клі-

нічного випадку, необхідні та реальні обсяги медичної допомоги тощо.

На рівні управління установами охорони здоров'я накопичується та аналізується узагальнена звітність низової ланки. Цей підхід (принцип “інформаційної піраміди”), який є природним і загальноприйнятним в умовах паперового документообігу, повинен бути поставлений під сумнів в умовах наявної можливості програмного опрацювання інформаційних масивів практично необмеженого обсягу. Підтвердженням його неспроможності є той факт, що “згори” постійно “надходять” запити про надання даних, що не увійшли в затверджену звітність. При цьому не враховується, що на виконання цих запитів витрачаються практично неоціненні людино-години, які легко компенсуються тоді, коли ті самі запити виконуються в одному місці та в усьому масиві опрацьовуваної інформації.

Другий недолік є наслідком першого. Не накопичується і, отже, не опрацьовується інформація, збирання і опрацювання якої в “паперових умовах” неможливі або трудомісткі. Так, на рівні лікувальної установи основою статистичного обліку захворюваності є МКХ-10, що мало співвідноситься з клінічними діагнозами. Загального довідника клінічних діагнозів не існує незважаючи на очевидну можливість його створення й формального опису діагнозів у вигляді деревоподібної структури. Немає й загального довідника ускладнень, мало того, у стандартній історії хвороби вони взагалі не враховуються. Не існує також загального довідника оперативних втручань, як і єдиних критеріїв оцінки якості лікувально-діагностичного процесу, необхідних для аналізу його ефективності.

Нині в закладах охорони здоров'я України згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я України ведеться понад 400 облікових форм, які супроводжують буквально кожен дію лікаря. Справді, документування лікувально-діагностичного процесу є необхідною складовою загальнішого процесу подання медичної допомоги пацієнтові з метою збереження лікарського досвіду з одного боку, контролю якості подання такої допомоги — з іншого і фіксації дій лікаря, пов'язаних з життям і здоров'ям пацієнта для подальшої юридичної підтримки, — з третього.

Природно, що застосування інформаційних технологій повинно істотно спростити роботу з такою кількістю документів,

надати можливість лікареві більше часу приділяти роботі з пацієнтом. Адже нині лікар на роботу з документацією витрачає щонайменше 55 % робочого часу.

Діяльність будь-якої медичної установи може додаватися в термінах документообігу, тобто руху, реєстрації, змін змісту і контролю виконання документів. Завдання підтримки документообігу в ЛПЗ полягає у структуруванні інформаційних потоків підприємства, що супроводжуються рухом документів, їх оптимізації та автоматизації. Зазначена послідовність дій є принциповою, оскільки автоматизація роботи з документами в умовах їх безладного породження та проходження тільки утруднить управління ЛПЗ.

Досліджуючи документообіг, окремо слід розглянути питання про поняття власне документа. Велике поширення персональних комп'ютерів, а згодом й Інтернет-технологій видозмінили це спочатку інтуїтивне для більшості людей поняття. Нині документом називається й файл, створений текстовим редактором типу Word, і конкретна розміщена на Web-сайті html-сторінка. Парадокс полягає в тому, що “докомп'ютерне” побутове, інтуїтивне розуміння терміна “документ” набагато виразніше відбиває його сутність у контексті проблеми оптимізації документообігу, ніж пізніше його тлумачення. У подальшому під **документом** розумітимемо набір даних або фактів, перенесених на носій інформації і позначений певними ідентифікаторами, що однозначно визначають його та здебільшого унеможливають підробку/копіювання.

Документообіг будь-якої організації складається зі специфічної та неспецифічної складових. Неспецифічний документообіг приблизно однаковий в усіх установах — і в районній лікарні, і в управлінні охорони здоров'я, де перебувають в обігу такі документи, як заяви про прийняття на роботу та надання відпусток, службові записки, протоколи нарад, картки співробітників, накази перших осіб та ін. Інформаційні технології підтримки неспецифічного документообігу широко репрезентовані на ринку у вигляді численних програмних продуктів вітчизняних та зарубіжних фірм. Специфічний документообіг відбиває процеси підприємства, що безпосередньо пов'язані з наданням медичних послуг тільки конкретним типом медичного закладу, і тому за-

соби його автоматизації не можуть збігатися для міської поліклініки, стаціонару чи клініки науково-дослідного інституту медичного профілю. Специфічний документообіг ЛПЗ на рівні існування спеціалізованих програмних продуктів нині підтримується набагато менше, ніж неспецифічний, що пов'язано зі складністю предметного середовища, а також практичною відсутністю прибуткового ринку. Остання обставина жодною мірою не зменшує виняткової важливості впровадження сучасних технологій підтримки медичного документообігу, позаяк документи були й залишаються головним носієм клінічно значущої інформації в лікувальному закладі.

Необхідним результатом впровадження технологій підтримки документообігу є така модель роботи з документами, що надає одну або кілька з наведених далі можливостей:

- автоматизацію створення і/або руху документів всередині кожного підрозділу або організації;
- централізовану реєстрацію і контроль документів, що функціонують в усіх підрозділах або організаціях незалежно від їх адміністративного поділу;
- наскрізне діловодство, при якому система відслідковує рух документа не тільки в межах однієї організації, а й між усіма організаціями (наприклад, у межах галузі).

Основним бізнес-процесом у ЛПЗ є робота з пацієнтом. У термінах організації охорони здоров'я йому відповідає поняття “випадок”. З позицій фахівця з технологій документообігу “випадок” — це ведення облікового документа “Історія хвороби”.

Історія хвороби в широкому розумінні — збірне поняття, що охоплює не тільки картку пацієнта, що лікується стаціонарно або амбулаторно, а й усі супутні документи (як офіційні, так і неофіційні), а точніше, інформацію з них (наприклад, облікові форми, що фіксують диспансерних хворих, роботу лікаря, рух пацієнта у стаціонарі).

В умовах медичної установи створюється багато різних документів у межах первинного облікового документа (картка амбулаторного хворого, картка стаціонарного хворого, картка розвитку дитини та ін.).

Крім того, у будь-якій медичній установі відбуваються й інші технологічні процеси, без яких неможливе здійснення основної

функції закладу — подання медичної допомоги. Ці процеси при-
таманні кожному підприємству незалежно від форми власності
чи галузевої належності. До них належать, зокрема, бухгал-
терський облік, планова діяльність роботи з кадрами, матеріаль-
но-технічне забезпечення. Особливе значення має медична ста-
тистика, яка безпосередньо пов'язана з усіма технологіями, що
функціонують у медичному закладі. Тому при створенні медич-
них інформаційних систем необхідно враховувати можливість
їх взаємозв'язку незважаючи на те, коли вони реалізовувати-
муться. Ось чому автоматизація створення бази документів зу-
мовлюється тим, що при створенні нового документа вносяться
нові дані, але існує також деяка кількість інформації, що вже
міститься в базі документів. Цю інформацію можна використати
в новому документі. Таким чином, при створенні документа
нові дані поповнюють базу, а дані з бази наповнюють документ.

Як приклад можна розглянути реєстрацію пацієнта в ЛПЗ.
Коли пацієнт потрапляє до приймального відділення, його пас-
портні дані необхідно ввести в базу даних ЛПЗ. Якщо цей па-
цієнт перебував у ЛПЗ раніше, про нього вже є запис у базі да-
них, і його паспортні дані можна ввести автоматично, а також
знайти історію попередніх звертань за медичною допомогою.

Зазвичай документи передаються однією людиною іншим. Це
послідовне ходіння, оскільки документ повинен переміщувати-
ся фізично. У цьому разі дуже важко визначити, де перебуває
документ у цей момент і хто з ним працює.

В умовах автоматизації обігу документів усі зацікавлені ко-
ристувачі працюють із документом одночасно, фізично не пере-
міщуючись та вносячи в нього зміни та доповнення. Документ, а
точніше інформація з нього доступна кожному і завжди. Будь-
яка зацікавлена людина (яка має дозвіл для роботи з медичними
документами) може працювати з цим документом.

Таким чином, в умовах медичної установи формується вели-
ка кількість різних документів, пов'язаних з первинним обліко-
вим документом. Часто в таких документах дані повторюються.

Завдання системи — усунути дублювання даних і звести до
нуля їх повторне введення, а також скласти загальну картину
про пацієнта, його захворювання, методи лікування, клінічні
відомості, а також супутню інформацію. Усі ці дані необхідно

зібрати в одному місці для швидкого пошуку, доступу до них і прийняття відповідних рішень.

Так з'являється електронний медичний запис (ЕМЗ), що містить усі дані про пацієнта і уможливорює допомогу не тільки під час лікування пацієнта, а й у процесі управління ЛПЗ, оскільки з такої історії хвороби можна одержати відомості про ресурси, що були витрачені на пацієнта.

Дані про пацієнта фізично містяться в різних документах, кожний з яких надається за запитом. Так, карта стаціонарного хворого буде сформована за місцем його госпіталізації, і в більшості випадків залишиться в цьому закладі назавжди. Виписний епікриз передається з ЛПЗ, де пацієнт перебував на стаціонарному лікуванні, до іншого ЛПЗ, де пацієнт одержуватиме додаткові медичні послуги (наприклад, до поліклініки за місцем проживання або до сімейного лікаря). Довідка надається за місцем роботи, навчання тощо. Звітні документи подаватимуться до контролюючих органів управління охороною здоров'я, якими в Україні є установи медичної статистики різного рівня. За такої схеми руху інформації, можливо, через її щоденність, поза увагою часто залишається вагомий і неперервний недолік — дані, що перенесені в один документ, стають недоступними одержувачам інших документів як у цей момент, так і в майбутньому. З метою усунення цього недоліку необхідно додержувати певних принципів наскрізності руху інформації, основними з яких є такі:

- доступ до даних, що не залежить від їх місцезнаходження;
- ретельне зберігання складної та малоформалізованої інформації;
- швидка адаптація до постійно мінливих робочих потоків;
- доступ до різнотипних джерел даних;
- ефективний механізм розподілу доступу до даних.

Для розв'язання зазначених та багатьох інших завдань оптимізації діяльності медичного закладу і управління ним необхідно застосовувати інформаційні системи.

Історично склалося так, що в медицині вітчизняні автоматизовані комп'ютерні системи розвивалися в кількох напрямках:

- розробка спеціалізованого програмного забезпечення для допомоги лікарям у прийнятті рішень (експертні системи);
- розробка АРМ окремих фахівців;

- створення автоматизованої історії хвороби і амбулаторної карти;
- створення програмних засобів для збирання, зберігання статистичної медичної інформації та підготовки відповідних звітів.

З початком масового поширення персональних комп'ютерів (в Україні — на початку 90-х років) процес комп'ютеризації лікарень та інших лікувальних установ мав некерований характер. Так само неконтрольованими були розробка і впровадження спеціалізованих АРМ лікарів. Практично в усіх медичних установах для власних потреб розроблялися численні АРМ діагностів, клініцистів, фармацевтів, медичних реєстраторів, статистиків та інших, що згодом потрапляли на ринок програмних засобів і пропонувалися для широкого застосування. Навіть в одній лікарні для різних відділень створювались або купувались різні несумісні автоматизовані системи, які, безумовно, полегшували працю окремих фахівців, але не мали значного ефекту для установи загалом. Деякі з таких АРМ, що були здебільшого розроблені програмістами або ентузіастами всередині ЛПЗ, продовжують працювати й нині. Інші автоматизовані системи поступово припинили використовувати у зв'язку зі змінами технології роботи і відсутністю підтримки з боку розробників, що неминуче супроводжувалося великими фінансовими втратами. Цей період можна охарактеризувати як час “дикої” автоматизації. Замість того, щоб давати користь, вона відлякувала користувачів, завжала роботі, а у людей почав формуватися стереотип про медичну інформаційну систему як громіздкий, надто складний і мало-ефективний продукт комп'ютерів і програмного забезпечення.

Лише з кінця 90-х років й особливо нині дедалі актуальнішим стає централізований підхід до автоматизації. До його принципів переваг належать такі:

- підтримка державою;
- потужні бази даних для постачання під ключ до будь-якої медичної установи;
- розвинені механізми обміну інформацією між користувачами;
- масштабування;
- зручний графічний інтерфейс;

- відповідність світовим стандартам;
- доступна ціна.

Типова інформаційна система виконує такий комплекс функцій [11]:

- введення документів (з паперу або в електронному вигляді);
- зберігання цих документів;
- пошук за запитом (як встановленими, так і незапланованими);
- редагування операторами;
- створення вихідних документів (на папері або в електронному вигляді).

Існують різні способи реалізації зазначених функцій.

1. Введення документів спеціалізованими засобами (сканування і розпізнавання паперових документів, розмічання за реквізитами електронних неструктурованих документів) з подальшим експортуванням до будь-якого загальноприйнятого формату (CSV, DBF та ін.). Після цього файли імпортуються з формату до внутрішньої структури СУБД.

2. Зберігання і пошук даних засобами СУБД (найчастіше реляційної).

3. Редагування створеними спеціально для відповідної системи засобами, тісно пов'язаними з конкретною СУБД.

4. Формування вихідних документів у два етапи: виконання запиту до бази даних і заповнення за отриманими даними вихідних форм.

На різних етапах документ має різний вигляд (файл у форматі CSV, DBF та ін.; внутрішнє відображення СУБД; внутрішнє відображення редактора; внутрішні структури підсистеми вихідних документів) і робота з ним виконується за допомогою різних механізмів.

Для реалізації та багаторазового використання принципу одноразового введення даних, застосовується уніфіковане рішення, що базується на єдиному зображенні документа.

Життєвий цикл документа всередині інформаційної системи можна подати в такий спосіб: у системі існує кілька типів документів. У процесі життєвого циклу документ створюється, перетворюється з одного типу на інший, стає базою для створення нових документів і, зрештою, знищується.

Доцільно так уніфікувати зображення документа, щоб на всіх етапах життєвого циклу робота з ним виконувалась одноманітно. Це уможливить вирішення перетворень, що найчастіше зустрічаються, для повторного використання в інших інформаційних блоках. Найчастіше зустрічаються такі перетворення:

- підсистема введення та подання результатів розпізнавання паперових документів;
- редактор структурованих документів — формат даних, що подаються для редагування;
- підсистема пошуку — зображення знайдених документів;
- підсистема виводу — формат вхідних документів для генератора звітів.

Таким чином, документ — це безліч об'єктів, пов'язаних з одним виділеним об'єктом — кореневим.

Як зазначалося, у процесі життєвого циклу документ відображується різними способами, до яких належать файл у різних форматах; внутрішнє відображення конкретної СУБД; внутрішнє відображення редактора; внутрішні структури підсистеми вихідних документів.

Уніфікований доступ до документів передбачає виконання лише таких завдань:

- створення документів із зовнішніх джерел (оптичне розпізнавання текстів і форм, структуризація даних, наприклад, рубрикація, тощо);
- зберігання документів у сучасних базах даних;
- пошук документів;
- редагування документів засобами редакторів;
- створення вихідних документів, зокрема звітів.

Найважливішим моментом у будь-якій інформаційній системі є зберігання документів у базі даних. До основних характеристик належать швидкість виконання запитів і загальна місткість СУБД.

5.2. Структура медичної інформаційної системи

Як засвідчує досвід вітчизняних та зарубіжних розробників, найдоцільніше впровадити багаторівневу модель медичної інформаційної системи.

Першим рівнем цієї системи є рівень робочої станції. При проектуванні системи на цьому рівні визначаються параметри комп'ютера робочої станції — рекомендовані мінімальні технічні характеристики (процесор, обсяг оперативної та постійної пам'яті тощо). На цьому ж рівні задаються ергономічні вимоги до комп'ютера, позаяк робота з ним безпосередньо впливає на здоров'я користувача. Список підтримуваних операційних систем (ОС) залежить від ступеня мультиплатформеності інформаційної системи. Тому на рішення про використання певної ОС впливає також спеціальність користувача. До основних належать такі фактори вибору ОС для робочих станцій користувачів:

- надійність;
- доступність використання;
- легкість освоєння;
- ціна;
- зручність адміністрування (значущість цього фактора підвищується зі збільшенням кількості клієнтів у мережі).

Багато уваги при розробці медичних інформаційних систем приділяється *захисту та безпеці медичної інформації*.

Уся інформація, що збирається упродовж життя пацієнта, поділяється за доступом до неї медичних працівників закладу охорони здоров'я. Цей процес регламентується спеціальним розділом медицини — деонтологією. Як зазначають окремі дослідники, медичні інформаційні системи вирізняються насамперед тим, що в них зберігається і обробляється інформація, яка всебічно визначає соціальний статус людини, а це зумовлює особливу форму відносин між тими, хто її формує і використовує. Отже, як впливає, поряд з підвищеними вимогами до вірогідності інформації повинні накладатися моральні обмеження на доступ до неї і покладатися юридична відповідальність на осіб, що її надають. На будь-якого медичного працівника покладається повна відповідальність (моральна, адміністративна та кримінальна) за конфіденційність інформації, до якої він одержує доступ у процесі професійної діяльності.

За даними численних зарубіжних досліджень найважливіші причини встановлення системи безпеки такі: випадкові або навмисні дії зареєстрованих користувачів інформаційних систем. Для захисту від цього застосовуються електронні картки, автоматичне блокування робочих станцій, ліміт на робочий час, про-

тягом якого користувач може одержати доступ до системи, регулярні зміни паролів тощо.

Другими за ступенем небезпеки є комп'ютерні віруси. Основні способи боротьби з ними — повна заборона використання неперевіраних дискет, компакт-дисків або інших носіїв інформації, Інтернет або неперевіреної електронної пошти на робочих станціях системи, сучасних антивірусів і постійне їх відновлення.

Мережі передавання даних можуть застосовуватися з метою перехоплення або модифікації даних, заповнення мережі помилковими пакетами інформації та інших дій, спрямованих на вихід з ладу мережевого устаткування або серверів. Охорона територій, на яких розміщуються засоби зв'язку (інформаційний кабель, підсилювачі сигналу — репітери тощо), дуже важлива.

Використовуються також апаратні методи захисту комп'ютерів та їх мереж, зокрема брандмауери (міжмережеві екрани), проху-сервери, smart-карти та ін. З огляду на зазначене доходимо висновку, що підсистеми безпеки медичних інформаційних систем повинні містити такі функції:

- засоби розподілу прав доступу, що гарантують можливість одержання доступу тільки до тієї інформації та програм, які необхідні для виконання функціональних обов'язків. При цьому в усіх взаємодіях “користувач — система — інформатор” роль координатора виконує адміністратор системи, що має максимально можливі права доступу. Головне з них — можливість надавати або обмежувати доступ усіх інших користувачів та працівників до системи;
- засоби протоколювання використання бази даних, що уможлиблює чіткий контроль доступу до ресурсів МІС, спроб несанкціонованих дій або перевищення користувачами своїх прав;
- засоби шифрування та кодування бази даних і мережевого графіка; це гарантує, що у процесі передавання інформації каналами зв'язку в разі її перехоплення вона не зможе бути прочитана “зловмисником”;
- засоби приховування коду додатків МІС, що гарантує уникнення спроби читання коду додатків інформаційної системи. Ця необхідність впливає з міркувань, що під час аналізу вихідного коду можуть бути виявлені слабкі місця

в системі безпеки, якими “зловмисник” зможе скористатися.

Швидкий розвиток інформаційних технологій у сфері охорони здоров’я зумовив уніфікацію системи передавання та відображення медичної інформації. Саме тому почали застосовуватися *медичні інформаційні стандарти*. У міру розвитку інформаційних технологій структура даних історії хвороби так само змінювалась. Поки основним завданням залишалась автоматизація медичних установ, структура даних історії хвороби мала вигляд “електронної історії хвороби”. Така структура даних автоматично повторювала звичайний підхід паперового документообігу, коли для кожного пацієнта ведеться окрема історія хвороби в кожній установі й навіть у кожному відділенні, куди він звертався упродовж свого життя. Проте розвиток територіальних і національних мереж передавання інформації зумовив те, що замість “електронної історії хвороби” було запропоновано інтегрований підхід. Це означало, що лікар може отримати як окрему, так і узагальнену інформацію за даними про стан здоров’я пацієнта та процес його лікування, що зібрана групою взаємопов’язаних медичних установ. Така історія хвороби дістала назву “комп’ютеризованої історії хвороби”.

Для ефективної взаємодії встановлених у різних медичних закладах систем ведення комп’ютеризованих історій хвороби необхідна уніфікована мова спілкування (мова професійного спілкування), яка б відіграла в медичних комп’ютерних системах таку саму роль, як свого часу латинь для лікарів. У 1986 р. Національна медична бібліотека США почала розробку Уніфікованої системи медичної мови — UMLS. Основне її завдання полягало в поліпшенні можливостей пошуку біомедичної інформації і забезпеченні інтеграції різних інформаційних систем, включаючи системи ведення електронних історій хвороб, бібліографічні, експертні та фактографічні бази даних. Як результат роботи над системою UMLS було розроблено три джерела знань: метатезаурус; лексикон SPECIALIST; семантичну мережу (зв’язок). Метатезаурус забезпечує синонімічний зв’язок різних термінів, узятих з величезної кількості медичних словників, включаючи неангломовні. Лексикон SPECIALIST містить синтаксичну інформацію про побудову багатьох термінів, слова-компоненти і низку англійських слів, яких немає в метатезау-

русі. Семантична мережа класифікує кожен концепцію, описує можливі зв'язки між концепціями, викликає доповнення, узагальнення, деталізацію тощо.

З позицій сучасності одним із компонентів такої мови повинна бути система кодування і класифікація медичних термінів, що містять словник і правила складання простих конструкцій мови. Іншими словами, для ефективного обміну між інформаційними системами і забезпечення якості передавання інформаційних продуктів потрібні стандарти на структуру, зміст і протоколи інформації, що передається. У цій сфері домінують дві системи стандартизації медичної термінології — SNOMED і RCC. Уніфікована система медичної мови UMLS є надбудовою над ними та іншими системами меншої масштабності.

Як правило, під стандартом розуміється зразок, нормативний документ, відхилятися від якого заборонено. Стандарт — це вимоги, які повинні виконуватись обов'язково. Проблеми виникають тоді, коли потрібно відповісти на питання, хто може формулювати такі документи, якими повинні бути вимоги до них і чи можливо ці вимоги виконати. Донедавна термін “стандарт” використовувався в медичній практиці доволі рідко. Стандарти, що з'явилися в сучасній медицині, необхідні для поліпшення інформаційного обміну в автоматизованих системах, що використовують мережеві технології.

Розглянемо два підходи стандартизації, які хоча й є взаємно суперечливими, проте альтернативними при розробці стандартів. У першому випадку стандарт може розроблятися на опис об'єкта як довершену систему, у другому — на вимоги до властивостей і характеристик об'єкта.

У різних країнах питання стандартизації комп'ютерних медичних систем вирішуються по-різному. Саме через це так багато медичних стандартів: ASCX12N, ASTM E31.11, DICOM, HL7, ASTM, ASCX12, IEEE/MEDIX, NCPDP SNOMED, RCC та ін. Як правило, стандарти називаються за групами (комітетами) та іншими некомерційними організаціями, що їх розробляють. Кожна група з розробки стандарту має специфікацію. Наприклад, ASCX12N — це зовнішні стандарти обміну електронних документів, ASTM E31.11 — стандарти обміну даними лабораторних тестів, IEEE P1157 — стандарти обміну медичними даними, DICOM — стандарти обміну зображень.

Отже, нині питання створення єдиних міжнародних стандартів є нагальним. Найвдаліші стандарти, що інтенсивно розвиваються, підтримуються такими виробниками медичної техніки, як Philips, Simens, Acuson. У багатьох країнах питання стандартизації обміну медичними даними вирішується глобально. Наприклад, у США в 1996 р. Американський національний інститут стандартів (ANSI) затвердив національний стандарт обміну медичними даними в електронному вигляді HL7 (Health Level 7).

Стандарт HL7 призначений для полегшення взаємодії комп'ютерних застосувань у медичних закладах та обміну зовнішніми даними. Основна його мета полягає в такій стандартизації обміну даними між медичними комп'ютерними застосуваннями, за якої виключена або значно зменшується потреба в розробці та реалізації специфічних програмних інтерфейсів, необхідних тоді, коли немає стандарту. Крім того, мета HL7 — підтримувати електронний обмін інформацією між медичними закладами при використанні великої кількості комунікаційних середовищ. Характерна ознака стандарту HL7 — це стандартизація обміну даними, а не прикладних систем, що здійснюють цей обмін. У свою чергу, це означає, що методи використання цього стандарту різними медичними установами можуть істотно різнитися. Першу версію стандарту HL7 було розроблено ще 1987 року. Нині популярна у США версія 2.2, а версія 2.3 широко дискутується. Стандарт HL7 використовується не лише у США, а й в Австралії, Австрії, Англії, Німеччині, Ізраїлі, Канаді, Японії та інших країнах.

Іншим стандартом, що інтенсивно розвивається в медицині, є DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine — числові зображення і обмін ними в медицині). Першу версію цього стандарту було розроблено в 1985 р. Американським Коледжем радіології і Національною асоціацією виробників електронного обладнання. DICOM — це індустріальний стандарт для передавання радіологічних зображень та іншої медичної інформації між комп'ютерами, що використовують стандарт OSI, розроблений міжнародною організацією стандартів ISO (International Standards Organization).

Стандарт DICOM використовує “паспортні” дані пацієнта, умови виконання дослідження, положення пацієнта під час отримання зображення, для того, щоб потім можливо було здійс-

нити медичну інтерпретацію цього зображення. Цей стандарт дає змогу користуватися цифровим зв'язком між різними діагностичним і терапевтичним обладнанням, що виготовляється різними виробниками. Робочі станції, магнітно-резонансні томографи, мікроскопи, УЗ-сканери, спільні архіви, хост-комп'ютери і мейнфрейми різних виробників розміщуються в одному або кількох місцях, можуть "спілкуватися" на базі DICOM з використанням відкритих мереж за стандартними протоколами, наприклад, TCP/IP. При застосуванні стандарту DICOM уможливаються різні медичні дослідження в територіально розподілених медичних центрах з можливістю збирання і обробки інформації в потрібному місці. Стандарт DICOM версії 3.0 (випущений у 1993 р.) призначений для передавання медичних зображень, отримуваних різними методами променевої та іншої діагностики. Цей стандарт містить 29 діагностичних методів. Стандарт DICOM популярний у США, Японії, Німеччині та інших країнах. Таким чином, у розглядуваній предметній галузі стандарти DICOM і HL7 домінують.

Стандартизація у сфері інформаційних технологій на міжнародному рівні забезпечується об'єднаним технічним комітетом JTC1 ISO/IEC, в якому 26 країн беруть участь безпосередньо і 33 присутні як спостерігачі.

Мало розробити стандарт і домогтися його затвердження. Стандарт потрібно підтримувати в активному стані, що відтворює постійний прогрес медичної науки і практики. Що складніший стандарт і ширшу предметну галузь медицини він охоплює, то важче його підтримувати. Саме через це в медицині так мало стандартів, проте навіть ті, чия історія охоплює кілька десятків років, не можуть існувати без змін. Інтеграція є одним із важливих шляхів забезпечення життєдіяльності розробленого стандарту. Таким чином, розробляти власний медичний стандарт недоцільно, позаяк це потребує багато часу і, крім того, до такої розробки неможливо буде залучити провідних зарубіжних колег, тому що вони вже займаються зазначеними раніше проектами. До того ж побудова нового стандарту повинна відрізнитися від названих, адже він має бути кращий і оригінальний. А це засвідчує, що постає проблема обміну із зарубіжними стандартами. Отже, найкращим вирішенням цієї проблеми є адаптація існуючих провідних стандартів. Так, заперечення проти такого

підходу можливі, адже існують відмінності в поданні медичної допомоги і веденні медичної документації в нашій державі та країнах Заходу. Проте адаптація стандартів потребує менших зусиль, ніж розробка нових.

Таким чином, для подальшого забезпечення високого рівня медичних технологій у цій галузі, широкого впровадження в медичну практику досягнень сучасної науки, нових методів діагностики і лікування, підвищення якості медичної допомоги, а також рівня організації роботи в медичних закладах потрібно якнайшвидше приєднатися до єдиних міжнародних стандартів обміну медичними даними.

Список використаної літератури

1. *Буряк В. І., Коваленко О. С.* Про стандартизацію медичної інформації для електронного обліку // *Електроніка і зв'язь*. — 2001. — № 10. — С. 49–51.
2. *Лисицын Ю. П.* Теория медицины на стыке столетий XX и XXI. — М., 1998. — С. 5–6.
3. *Гусев А. В., Романов Ф. А., Дуданов И. П.* Опыт разработки медицинской информационной системы // *Медицинский академ. журн. Прил.* 1. — 2001. — № 1. — С. 14.
4. *Гусев А. В., Романов Ф. А., Осипик Т. А.* Применение медицинской информационной системы в работе клинических лабораторий медицинского центра // *Медицинский академ. журн. Прил.* 1. — 2001. — № 1. — С. 18.
5. *Емельянов А. В., Злобин Д. С., Мальков Д. И.* Построение комплексной системы связи Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации // *Кремлевская медицина. Клинический вестн.* — 2000. — № 2.
6. *Згуровський М.* Шлях до інформаційного суспільства — від Женеви до Тунісу // *Дзеркало тижня*. — 2005. — № 34(562). — С. 1.
7. *Автоматизация системы медицинского снабжения / А. И. Афиногенов, П. В. Назаренко, В. Н. Плетнева, Ф. И. Попова та ін.* // *Кремлевская медицина. Клинический вестн.* — 2000. — № 4. — С. 39–43.

8. *Боцвинов А. Н., Зайцев Г. Ф., Левая М. Л.* Опыт эксплуатации АИС “Эверест” в госпитале для ветеранов войн и городской многопрофильной больнице № 2 // Региональная информатика-98. — СПб., 1999.
9. *Николаев А. П., Эльчиан Р. А.* Развитие больничных информационных систем // Кремлевская медицина. Клинический вестн. — 2000. — № 4. — С. 9–11.
10. *Вишневецкий А.* Сетевые технологии Windows 2000 для профессионалов. — СПб.: Питер, 2000. — С. 556–581.
11. *Колесов А.* “1С: Предприятие” — платформа создания информационных систем // Byte Россия. СКПресс. — 2001. — № 9. — С. 28–34.
12. *Курбатов В. А., Ковалев Г. Ф.* Автоматизированная система “Санаторий” // Кремлевская медицина. Клинический вестн. — 1998. — № 1.
13. *Митин В.* Медицинские информационные системы // PCWeek. — 2001. — № 1 (223). — С. 21.
14. *Кудрина В. Г.* Медицинская информатика. — М.: Рос. медицин. академия последипломного образования, 1999.
15. *Олифер В. Г., Олифер Н. А.* Компьютерные сети. Принципы, технологии, протоколы. — СПб.: Питер, 2001.
16. *Шаповалов В. Г., Архаров Л. В., Бирюкова Л. И.* Опыт внедрения и эксплуатации автоматизированной информационной системы резервирования мест в санаториях // Кремлевская медицина. Клинический вестн. — 2000. — № 4. — С. 48–50.
17. *Комплексная автоматизация работы Аптеки № 1 Медицинского центра Управления делами Президента / В. Н. Плетнева, И. У. Дехтяр, В. В. Матюхов, Д. Ф. Щиголь* // Кремлевская медицина. Клинический вестн. — 2000. — № 4. — С. 44–48.
18. *Дудник В. С., Маслеников А. М.* Автоматизация назначений и учета лекарственной терапии // Кремлевская медицина. Клинический вестн. — 2000. — № 3.
19. *Рузайкин Г. И.* Медицинские информационные системы, или МИС // Мир ПК. — 2001. — № 3.
20. *Сергієнко І. В.* Інформатика в Україні: становлення, розвиток, проблеми. — К.: Наук. думка, 1999. — 352 с.

21. *Медицинская информационная система* / Н. М. Амосов, Н. Г. Зайцев, В. Г. Мельников и др.; Под ред. Н. М. Амосова, А. А. Попова. — К.: Наук. думка, 1975. — 506 с.
22. *Методы математической биологии: Учеб. пособие: В 8 кн.* / Под общ. ред. В. М. Глушкова. — К.: Наук. думка, 1980–1984.
23. *Автоматизация* процесса медицинского обеспечения курортов / Под общ. ред. В. М. Глушкова, А. А. Попова, А. А. Васильева. — К.: Наук. думка, 1979. — 280 с.
24. *Глушков В. М.* Основы безбумажной информатики. — М.: Наука, 1982. — 552 с.
25. *Емелин И. В.* Симбиоз стандартов DICOM и SNOMED 28.01.1999 webmaster@ctmed.altai.ru © 1998 НИП “Медицинские компьютерные технологии”.
26. *Емелин И. В.* // Компьютерные технологии в медицине. — 1997. — № 2.
27. *Компьютеризованная история болезни и системы классификации медицинских терминов.*
28. *Емелин И. В.* Интеграция стандартов медицинской информации. — М.: Computer Technologies in Medicine, 2001. — 242 с.

МАУП

ЧАСТИНА II

ЗАГАЛЬНІ ЗАСАДИ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

6. Сутність підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я

6.1. Загальні принципи підприємницької діяльності в Україні

Підприємництво — це безпосередня самостійна, систематична, на власний ризик діяльність з виробництва продукції, виконання робіт, надання послуг з метою отримання прибутку, що здійснюється фізичними та юридичними особами, зареєстрованими як СПД у встановленому законодавством порядку [3].

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

Суб’єктами підприємницької діяльності можуть визнаватися:

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

В Україні підприємницьку діяльність заборонено здійснювати категоріям громадян, покликаних контролювати діяльність таких організацій: військовослужбовців, службових осіб органів прокуратури, суду, державної безпеки, внутрішніх справ, державного арбітражу та нотаріату, а також органів державної влади і управління [3].

До загальних належать такі принципи підприємництва:

- вільний вибір видів діяльності;
- залучення на добровільних засадах для здійснення підприємницької діяльності майна та коштів юридичних осіб і громадян;
- самостійне формування програми діяльності;
- самостійний вибір постачальників і споживачів;
- встановлення цін відповідно до законодавства;
- вільний найм працівників;
- залучення і використання матеріально-технічних, фінансових, трудових, природних та інших видів ресурсів, використання яких не заборонено або не обмежено законодавством;
- вільне розпорядження прибутком, що залишається після внесення встановлених законодавством платежів;
- самостійне здійснення підприємцем — юридичною особою зовнішньоекономічної діяльності, використання будь-яким підприємцем належної йому частки валютної виручки на власний розсуд.

Відповідно до ст. 16, 17, 33 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” медична допомога може подаватись як у медичних закладах, так і на засадах індивідуального підприємництва [4].

Медична практика — це діяльність, пов’язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров’я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, діагностику, допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюються особами зі спеціальною освітою [10].

У процесі здійснення господарської діяльності з медичної практики потрібно враховувати як загальні принципи підприємництва, так і міжнародні засади подання медичної допомоги, які викладені в резолюціях 27-ї Всесвітньої медичної Асамблеї (Мюнхен, 1973) та доповнені резолюцією 35-ї Всесвітньої медичної Асамблеї (Венеція, 1983) [11; 12]. Згідно з цими документами у підприємницькій діяльності з подання медичної допомоги необхідно враховувати такі принципи:

- умови роботи медичних працівників повинні визначатись позиціями товариських організацій;

- дотримання прав пацієнта на вибір лікуючого лікаря та прав лікаря на вибір пацієнта;
- подання невідкладної медичної допомоги без жодних винятків;
- забезпечення конфіденційності взаємовідносин пацієнта і лікаря всіма особами, що беруть участь у лікувальному процесі або контролюють його;
- гарантування лікарям моральної, економічної та професійної незалежності;
- розмір гонорару лікаря повинен залежати від характеру медичної послуги;
- якість та ефективність надання медичної послуги, обсяг, вартість та кількість послуг повинні оцінювати лікарі, керуючись більшою мірою регіональними, а не національними стандартами;
- заборону на обмеження права лікаря на виписування будь-яких препаратів та призначення будь-якого лікування, адекватних за сучасними стандартами;
- забезпечення умов, за яких лікар може поглиблювати свої знання та підвищувати професійний статус.

У підприємницькій діяльності з надання медичних послуг повинні враховуватись такі міжнародні принципи забезпечення прав пацієнта [11]:

- на вільний вибір лікаря;
- на отримання допомоги лікаря, незалежного від стороннього впливу у професійних, медичних та етичних рішеннях;
- на отримання адекватної інформації про погодження на лікування чи відмову від нього;
- щодо впевненості, що лікар ставитиметься до медичної та особистої інформації про пацієнта як конфіденційної;
- померти достойно;
- на використання моральної підтримки, включаючи допомогу особи будь-якої релігійної конфесії або відмову від неї.

Згідно із Законом України “Про підприємництво” існують певні обмеження щодо здійснення підприємницької діяльності, пов’язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів. Така діяльність здійснюється відповідно до Закону України “Про обіг в Україні наркотичних засобів,

психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів” [6; 7]. Підприємство в Україні здійснюється в будь-яких визначених законами України організаційних формах на вибір підприємця [3].

До *функцій підприємництва* належать такі:

- **новаторська** — сприяння процесу продукування нових технічних, організаційних та управлінських ідей, здійснення науково-дослідних робіт та розробок, впровадження в медичну практику інноваційних методів діагностики, лікування та профілактики;
- **господарська** — ефективне використання трудових, матеріальних, фінансових та інформаційних ресурсів;
- **організаційна** — впровадження нових методів і форм організації медичної практики, нових форм матеріальної та моральної мотивації персоналу; ефективне впорядкування відносин (повноваження, відповідальність, делегування) і структур у різних підсистемах лікувально-профілактичного закладу, ефективне контролювання якості медичного обслуговування;
- **соціальна** — виконання профілактичної, діагностичної та лікувальної діяльності, науково-дослідних розробок з метою поліпшення громадського здоров’я;
- **особистісна** — самореалізація підприємця, відчуття незалежності в організації медичної практики, отримання задоволення від роботи та її результатів.

До основних належать такі завдання підприємницької діяльності при запровадженні господарської діяльності з медичної практики:

- вибір виду та масштабів діяльності закладу;
- вибір місця розташування закладу охорони здоров’я;
- вибір методів, технологій та форм діяльності;
- фінансування та інвестування діяльності.

Підприємницька ідея — це конкретне цілісне знання про доцільність та можливість здійснювати певний вид підприємницької діяльності, а також чітке усвідомлення мети такої діяльності, шляхів та засобів її досягнення [17].

Елементи підприємницької ідеї:

- відмова від попереднього виду занять, як правило, практичної діяльності в державному або комунальному закладі охорони здоров’я;

- усвідомлення необхідності працювати на межі фізичних, розумових та організаторських здібностей;
- прагнення стати власником, відмова працювати під керівництвом інших;
- прагнення досягти фінансового добробуту шляхом приватної медичної практики або створення лікувально-профілактичного закладу недержавної форми власності;
- прагнення через підприємництво досягти власної мети, домогтися визнання в медичному науковому товаристві;
- чітке усвідомлення шляхів отримання фінансових ресурсів для започаткування власної справи;
- знання технології здійснення господарської діяльності з медичної практики;
- вміння вибрати оптимальну організаційну форму управління та організаційно-правову форму підприємницької діяльності;
- знання основних ризиків господарської діяльності з медичної практики та вміння управляти ними;
- вміння організувати облік лікувально-профілактичного закладу;
- знання зовнішніх чинників впливу на медичну практику;
- знання чинного законодавства.

В Україні законодавчо передбачено такі напрями державного регулювання підприємництва [3].

А. Забезпечення свободи конкуренції між підприємцями, захист споживачів від проявів несумлінної конкуренції та монополізму в усіх сферах підприємницької діяльності.

Б. Органи державного управління повинні формувати свої відносини з підприємцями, використовуючи:

- податкову та фінансово-кредитну політику, включаючи встановлення ставок податків і процентів за державними кредитами; податкових пільг; цін і правил ціноутворення; цільових дотацій; валютного курсу; розмірів економічних санкцій;
- державне майно і систему резервів, ліцензії, концесії, лізинг, соціальні, екологічні та інші норми і нормативи;
- науково-технічні, економічні та соціальні республіканські й регіональні програми;
- договори на виконання робіт і поставок для державних потреб.

З одного боку, підприємець сплачує податки на прибуток від провадження бізнесу і тим самим поповнює державний бюджет, тобто працює на державу, з іншого боку, держава здійснює підтримку підприємництва.

Міжнародний досвід урядової підтримки бізнесу свідчить про доцільність використання таких форм підтримки:

- інформування та консультування;
- позики або гарантованої позики, за якою гарантує платоспроможність позичальника і сплачує позику за підприємця, якщо він не може цього зробити; техніку та політику отримання гарантованої позики описано в [22];
- сервісу, який передбачає використання підприємцями державних комунікацій, фахівців, підготовлених у державних ВНЗ, тощо.

Законом України “Про підприємництво” передбачено такі види та напрями державної підтримки підприємництва:

- надання земельних ділянок на умовах і в порядку, передбачених чинним законодавством;
- передання підприємцю державного майна (виробничих та нежилых приміщень, законсервованих і недобудованих об’єктів та споруд, устаткування, яке тимчасово не використовується), необхідного для здійснення ним підприємницької діяльності; сприяння організації матеріально-технічного забезпечення та інформаційного обслуговування підприємців, підготовці та перепідготовці кадрів;
- здійснення первісного облаштування неосвоєних територій об’єктами виробничої і соціальної інфраструктури з продажем або переданням їх у кредит підприємцям;
- стимулювання за допомогою економічних важелів (цілових субсидій, податкових пільг тощо), модернізації технологій, інноваційної діяльності, освоєння нових видів продукції та послуг;
- надання підприємцям цілових кредитів;
- подання підприємцям інших видів допомоги.

Важливим елементом реалізації підприємницької ідеї є знання і вміння вибрати оптимальну організаційно-правову форму підприємницької діяльності.

6.2. Організаційно-правові форми підприємницької діяльності

Згідно зі ст. 16–17 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” заклади охорони здоров’я створюються підприємствами, установами та організаціями різних форм власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців [4]. Держава підтримує і заохочує індивідуальну підприємницьку діяльність.

До основних належать такі організаційно-правові форми підприємницької діяльності:

- індивідуальна медична практика;
- сімейний медичний заклад;
- приватне підприємство;
- господарські товариства;
- підприємство, засноване на власності об’єднання громадян.

Індивідуальна медична практика без права наймання робочої сили базується на особистій власності фізичної особи і виключно на її праці. Використання найманої праці не передбачено.

Медична практика з правом наймання робочої сили базується на особистій власності фізичної особи з використанням праці найманих працівників. Найманими працівниками можуть бути як лікарі різних лікарських спеціальностей та різних кваліфікаційних категорій, середній та молодший медичний персонал, так і працівники інших професій (інженери з обслуговування апаратури, комп’ютерних мереж, адміністратори, фахівці з бухгалтерського обліку, економісти, маркетологи та ін.). В Україні застосовуються спеціальні вимоги при прийнятті на роботу лікарів. На посаду лікаря підприємець може найняти спеціаліста, який має ліцензію на здійснення медичної практики [16].

Кількість найманих працівників встановлює підприємець. З найманим працівником він укладає трудовий договір.

Сімейний заклад охорони здоров’я базується на сімейній власності й використанні праці членів однієї сім’ї, які проживають разом. Використання найманої праці не передбачено.

Приватний заклад охорони здоров'я, заснований на індивідуальній власності, створюється відповідно до рішення власника майна. Цей заклад вважається створеним і здобуває права юридичної особи з дня його державної реєстрації.

Приватна установа охорони здоров'я діє на підставі Статуту, затвердженого власником.

Управління приватною установою охорони здоров'я здійснюється згідно із затвердженим Статутом на основі узгодження прав власника щодо господарчого використання власного майна і принципів самоврядування трудового колективу. Установою охорони здоров'я власник управляє сам або делегує управління одній особі чи органам управління.

Відповідно до нормативно-правової бази України лікувально-профілактичною установою може управляти особа, що має диплом "спеціаліста", виданий медичними ВНЗ або факультетами університетів III–IV рівнів акредитації [10]. Перелік таких ВНЗ затверджений відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Заклади охорони здоров'я, які діють у формі господарських товариств. Згідно із законодавством України **господарські товариства** — це підприємства, заклади, організації, створені на підставі угоди між юридичними особами або громадянами шляхом об'єднання їхнього майна і підприємницької діяльності з метою одержання їхнього прибутку. Діяльність господарських товариств повинна впорядковуватись згідно із Законом України "Про господарські товариства" [1].

До господарських належать такі товариства:

- акціонерні;
- з обмеженою відповідальністю;
- з додатковою відповідальністю;
- повні;
- командитні.

Усі господарські товариства є юридичними особами і мають право здійснювати будь-яку підприємницьку діяльність, що не суперечить законодавству України.

Акціонерне товариство, товариства з обмеженою і додатковою відповідальністю створюються й діють на підставі установчого договору та статуту, повне і командитне товариства — на підставі установчого договору.

Акціонерні товариства. Заклади охорони здоров'я, які діють у формі акціонерних товариств, повинні мати статутний фонд, поділений на певну кількість акцій однакової номінальної вартості, і відповідають за зобов'язаннями тільки майном товариства.

Акціонери відповідають за зобов'язаннями товариства тільки в межах належних їм акцій. У випадках, передбачених статутом, акціонери, які не повністю оплатили акції, відповідають за зобов'язаннями товариства також у межах несплаченої суми. Загальна номінальна вартість випущених акцій становить статутний фонд акціонерного товариства, який не може бути менший від суми, еквівалентної 1250 мінімальним заробітним платам виходячи зі ставки мінімальної заробітної плати, що діє на момент створення акціонерного товариства [1].

Розрізняють такі акціонерні товариства:

- **відкрите**, акції якого можуть розповсюджуватися шляхом відкритої підписки та купівлі-продажу на біржах;
- **закрите**, акції якого розподіляються між засновниками і не можуть розповсюджуватися шляхом підписки, купуватися та продаватися на біржі.

Закрите акціонерне товариство може реорганізовуватись у відкрите шляхом реєстрації його акцій у порядку, передбаченому законодавством про цінні папери та фондову біржу, і внесення змін до статуту товариства.

Засновниками акціонерного товариства можуть бути юридичні особи і громадяни. Засновники укладають між собою договір, що визначає порядок здійснення ними спільної діяльності зі створення акціонерного товариства, відповідальність перед особами, що підписалися на акції, і третіми особами.

На засновників покладається солідарна відповідальність за зобов'язаннями, що виникли до реєстрації акціонерного товариства.

Переваги закладів охорони здоров'я, які функціонують у формі акціонерних товариств:

- необмежені можливості формування фінансових ресурсів шляхом емісії акцій і облігацій;
- високі можливості розвитку;
- висока конкурентоспроможність;

- можливість швидкого відчуження і придбання акцій, що уможливорює швидке переливання капіталу з однієї сфери діяльності в іншу.

Недоліки закладів охорони здоров'я, які функціонують у формі акціонерних товариств, визначаються порівняно з партнерськими установами охорони здоров'я. До таких належать:

- складність управління, що зумовлена функціональною багатоструктурністю і низькою оперативністю управлінських рішень, що приймаються;
- широкий масштаб діяльності не дає змоги оперативно, швидко реагувати на зміну ситуації в зовнішньому середовищі медичного бізнесу;
- відкритість інформації про результати діяльності може використовуватись конкурентами для формування негативного іміджу закладу, запозичення позитивного досвіду тощо;
- тривалий період організації акціонерного товариства;
- необхідність формування великого розміру статутного фонду.

При започаткуванні підприємницької діяльності необхідно враховувати також недоліки акціонерних товариств, які проваджують медичну практику, порівняно з державними закладами охорони здоров'я. Зокрема, такі заклади:

- не мають права видавати листи неприцездатності;
- не мають права видавати медичні висновки та висновки встановлених форм;
- не мають права виписувати рецепти на наркотичні та прирівняні до них лікарські засоби;
- їх пацієнти не мають права на одержання медикаментів і товарів медичного призначення безкоштовно або за пільговими цінами.

Товариство з обмеженою відповідальністю — це господарська організація, статутний фонд якої поділений на частки, розмір яких визначається установчими документами [1].

Учасники такого товариства відповідальні в межах їх вкладів. У випадках, передбачених установчими документами, учасники, які не повністю зробили внески, відповідають за зобов'язаннями товариства також у межах невнесеної частини вкладу.

У товаристві з обмеженою відповідальністю створюється статутний фонд, розмір якого не повинен бути менший від суми, еквівалентної 100 мінімальним заробітним платам, виходячи зі ставки мінімальної заробітної плати, що діє на момент створення такого товариства.

Вищим органом управління такого закладу є збори його учасників, що обирають голову господарського товариства. Поточне управління його діяльністю здійснюється на колегіальній (дирекція) або єдиноначальній (головний лікар або директор) основі. При цьому членами виконавчого органу, створеного з метою здійснення поточного управління закладом охорони здоров'я у формі товариства з обмеженою відповідальністю, можуть бути особи, що не є учасниками цього товариства.

Дирекція (головний лікар, директор) вирішує всі питання, пов'язані з діяльністю організації, крім тих, що входять у компетенцію зборів учасників. Однак збори учасників товариства з обмеженою відповідальністю можуть прийняти рішення про делегування частини належних їм повноважень директорії. Дирекція підзвітна зборам учасників товариства і покликана виконувати його постанови. Директор (головний лікар) цього закладу не може бути одночасно головою зборів учасників товариства.

Контроль за діяльністю директорії (директора, головного лікаря) здійснюється ревізійною комісією, що складається з учасників товариства. Члени директорії не повинні входити до її складу.

Основним “підводним камінням” будь-якого закладу, що функціонує у формі товариства з обмеженою відповідальністю, є конфлікти між його засновниками. Існує точка зору, що власне організаційно-правова форма закладів з обмеженою відповідальністю припускає наявність конфліктної ситуації. Так, вітчизняний вчений А. С. Солоп зазначає: “Ця форма власності, як правило, недовговічна, тому що з плином часу первинно вкладений капітал і одержувана частка бізнесу не дають можливості багатьом її членам, що досягли певної могутності, широко розгорнути бізнес. Це пояснюється тим, що сильні й могутні співвласники, що стали такими після реальної участі в бізнесі, спочатку внесли виходячи зі своїх колишніх можливостей доволі невеликий капітал, мають, скажімо, лише один голос. Натомість інший співвласник був заможнішим і в результаті формування статутного фонду отримав, наприклад, вісім голосів. Отже, не-

залежно від подальшої участі у справі він одержує 80 % бізнесу фірми, що не влаштовує інших співвласників. Вони вносять більший від нього вклад у бізнес фірми, мають вже могутні зв'язки, капітал і при цьому одержують наприклад, лише 10 % бізнесу фірми. Ця проблема доводить до того, що тепер могутні, а колись бідні співвласники створюють власні фірми, залишаючи заклад, де “звелися на ноги”. Тому в закладах, які працюють у формі товариства з обмеженою відповідальністю, “навар” співвласники мають від взаємного перетягування бізнесу, на правах сильнішого, приховуючи один від одного доходи. Ось чому співвласники таких закладів криються один від одного. Їхнє правило гри: “красти в кожного”, “торгувати інформацією, отриманою від співвласників”, “заставляти один одного” [20].

Позаяк медичний бізнес в Україні робить тільки перші кроки, основна частина невеликих лікувально-діагностичних установ функціонує у формі приватної власності або товариств з обмеженою відповідальністю.

Товариство з додатковою відповідальністю — це господарська організація, статутний фонд якої поділений на частки встановлених установчими документами розмірів.

Учасники такого товариства відповідають за його боргами своїми внесками до статутного фонду, а при недостатності цих сум — додатково належним їм майном у розмірі, кратному внеску кожного учасника [1]. Граничний розмір відповідальності учасників передбачається установчими документами.

Управління товариством з додатковою відповідальністю здійснюється на тих же засадах, що й управління товариством з обмеженою відповідальністю.

Переваги закладів охорони здоров'я, які функціонують у формі товариств з обмеженою та додатковою відповідальністю, визначають порівняно з корпоративними закладами та індивідуальним підприємництвом. Зокрема, їх основна перевага полягає у відносній швидкості процедури створення та державної реєстрації.

Порівняно з індивідуальним підприємництвом переваги товариства з обмеженою та додатковою відповідальністю полягають у такому:

- зростанні фінансових можливостей закладу, що відкривають нові перспективи поширення комплексу медичних

послуг з діагностики, лікування та профілактики захворювань;

- високих темпах розвитку;
- солідарній відповідальності за зобов'язаннями закладу.

При провадженні медичної практики у закладах охорони здоров'я, які функціонують у формі товариств з обмеженою та додатковою відповідальністю, менеджери зазнають утруднень, що пов'язані з організаційно-правовою формою закладу. Недоліки таких закладів визначають порівняно з індивідуальним підприємництвом та державними закладами охорони здоров'я.

Порівняно з індивідуальним підприємництвом недоліки товариств з обмеженою та додатковою відповідальністю полягають у такому:

- нижчому рівні мотивації;
- нижчій оперативності прийняття управлінських рішень;
- можливих внутрішніх конфліктах засновників з питань напрямів подання медичної допомоги;
- нижчій ефективності прийнятих рішень, розподілу прибутку тощо.

Порівняно з державними закладами охорони здоров'я недоліки таких товариств полягають у такому:

- відсутності права видавання листів непрацездатності;
- відсутності права видавання медичних висновків та висновків встановлених форм;
- процедурі отримання права на виписування рецептів на наркотичні та прирівняні до них лікарські засоби;
- пацієнти лікарень не мають права одержувати медикаменти і товари медичного призначення безкоштовно або за пільговими цінами.

Повне товариство — це господарська організація, усі учасники якої спільно здійснюють підприємницьку діяльність і несуть солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства всім своїм майном [1].

Установчий договір про повне товариство повинен визначати розмір частки кожного з учасників, розмір, склад та порядок здійснення внесків, форму їх участі у справах товариства.

Ведення справ повного товариства здійснюється за загальною згодою всіх учасників. Справи товариства можуть вести або всі його учасники, або один чи кілька з них, які є представниками

товариства. В останньому випадку обсяг повноважень учасників визначається дорученням, яке має бути підписано всіма іншими учасниками товариства.

Фірмова назва установи, що функціонує як повне товариство, як правило, складається з імені (або найменувань) усіх його учасників із доповненням слів “повне товариство”. Коли використовується ім’я одного з учасників товариства, додаються слова “і компанія” або “повне товариство”. Наприклад, “Плехав і Ко” або “Полімедсервіс. ПГТ”.

Особливість повного господарського товариства полягає в тому, що кожний з його учасників здійснює медичну підприємницьку діяльність від імені товариства. Тому для створення і діяльності такої організації немає потреби у статуті.

Основним установчим документом повного господарського товариства є установча угода, де визначаються розмір частки кожного його учасника і форма їхньої участі в діяльності товариства.

До переваг повного господарського товариства належать:

- швидке акумулювання значних коштів;
- привабливість для кредиторів та інвесторів, тому що на його власників покладено необмежену відповідальність за зобов’язаннями товариства;
- право кожного члена товариства здійснювати підприємницьку діяльність від імені закладу.

Власники закладу охорони здоров’я, який функціонує у формі повного господарського товариства, можуть зазнати організаційних утруднень, що зумовлюється організаційно-правовою формою організації. У таких товариствах:

- успішна діяльність можлива тільки в разі цілковитої довіри між членами товариства;
- кожний член несе солідарну відповідальність за зобов’язаннями всього товариства. Це означає, що неефективна підприємницька діяльність одного з його членів може призвести до банкрутства, за якого кожний член товариства відповідатиме не тільки особистим внеском, а й усім своїм майном;
- ускладнена процедура отримання права на використання наркотичних і прирівняних до них лікарських засобів.

Заклади охорони здоров'я у формі повного господарського товариства мають певні негативи і для пацієнтів, а саме:

- не мають права видавати листи непрацездатності;
- не мають права видавати медичні висновки та висновки встановлених форм;
- їх пацієнти не мають права одержувати медикаменти і товари медичного призначення безкоштовно або за пільговими цінами.

В Україні медичні установи у формі товариств із додатковою відповідальністю і повних господарських товариств не дістали поширення.

Підприємства, засновані на власності об'єднання громадян — це підприємства, які на добровільних засадах об'єднали свою виробничу, наукову, комерційну та інші види діяльності, якщо інше не передбачено законодавством України [2].

Підприємства можуть об'єднуватись в такі організаційні структури:

- **асоціації** — договірні об'єднання, створені з метою постійної координації господарської діяльності. Асоціація не має права втручатись у виробничу і комерційну діяльність жодного з її учасників;
- **корпорації** — договірні об'єднання, створені на основі поєднання виробничих, наукових та комерційних інтересів, з делегуванням окремих повноважень централізованого регулювання діяльності кожному з учасників;
- **консорціуми** — тимчасові статутні об'єднання промислового і банківського капіталу з метою досягнення спільної мети;
- **концерни** — статутні об'єднання підприємств промисловості, наукових організацій, транспорту, банків, організацій торгівлі та інших на основі повної фінансової залежності від одного або групи підприємців;
- інші об'єднання за галузевим, територіальним та іншими принципами.

Об'єднання діють на основі договору або статуту, який затверджується їх засновниками чи власниками. Заклади, які входять до складу зазначених організаційних структур, зберігають права юридичної особи і на них поширюється дія Закону України “Про підприємництво”.

Рішення про створення об'єднання (установчий договір) і статут цього об'єднання погоджуються з Антимонопольним комітетом України в порядку, визначеному чинним законодавством.

В об'єднання підприємств, зареєстроване в Україні, можуть входити підприємства інших держав. Порядок вступу в об'єднання в зазначених випадках здійснюється відповідно до законодавства України про зовнішньоекономічну діяльність.

Об'єднання є юридичною особою, може мати самостійний і зведений баланси, розрахунковий та інші рахунки в установах банків, печатку зі своїм найменуванням. Реєструються об'єднання в порядку, встановленому Законом України "Про підприємства в Україні".

Об'єднання не відповідає за зобов'язаннями підприємств, які входять до його складу, а підприємства не відповідають за зобов'язаннями об'єднання, якщо інше не передбачено установчим договором (статутом).

6.3. Визначення конкурентних переваг лікувально-профілактичного закладу

При започаткуванні підприємницької діяльності одним з перших завдань, що постає перед підприємцем, є визначення місця нового медичного закладу на ринку медичних послуг. Для визначення цільового ринку аналізують, а потім вибирають один із трьох альтернативних методів:

- масового маркетингу;
- сегментації ринку;
- множинної сегментації.

З огляду на специфіку медичних послуг і наявність великої мережі державних ЛПЗ у підприємстві недоцільно орієнтуватися на тактику масового маркетингу, тому що такий метод припускає широкий споживчий ринок. Враховуючи низьку платоспроможність більшості населення України, платних медичних послуг потребує тільки частина населення. Тому при визначенні цільового ринку доцільно орієнтуватись на вузьку групу споживачів, тобто здійснити сегментацію ринку [15].

У процесі аналізу сегмента ринку необхідно відповісти на такі запитання:

1. На яких ринках має діяти медичний заклад і які типи ринку використовуватимуться?

2. Які основні сегменти цього ринку за кожним видом медичних послуг?

3. Які особливості передбачуваних сегментів ринку — рівень потреб у медичних послугах і ступінь їх задоволення з урахуванням демографічних факторів, епідеміологічної ситуації в регіоні, сезонних тенденцій?

4. Яким є кожний із сегментів ринку щодо економічної ефективності та інших ринкових показників?

5. Які перспективи розвитку кожного сегмента ринку, на якому планує діяти ЛПЗ?

6. Які фактори впливають на попит на медичні послуги в кожному сегменті ринку і яка їх динаміка? Як організація планує реагувати на зміни попиту?

7. Які фактори впливають на обраний сегмент ринку — законодавство, економічна або демографічна ситуація у країні? Які заходи впроваджуватимуться в різних ситуаціях — реформи цін; високі темпи інфляції; законодавчі обмеження?

8. Як планується вивчати потреби і попит?

Основи маркетингу припускають, що коли існує кілька сегментів ринку для передбачуваного бізнесу, то орієнтація на всі сегменти може спричинити значні матеріальні витрати. Тому доцільно вибрати той сегмент, що створює найбільші можливості з огляду на певні фактори.

По-перше, найбільший сегмент ринку може мати суттєві недоліки. Наприклад, низка фірм вже нагледіли цей сегмент ринку і на новачка очікує жорстка конкуренція.

По-друге, сегмент ринку, який ігнорують конкуренти, може бути потенційно вигідний.

Сегментація ринку дає можливість при здійсненні господарської діяльності з медичної практики отримати максимальний прибуток на одиницю послуг, що важливо для невеликих закладів.

Для великих бізнес-проектів можлива розробка множинної сегментації з орієнтацією на два й більше сегментів ринку з різним планом маркетингу для кожного сегмента.

До основних об'єктів сегментації ринку належать:

А. Покупці.

Б. Конкуренти.

Покупці. При сегментуванні ринку медичних послуг необхідно визначити групу покупців, потреби яких і фінансова можливість оплатити медичні послуги постійно зростатимуть. Лікувально-профілактичний заклад повинен якнайповніше задовольнити саме цю категорію споживачів і тим самим забезпечити збільшення прибутку. Такий сегмент ринку називають ринковою нішею. При визначенні ринкової ніші розглядають такі категорії покупців:

- **пацієнтів або їх представників.** Споживач медичної послуги, лікарського засобу та її покупець можуть бути різними людьми. Наприклад, рішення щодо медичного обслуговування дітей приймають їх батьки, які є їх законними представниками. Складніша ситуація, якщо людина перебуває у стані, коли не може самостійно прийняти або висловити своє рішення (недієздатні; пацієнти, що знепритомніли, та ін.). У цьому разі рішення може прийматись законним представником, проте використовуватись кошти власне пацієнта за домовленістю або за заповітом, який складається на випадок критичного стану;
- **державу,** яка через систему державних та комунальних закладів охорони здоров'я фінансує медичне обслуговування населення;
- **лікувально-профілактичні заклади,** що можуть бути не тільки надавачами послуги, а й її покупцями. Наприклад, приватний ЛПЗ може не мати власного діагностичного комплексу і купувати його послуги за угодою. Разом з тим ЛПЗ є споживачами лікарських засобів, медичної техніки, інструментарію тощо.

У більшості інших галузей покупець самостійно приймає рішення про покупку. У системі страхової медицини наявний багаторівневий покупець медичної послуги:

- власники фірм, які купують медичне обслуговування для співробітників;
- непрямі клієнти (страхові компанії), які збирають страхові внески і оплачують роботу медичних закладів;
- пацієнти, які отримують медичну допомогу.

Іншими словами, рішення про купівлю медичної послуги, її оплату та споживання приймають різні категорії покупців, що мають різні інтереси. Інтереси покупця медичних послуг супере-

чать інтересам надавача медичних послуг (лікаря). Так, власник фірми зацікавлений у сплаті мінімальних страхових внесків за належне медичне обслуговування. Непрямий клієнт зацікавлений у тому, щоб на лікування пацієнта було витрачено менше коштів, ніж сплачено у вигляді страхових внесків. Пацієнт, якого було застраховано, зацікавлений в отриманні якісного медичного обслуговування незалежно від його вартості. Надавач медичних послуг зацікавлений у тому, щоб пацієнти отримали якнайбільший обсяг медичних послуг. У низці випадків конфлікт інтересів між платниками та споживачами спонукує перших відігравати роль антагоніста щодо пацієнта, якому потрібне високоякісне лікування [23].

Таким чином, на початку підприємницької діяльності необхідно відповісти на головне запитання: “Хто буде основним покупцем медичних послуг у перший рік реалізації бізнес-проекту?”

Необхідна також перспектива для всього бізнес-проекту, тому доцільно здійснити аналіз і визначити, хто користуватиметься медичними послугами наступні 2–5 років [13].

Для аналізу прогнозу розвитку ринку медичних послуг важливі такі чинники:

- динаміка чисельності населення різних вікових категорій;
- динаміка захворюваності (аналіз на підставі демографічних, епідеміологічних та інших даних з компетентних джерел);
- споживання медичних послуг на душу населення (окремо для приватних і державних медичних закладів);
- динаміка споживання різних видів медичних послуг;
- динаміка доходів населення, що відображає переміщення попиту з приватного сектора охорони здоров'я на державний.

Конкуренти. Екстраполюючи дослідження М. Портера на стан конкуренції на ринку медичних послуг, можна вирізнити такі основні конкурентні сили:

- суперництво серед функціонуючих медичних закладів;
- економічні можливості пацієнтів;
- конкуренція з боку послуг, що замінюють традиційні медичні послуги (нетрадиційна медицина тощо);
- загроза появи нових конкурентів, а також змін у секторі державної охорони здоров'я.

Для характеристики конкурентного середовища доцільно спочатку проаналізувати основні рушійні сили, що здатні змінити конкуренцію на ринку медичних послуг, а вже потім наявних і потенційних конкурентів з характеристикою їх стратегій, показників діяльності, сильних і слабких сторін [18].

У практичному керівництві С. Анікеева “Методика розробки плану маркетингу” наводиться 11 типів рушійних сил, які можуть змінювати ринкові умови та інтенсивність дії сил конкуренції [15]:

- швидке або повільне зростання довготривалого попиту;
- зміни у складі покупців і способах використання послуги;
- відновлення продукту послуги;
- інновації;
- маркетингові інновації;
- входження на ринок або залишення його великими фірмами;
- розсіювання технічних і технологічних досягнень;
- зміни у витратах і ефективності;
- поява купівельних переваг диференційованого вибору послуг масового споживання;
- зміни в державній політиці та державному регулюванні;
- зниження невизначеності й ризику.

Існують два основних підходи до виявлення наявних і потенційних конкурентів на вибраному сегменті ринку або на ринку послуг [13]. Перший підхід пов’язаний з оцінкою основних потреб, що задовольняються на ринку основними конкуруючими фірмами. Другий підхід орієнтований на ринкову стратегію, що використовується конкурентами.

Мета першого підходу — згрупувати всі конкуруючі фірми за піком надання медичних послуг. Основними конкурентами можуть бути такі:

- ЛПЗ, що орієнтуються на надання повного комплексу діагностичних, лікувальних і профілактичних послуг у вибраному напрямі подання медико-санітарної допомоги (стоматологія, педіатрія, акушерство, гінекологія тощо);
- спеціалізовані ЛПЗ, орієнтовані на надання специфічних медичних послуг (швидка медична допомога; подання медичної допомоги вдома; діагностичний центр та ін.);

- медичні заклади, що готуються до надання аналогічних медичних послуг;
- медичні заклади, що працюють на іншому регіональному ринку з аналогічними медичними послугами. Наприклад, в іншому регіоні функціонує діагностична лабораторія, що закупила обладнання для визначення рівня гормонів або онкомаркерів імуноферментним методом. Завжди є ймовірність, що для збільшення прибутку вона прагнути вийти на інший регіональний ринок і обслуговувати його з великими витратами;
- заклади, які надають нетрадиційні медичні послуги.

Мета другого підходу — проаналізувати стратегії конкуруючих фірм для виявлення потенційно небезпечних конкурентів на ринку медичних послуг.

Основні види конкурентних стратегій у галузі охорони здоров'я наведено в табл. 6.1.

Таблиця 6.1

Види конкурентних стратегій у галузі охорони здоров'я

Показник	Медична допомога		Виробництво товарів медичного призначення	Виробництво медичної техніки	Роздрібна торгівля лікарськими засобами	Медичний сервіс
	Багато-профільні ЛПЗ	Індивідуальна медична практика				
Розмір фірм	Великі, середні	Дрібні	Великі, середні	Великі	Середні, дрібні	Дрібні
Стабільність діяльності	Висока	Низька	Висока	Висока	Висока, середня	Низька
Фактор конкурентної сили	Високі медичні технології	Пристосування до специфічного сегмента ринку	Широкий споживчий ринок і/або високі технології	Високі технології	Широкий споживчий ринок	Пристосування до певного сегмента ринку

Ще одним важливим елементом характеристики конкурентного середовища є аналіз результатів фінансової діяльності конкурентних фірм. З цією метою розглядають такі позиції [18]: платоспроможність і фінансову стійкість фірм-конкурентів; їх фінансування (баланс/витрати); показники ефективності (прибуток/вкладений капітал); показники прибутковості (прибутковість акціонерних, довгострокового капіталів, рентабельність^{*}); показники прибутку; показники робочого капіталу і ліквідності, дебіторської і кредиторської заборгованостей; показники фінансування (леверидж за балансом і доходом); інвестиційні показники.

В аналізі сильних і слабких сторін фірм-конкурентів необхідно враховувати ціноутворення, кадри, положення, імідж на ринку надання медичних послуг, якість медичної допомоги та медичного сервісу, ринкову стратегію, диверсифікованість.

Конкуренція на ринку медичних послуг має специфічні особливості. З аналізу ринку медичних послуг в Україні випливають такі його особливості: підвищення захворюваності населення; недостатній за якістю медичний сервіс у державних ЛПЗ; недовіра населення до якості медичних послуг на приватному ринку медичних послуг; відсутність системи соціального медичного страхування.

Проблеми конкуренції на ринку медичних послуг в Україні мають не тільки національні, а й галузеві особливості. Охорона здоров'я — це галузь з високим рівнем впровадження інновацій, проте незважаючи на успіхи конкуренції у справі впровадження нових медичних технологій, які значно підвищують якість медичної допомоги, їх вплив на зниження витрат мінімальний. Система стимулів у галузі охорони здоров'я заходить у суперечність з фундаментальними законами конкурентної боротьби. На ринку медичних послуг ціни можуть залишатись високими навіть за умов перенасиченої пропозиції, а технології дорогі навіть у разі широкого їх використання. Медичним закладам і лікарям завжди вистачає пацієнтів, навіть тоді, коли вони вимагають надмірні ціни й не підвищують, а іноді навіть знижують якість медичної допомоги. Отже, можна з упевненістю констатувати,

* Рентабельність — економічний показник діяльності фірми, який визначається відношенням прибутку до собівартості послуги.

що існуючі системи охорони здоров'я самі створюють умови для непродуктивної конкуренції [14].

Спільні проблеми на ринку медичних послуг при різних системах організації та фінансування галузі охорони здоров'я зумовлені специфікою конкурентних сил. Класична концепція стратегії конкуренції М. Портера припускає, що сили, які формують конкурентне середовище послуги та її конкурентні можливості, об'єднуються у п'ять груп: конкурентні сили виробників аналогічної продукції; постачальники матеріалів та комплектуючих; покупці продукту або послуги; потенційні виробники аналогічної продукції; виробники продуктів-замінників. В умовах ринку медичних послуг виробники послуг рідко становить єдину команду, інтереси його членів можуть не збігатися [18].

В умовах ринку медичних послуг, який формується в Україні, конкурентами повинні бути державний та приватний сектори охорони здоров'я. Невеликий відсоток потенційних пацієнтів, які мають фінансові можливості для звертання до приватної медичної допомоги, не спонукає до пошуку шляхів скорочення витрат для розширення сегмента ринку. Більшість приватних медичних установ орієнтована на встановлення надмірно високих цін за медичні послуги і повне "розкручування" своїх пацієнтів. Тому частка населення із середнім рівнем прибутку орієнтована на медичну допомогу в державній лікарні. Медична допомога в державній лікарні безкоштовна, і пацієнт воліє сплатити безпосередньо лікуючому лікарю тільки за підвищену увагу до свого недугу. До того ж перед керівником державного медичного закладу гостро не стоїть проблема рентабельності, і тому він не рекомендує лікарям призначати пацієнтам комплекс високоартісних діагностичних заходів. Така система позакасової оплати медичних послуг гальмує формування ринку медичних послуг.

Іншим чинником, що заважає розвитку конкуренції в галузі охорони здоров'я, є нестача інформації про медичні послуги, які надають ЛПЗ. У більшості інших галузей є певні можливості щодо порівняння якісних характеристик та цін на продукцію від різних виробників. У галузі надання медичних послуг результат залежить не тільки від призначеного лікування, а й індивідуальних особливостей організму, анамнезу захворювання, ступеня його розвитку та багатьох інших чинників. Відсутність

точних та значущих показників про якість подання медичної допомоги утруднює процес прийняття рішення. Ситуація ускладнюється й тим, що захворювання, за лікування яких хворий готовий заплатити останні гроші, трапляються не так часто. Здебільшого це захворювання з негативним прогнозом, наприклад, ракова пухлина або інсульт. У більшості людей просто немає практичного досвіду з обрання якісної медичної допомоги. Така відсутність порівняльної інформації в системі медичного обслуговування створює стимули для конкуренції, що лежать на поверхні: сучасне обладнання; високий рівень медичного сервісу; великий перелік медичних послуг; залучення лікарів з високими ступенями та званнями; високі ціни.

Лікарям-терапевтам державних і приватних ЛПЗ пропонується велика система зовнішньої мотивації для призначення своїм пацієнтам діагностичних процедур у приватних діагностичних центрах або платних медичних послуг, які надаються державним медичним закладом. Крім того, для лікарів існує система стимулів для призначення купівлі певних медикаментозних засобів у певних аптеках. Вихід з такої ситуації для української системи охорони здоров'я вбачається в підвищенні заробітної плати лікарів державних ЛПЗ хоча б до рівня середньої в республіці.

Існує ще одна причина пригнічення конкурентних позицій і збільшення витрат у приватному секторі медичного обслуговування. Загроза встановлення неправильного діагнозу або лікування, неврахування індивідуальних особливостей організму пацієнта, що може призвести до виникнення ятрогенного захворювання, або просто лікарська помилка спричинили практику страхування медичної відповідальності. Страхування медичної відповідальності стало складовою при формуванні ціни на медичні послуги. Разом з тим можливість притягнення до судової відповідальності за лікарські помилки зумовлює появу варіанта "перестраховальної" медицини, коли призначається надто багато діагностичних процедур, консультацій лікарів-спеціалістів, консилиумів. За даними зарубіжних джерел [29] збільшення витрат за рахунок "перестраховальної" медицини перевищує один відсоток загальних витрат на охорону здоров'я.

Конкуренція, яка зазвичай є могутнім механізмом підвищення якості та скорочення видатків, у системі охорони здоров'я

може призводити до їх зростання. Проте основна проблема полягає в перекрученій системі стимулів, яка надає можливість провайдерам, платникам і постачальникам медикаментозних засобів та медичного обладнання безбідно існувати в той час, коли крива затрат невимовно повзе вгору [18].

Таким чином, специфіка підприємництва в галузі охорони здоров'я полягає в тому, що професійна діяльність здійснюється на межі подання медичної допомоги, економіки і права.

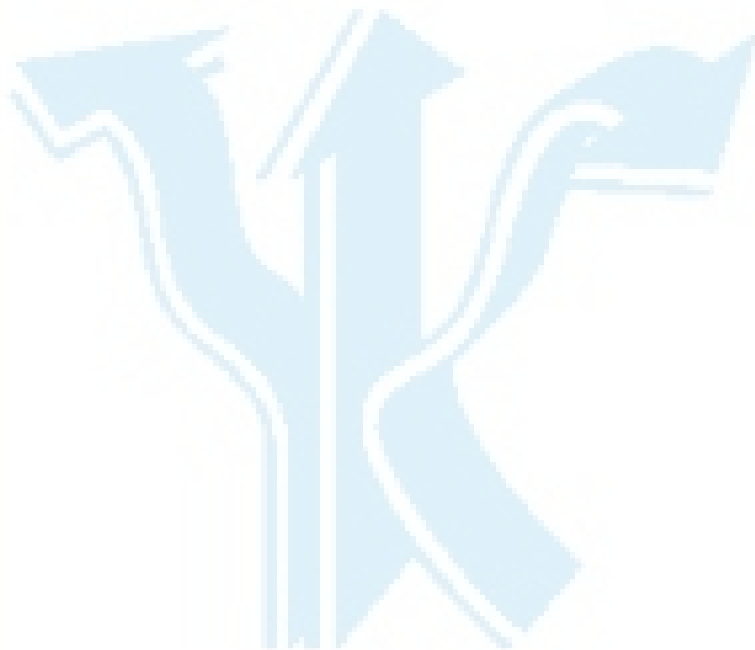
Список використаної літератури

1. Закон України “Про господарські товариства” // ВВР України. — 1991. — № 49. — Ст. 682.
2. Закон України “Про підприємства в Україні” // ВВР України. — 1991. — № 24.
3. Закон України “Про підприємництво” // ВВР України. — 1991. — № 14.
4. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” // ВВР України. — 1993. — № 4.
5. Закон України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності” // ВВР України. — 2000. — № 36.
6. Закон України “Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів” // ВВР України. — 1995. — № 10. — Ст. 60.
7. Закон України “Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними” // ВВР України. — 1995. — № 10.
8. Закон України “Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців” // ВВР України. — 2003. — № 31–32. — Ст. 263.
9. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку органів ліцензування” від 14.11.2000 за № 1698 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Серпень 2004. — Кіровоград: Експерт Софт, 2004.
10. Наказ Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони здоров'я України “Про затвердження Ліцензійних умов

провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, господарської діяльності з медичної практики та проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт” від 16.02.01 № 38/63 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Серпень 2004. — Кіровоград: Експерт Софт, 2004.

11. *Декларація про права пацієнта: Прийнято 34 Всесвітньою Медичною Асамблеєю. Лісабон, 1981 // СД Бізнес-комплект “Юрист-плюс”. — К.: Центр комп’ютерних технологій, 1981.*
12. *Принципи надання медичної допомоги. Прийнято 35 Всесвітньою Медичною Асамблеєю. Венеція, 1983 // СД Бізнес-комплект “Юрист-плюс”. — К.: Центр комп’ютерних технологій, 1983.*
13. *Агафонова Л. Г., Рога О. В. Підготовка бізнес-плану. — К.: Знання, 2000. — 158 с.*
14. *Айсберг Е. О., Портер М., Браун Г. Как активизировать конкуренцию в здравоохранении // Конкуренция. — М.: Издат. дом “Вильямс”, 2000. — 496 с.*
15. *Аникеев С. Н. Методика разработки плана маркетинга. — М.: Информ-Студио, 1996. — 128 с.*
16. *Волкова А. С., Анашин В. В., Камчатный Г. И. Организационно-правовые основы частной стоматологической деятельности. — Харьков: Мегаполис, 2005. — 448 с.*
17. *Мочерний С. В., Устенко О. А., Чеботар С. І. Основи підприємницької діяльності. — К.: Видав. центр “Академія”, 2003. — 280 с.*
18. *Портер М. Конкуренция. — М.: Издат. дом “Вильямс”, 2000. — 496 с.*
19. *Саніахметова Н. О. Правовий захист підприємництва в Україні: Навч. посіб. — К.: Юрінком Інтер, 1999. — 364 с.*
20. *Солоп А. Тайны бизнеса. — К.: Изд-во УФІМБ. — 1997. — 320 с.*
21. *Стонер Дж., Долан Е. Г. Вступ у бізнес. — К.: Вид-во Європ. ун-ту фінанс., інформ. систем, менеджменту і бізнесу, 2000. — 752 с.*
22. *Якокка Ли. Карьера менеджера // www.Management.com.ua*

23. *Margois M. S., Long S. Y.* Federalism and health system reform // JAMA. — 1997. — V. 278. — N 6. — P. 514–517.
24. *Reynolds R. A., Rizzo J. A., Gonzalez M. L.* The cost of Medical Professional Liability // JAMA. — 1987. — V. 257. — P. 2776–2781.



MAYO

7. Нормативно-правові аспекти здійснення господарської діяльності з медичної практики в Україні

7.1. Правові засади системи охорони здоров'я

Право є найважливішою формою управлінської діяльності й політико-юридичним засобом управління поведінкою людей. Це конституційний компонент управління. Право впорядковує процес суспільних відносин, створює режим законності управління, закріплює об'єктивно обґрунтовані організаційні структури та раціональний порядок їх діяльності, тобто створює умови для досягнення ефективності.

Європейське регіональне бюро ВООЗ 1983 р. запропонувало таку класифікацію права у сфері охорони здоров'я (медико-санітарної допомоги) (рис. 7.1) [103]:

- гігієна навколишнього середовища;
- відносини між пацієнтами і професійними працівниками (наприклад, контакти між лікарем і пацієнтом, відповідальність, медична таємниця, вільний вибір лікаря та пацієнта тощо);
- організація медико-санітарної допомоги (державної та приватної);
- фінансування медико-санітарної допомоги (заходи контролю витрат на неї);
- міжнародна медико-санітарна допомога;
- гігієна навколишнього середовища.

Правові засади для функціонування галузі охорони здоров'я регламентують Конституція України 1996 року і загальне законодавство про охорону здоров'я: Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” 1992 р.; санітарне законодавство України; Цивільний кодекс України 2004 р.; Господарський кодекс України 2004 р., 1994 р.; ратифіковані Україною міжнародно-правові акти [1; 4; 7–9; 61] і галузеве законодавство.

Згідно зі ст. 3 Конституції України [63] “людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності

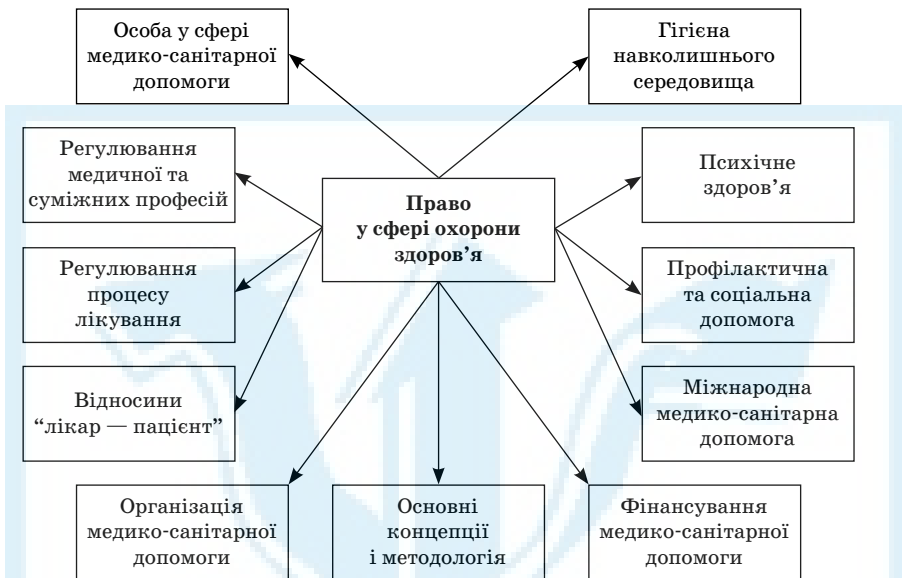


Рис. 7.1. Класифікація права у сфері охорони здоров'я

держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави”.

Згідно зі ст. 18 Конституції України “зовнішньоекономічна діяльність України спрямована на забезпечення її національних інтересів і безпеки шляхом підтримання мирного і взаємовигідного співробітництва з членами міжнародного співтовариства за загальновизнаними принципами і нормами міжнародного права”.

Згідно зі ст. 43 Конституції України “кожен має право на працю... Кожен має право на належні, безпечні і здорові умови праці, на заробітну плату, не нижчу від визначеної законом”.

Згідно зі ст. 49 Конституції України “кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для

ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. (Офіційне тлумачення положення частини третьої ст. 49 наведено в Рішенні Конституційного Суду № 10-рп/2002 від 29.05.02.) Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя”.

Конституція України, закріпивши у ст. 49 право громадян на охорону здоров'я, розмежовує це право і право на медичну допомогу та страхування.

Враховуючи соціально-політичну значущість і економічну вартість індивідуального та громадського здоров'я, забезпечення права кожної людини на охорону здоров'я можна вважати однією з найважливіших внутрішніх функцій сучасної держави.

7.2. Право на охорону здоров'я в міжнародних нормативно-правових актах

Життя і здоров'я є найвищими людськими цінностями. Здоров'я людини залежить від різноманітних факторів, найважливішими з яких є природні та спадкові. Але оскільки людина — істота соціальна, то стан її здоров'я залежить і від умов життя. Вчені підраховали, що умови життя людини (чистота навколишнього середовища, гігієнічні умови життя, праці й побуту, якість харчування та ін.) до 50 % визначають стан здоров'я, до третини (33 %) на стан здоров'я впливають спадкові фактори, а ефективна діяльність служби охорони здоров'я може забезпечити здоров'я людини лише на 8–12 %.

Здоров'я є невіддільною умовою гармонійного розвитку людей і водночас показником рівня соціально-економічного та культурного розвитку суспільства. Адже що розвиненіші й багатіші суспільство і держава, то більше коштів вони вкладають в охорону здоров'я своїх громадян, у медико-санітарне обслуговування, розвиток медичної, біологічної та фармацевтичної науки, практики та новітніх оздоровчих і лікувальних технологій.

Право на життя та здоров'я є природним і невіддільним правом людини. Це право визнають ООН, світова громадськість, воно закріплене в міжнародно-правових актах, серед яких Загальна Декларація прав людини [13], Конвенція про права дитини [60], Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права.

Наприклад, у ст. 25.1 Загальної Декларації прав людини наголошується, що “кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я...”. Дещо конкретизує це положення ст. 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права: “Держави, які беруть участь у цьому пакті, визнають право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я і для гарантування цього права повинні здійснювати такі заходи:

- а) забезпечення зменшення мертвонароджуваності, дитячої смертності та здорового розвитку дитини;
- б) поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища та гігієни праці у промисловості;
- в) запобігання епідемічним, ендемічним, професійним та іншим захворюванням, їх лікування і боротьба з ними;
- г) створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби”.

Отже, право на охорону здоров'я є одним з найважливіших та загальноновизнаних прав людини і потребує законодавчого закріплення.

7.3. Закони і кодекси України в галузі охорони здоров'я

Основні контури майбутньої системи і відповідно головні напрями правових засад системи охорони здоров'я були визначені ще в 1992 р. у Законі України “Основи законодавства про охорону здоров'я” [75].

Відповідно до ст. 3 цього Закону зміст охорони здоров'я становить система заходів, спрямованих на забезпечення, збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при

максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

Стаття 4 цього Закону передбачає розвиток самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Згідно зі ст. 18 цього Закону фінансове забезпечення системи охорони здоров'я повинно будуватися на використанні різноманітних джерел фінансування: коштів Державного і місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших незаборонених законодавством джерел. Досі проблему багатofункціонального фінансування галузі не вирішено з низки об'єктивних та суб'єктивних причин.

Невіддільною є проблема невирішеності економічних проблем галузі, таких як врегулювання надання платних медичних послуг населенню в державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Їх вирішення передбачалося шляхом внесення змін і доповнень до постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" від 17.05.96 № 1138 [78]. Проте після прийняття постанови Кабінету Міністрів "Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів від 17 вересня 1996 р. № 1138" від 11.07.02 № 989 ситуація не змінилась, оскільки знову деякі положення постанови суперечили положенням інших нормативно-правових актів, таких як Господарський кодекс України.

Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" передбачає багатоканальне фінансування галузі, проте не існує жодної постанови Кабінету Міністрів України або наказу Міністерства охорони здоров'я України, де регламентувалася б ця діяльність. Разом з тим на основі законів України "Про благодійність" та "Про громадські організації" створено благодійні фонди при закладах охорони здоров'я, що добровільно-примусово збирають кошти на лікування.

Водночас бюджетна політика держави сприяла досягненню реального збільшення фінансування галузі й розв'язанню багатьох нагальних проблем. Загальний обсяг фінансування медичної сфери досяг у 2004 р. 9,5 млрд грн. Проте фактичне фінансове забезпечення охорони здоров'я значно менше від реальних потреб і потребує залучення додаткових джерел фінансування. З метою подальшого розвитку багатоканальності фінансування

медичної галузі Міністерство охорони здоров'я України працює над розробкою механізму впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Це вигідно для держави, адже якщо механізм соціального страхування передбачатиме більший розмір страхових внесків установ і організацій, працівники яких мають низький рівень фізичного здоров'я, ніж тих, де працюють люди з безпечним рівнем здоров'я, то керівники будуть зацікавлені у стабільному здоров'ї своїх працівників.

Стаття 16 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” забезпечує незалежність керівника закладу охорони здоров'я у вирішенні всіх питань, пов'язаних з охроною здоров'я.

У цьому Законі бракує багатьох номінацій, не міститься, наприклад, таких визначень, як медична послуга, гарантований державою безоплатний рівень медичної допомоги, стаціонарна допомога, первинна медико-санітарна допомога, сімейний лікар, лікарня. З 1992 р. до цього Закону було внесено лише 12 доповнень; при цьому більшість з них стосувалися впорядкування бюджету на майбутній рік.

Низку інших законів з регулювання системи охорони здоров'я було прийнято пізніше.

Серед законодавчих нормативних актів важливу роль відіграє санітарне законодавство України, яке складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, законів України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” [21], “Про захист населення від інфекційних хвороб”, “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз”, “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” [25], “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз” [15] та інших нормативно-правових актів і санітарних норм. Саме ці законодавчі документи становлять правові засади для формування та втілення соціальної політики в галузі охорони здоров'я України.

Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” регулює суспільні відносини у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, визначає відповідні права і обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян, встановлює порядок

організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні.

Оскільки одним з напрямів соціальної політики є поліпшення якості життя громадян України, у Законі закріплено права громадян на безпечні для здоров'я і життя харчові продукти, питну воду, умови праці, навчання, виховання, побуту, відпочинку та навколишнє природне середовище; на відшкодування шкоди, завданої їх здоров'ю внаслідок порушення підприємствами, установами, організаціями, громадянами санітарного законодавства; на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, здоров'я населення, а також про наявні та можливі фактори ризику для здоров'я і їх ступінь. У цьому Законі визначено також обов'язки громадян, які полягають у тому, що вони повинні піклуватися про власне здоров'я і здоров'я та гігієнічне виховання своїх дітей, не заподіювати шкоди здоров'ю інших громадян; брати участь у санітарних і протиепідемічних заходах; проходити обов'язкові медичні огляди.

Держава запобігає соціально небезпечним захворюванням шляхом закріплення за медичними установами проведення обов'язкових профілактичних щеплень проти туберкульозу, поліомієліту, дифтерії, кашлюка, правця та кіру.

Органи виконавчої влади захищають права громадян України, виконуючи положення ст. 9 цього Закону щодо обов'язкової гігієнічної регламентації та державної реєстрації небезпечних для здоров'я людини факторів. Діяльність, що пов'язана з потенційною небезпекою для здоров'я людей, підлягає ліцензуванню в порядку, встановленому законодавством. Держава гарантує безпеку продовольчої сировини, харчових продуктів, а також матеріалів, обладнання і виробів, що використовуються при їх виготовленні, зберіганні, транспортуванні та реалізації. Важливо, що в Законі закріплено заходи дисциплінарної, адміністративної та кримінальної відповідальності за недотримання положень Закону.

Важливо розглянути ще один галузевий нормативно-правовий акт, де закріплено державні соціальні гарантії щодо захисту громадян України від соціально небезпечної хвороби — СНІДу. Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”

було прийнято Верховною Радою України в 1992 р., коли ситуація в Україні ще не мала епідемічного характеру. Проте в цьому Законі закріплено основні гарантії захисту населення України від цієї соціально небезпечної хвороби, а також захист людей, які є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД. Отже, профілактика поширення ВІЛ-інфекції в Україні та боротьба зі СНІДом визнаються одним з пріоритетних завдань держави в галузі охорони здоров'я населення.

Згідно із Законом держава гарантує кожному громадянину України забезпечення постійного епідеміологічного контролю за поширенням ВІЛ-інфекції на території України; доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції і забезпечення всіх громадянських та особистих прав ВІЛ-інфікованим та особам, що хворі на СНІД. Це один з найважливіших положень Закону, оскільки доволі часто ВІЛ-інфіковані й особи, що хворі на СНІД, стають об'єктом дискримінації через наявність у них ВІЛ-інфекції чи хвороби на СНІД і незаконно можуть бути позбавлені можливості реалізувати свої права.

Позитивним є той факт, що в цьому Законі чітко визначено, хто повинен реалізовувати державну політику запобігання захворюванню на СНІД і захисту населення. Згідно із Законом це відповідні центральні, місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, а також підприємства, установи та організації всіх форм власності.

Нині актуальною є також проблема захисту прав ВІЛ-інфікованих осіб, які не досягли 18 років, тому що в Україні зареєстровані випадки захворювання на СНІД неповнолітніх осіб. У ст. 21 Закону передбачено права батьків таких дітей і осіб, які їх замінюють.

Крім того, у ст. 27–29 Закону визначено права працівників, які були заражені вірусом імунодефіциту людини або захворіли на СНІД внаслідок виконання професійних обов'язків. Вони мають право на щорічне безкоштовне одержання путівки для санаторно-курортного лікування у спеціалізованих оздоровчих закладах міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, до сфери управління яких належать відповідні медичні служби, а також право на щорічну відпустку загальною тривалістю 56 календарних днів з використанням її в літній або інший зручний для них час.

Ще одним законом, який було прийнято у 2000 р. і який замінив попередній закон, що діяв за часів РСРС, є Закон України “Про психіатричну допомогу” [46]. Він визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи з пріоритету прав і свобод людини й громадянина, встановлює обов’язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації подання психіатричної допомоги і правового та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права і обов’язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у поданні психіатричної допомоги.

Держава гарантує фінансування подання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги; безоплатне подання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров’я; реабілітаційної допомоги в амбулаторних і стаціонарних умовах; здійснення всіх видів експертизи психічного стану особи; захист прав, свобод і законних інтересів осіб, які страждають на психічні розлади; здобуття безоплатно відповідної освіти особами, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних навчальних закладах; встановлення обов’язкових квот робочих місць на підприємствах, в установах та організаціях для працевлаштування інвалідів внаслідок психічного розладу у встановленому законом порядку.

Для виконання будь-якого закону потребуються підзаконні акти, які повинні бути видані центральними органами виконавчої влади.

З метою визначення механізму реалізації соціальних прав та державних соціальних гарантій, пріоритетів державної соціальної політики щодо забезпечення потреб людини в матеріальних благах і послугах та фінансових ресурсах для їх реалізації, обґрунтування розмірів видатків бюджетів різних рівнів та відповідно до Закону України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” [19] у галузі виконується цілеспрямована робота з обґрунтування і визначення державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров’я. Незважаючи на те що у ст. 11 цього Закону закріплено такі соціальні нормативи у сфері охорони здоров’я, як перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних

зкладах охорони здоров'я; нормативи подання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур; показники якості подання медичної допомоги; нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими та іншими спеціальними засобами; нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою; нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я; нормативи санаторно-курортного забезпечення; нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, держава не в змозі гарантувати реалізацію норм цього Закону.

Відсутність чіткої законодавчої бази в галузі охорони здоров'я зумовлює тінізацію ринку медичних послуг, зростання ринку нелегальних медичних послуг. Кошти, які обертаються в тіньовому секторі, не працюють на розвиток галузі, є джерелом доходу для нечистих на руку ділків від медицини.

Багато суспільних відносин у галузі охорони здоров'я регулюються Цивільним кодексом України, Кримінальним кодексом України та адміністративним законодавством.

У положеннях Цивільного кодексу України [107], що набрав чинності з 2004 р., зокрема, розписані види особистих немайнових прав: фізична особа має право на життя, охорону здоров'я, безпечне для життя і здоров'я довкілля, свободу та особисту недоторканність, недоторканність особистого і сімейного життя, повагу до гідності та честі, таємницю листування, телефонних розмов, телеграфної та іншої кореспонденції, недоторканність житла, право на вільний вибір місця проживання та пересування, літературної, художньої, наукової та технічної творчості.

Розглянемо докладніше окремі статті Цивільного кодексу України, що стосуються охорони здоров'я.

Стаття 283 ЦКУ стосується права на охорону здоров'я:

1. Фізична особа має право на охорону її здоров'я.
2. Охорона здоров'я забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбаченою Конституцією України та законом.

Статтею 284 ЦКУ передбачено право на медичну допомогу:

1. Фізична особа має право на надання їй медичної допомоги.
2. Фізична особа, яка досягла чотирнадцяти років і яка звернулася за поданням їй медичної допомоги, має право на

вибір лікаря та методів лікування відповідно до його рекомендацій.

3. Надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, провадиться за її згодою.

4. Повнолітня дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитися від лікування.

5. У невідкладних випадках за наявності реальної загрози життю фізичної особи медична допомога надається без згоди фізичної особи або її батьків (усиновлювачів), опікуна, піклувальника.

6. Надання фізичній особі психіатричної допомоги здійснюється відповідно до закону.

Розглядаючи викладені в цій статті права громадян, зауважимо, що підзаконних актів, які б розтлумачували методи реалізації цих прав, не існує. Наприклад, як документально зафіксувати свідомий вибір лікаря або як оформити згоду на подання медичної допомоги?

Стаття 285 ЦКУ надає право на інформацію про стан свого здоров'я.

1. Повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я.

2. Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного.

3. Якщо інформація про хворобу фізичної особи може погіршити стан її здоров'я або стан здоров'я фізичних осіб, визначених частиною другою цієї статті, зашкодити процесу лікування, медичні працівники мають право дати неповну інформацію про стан здоров'я фізичної особи, обмежити можливість їх ознайомлення з окремими медичними документами.

4. У разі смерті фізичної особи члени її сім'ї або інші фізичні особи, уповноважені ними, мають право бути присутніми при дослідженні причин її смерті та ознайомитись із висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду.

Коментуючи цю статтю, зауважимо, що постає багато питань, наприклад, як зрозуміти погіршення стану здоров'я фізичних осіб (родичів) при отриманні інформації про стан хворого.

Стаття 286 ЦКУ забезпечує право на таємницю про стан здоров'я:

1. Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні.

2. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.

3. Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

4. Фізична особа може бути зобов'язана до проходження медичного огляду у випадках, встановлених законодавством.

Ця стаття доволі конкретна, але частина друга незрозуміла.

Стаття 287 ЦКУ встановлює права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я:

1. Фізична особа, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, має право на допуск до неї інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката.

2. Фізична особа, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, має право на допуск до неї священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду.

Слід звернути увагу також на ст. 633 ЦКУ, яка передбачає публічний характер договору на надання медичних послуг.

Публічним є договір, в якому одна сторона — підприємець взяла на себе обов'язок здійснювати продаж товарів, виконання робіт або надання послуг кожному, хто до неї звернеться (роздрібна торгівля, перевезення транспортом загального користування, послуги зв'язку, медичне, готельне, банківське обслуговування тощо). Умови публічного договору встановлюються однаковими для всіх споживачів, крім тих, кому за законом надані відповідні пільги. Підприємець не має права надавати перевагу одному споживачеві перед іншим щодо укладення публічного договору, якщо інше не встановлено законом. Підприємець не має права відмовитися від укладення публічного договору за наявності у нього можливостей надання споживачеві відповід-

них товарів (робіт, послуг). У разі необґрунтованої відмови підприємця від укладення публічного договору він повинен відшкодувати збитки, завдані споживачеві такою відмовою.

7.4. Кримінальна відповідальність при провадженні медичної практики

Кримінальна відповідальність при провадженні медичної практики розглядається у Кримінальному кодексі України [65].

Кримінальний кодекс України передбачає відповідальність:

- за незаконне проведення абортів, якщо воно спричинило тривалий розлад здоров'я, безплідність або смерть потерпілої;
- за незаконне проведення медико-біологічних, психологічних або інших дослідів над людиною, якщо це створювало небезпеку для її життя чи здоров'я;
- за незаконне поміщення до психіатричного закладу.

Закон передбачає кримінальну відповідальність за вимагання оплати за подання медичної допомоги.

Стаття 184 ККУ передбачає санкції за порушення права на безоплатну медичну допомогу:

1. Незаконна вимога оплати за надання медичної допомоги в державних чи комунальних закладах охорони здоров'я карається штрафом до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців.

2. Незаконне скорочення мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я карається штрафом до однієї тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років.

Деякі статті Кримінального кодексу України захищають суб'єктів господарювання від осіб, що намагаються їм зашкодити.

Стаття 206 ККУ передбачає санкції за протидію законній господарській діяльності:

1. Протидія законній господарській діяльності, тобто неправна вимога припинити займатися господарською діяльністю чи обмежити її, укласти угоду або не виконувати укладену угоду, виконання (невиконання) якої може заподіяти матеріальної

шкоди або обмежити законні права чи інтереси того, хто займається господарською діяльністю, поєднана з погрозою насильства над потерпілим або близькими йому особами, пошкодження чи знищення їхнього майна за відсутності ознак вимагання, карається виправними роботами на строк до двох років або обмеженням волі на строк до трьох років.

2. Протидія законній господарській діяльності, вчинена організованою групою або службовою особою з використанням службового становища, або поєднана з насильством, небезпечним для життя чи здоров'я, або така, що заподіяла велику шкоду чи спричинила інші тяжкі наслідки, карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

Зауважимо, що матеріальна шкода вважається великою, якщо вона у п'ятсот і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян.

Закон забороняє надавати недостовірну інформацію (ст. 238 ККУ) про екологічний стан або захворюваність населення, забруднення або псування земель, забруднення атмосферного повітря, порушення правил охорони вод.

На особливу увагу заслуговує стаття 202 ККУ: порушення порядку зайняття господарською та банківською діяльністю.

Зокрема, здійснення без державної реєстрації як СПД, що містить ознаки підприємницької та підлягає ліцензуванню, або здійснення без одержання ліцензії видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню відповідно до законодавства, чи здійснення таких видів господарської діяльності з порушенням умов ліцензування, якщо це було пов'язано з отриманням доходу у великих розмірах, карається штрафом від ста до двохсот п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на той самий строк.

Суб'єкти господарської діяльності повинні враховувати також положення ст. 270 ККУ: порушення встановлених законодавством вимог пожежної безпеки, якщо воно спричинило виникнення пожежі, якою заподіяно шкоду здоров'ю людей або майнову шкоду у великому розмірі, карається штрафом від п'ятдесяти до ста двадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, та ст. 271 ККУ: по-

рушення вимог законодавчих та інших нормативно-правових актів про охорону праці службовою особою підприємства, установи, організації або громадянином — суб'єктом підприємницької діяльності, якщо це порушення заподіяло шкоду здоров'ю потерпілого, карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на той самий строк.

Низка статей Кримінального кодексу України передбачає відповідальність за викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем, а також покарання за порушення правил поводження з мікробіологічними або іншими біологічними агентами чи токсинами.

7.5. Адміністративні порушення при провадженні медичної практики

Охорона прав і свобод громадян, власності, конституційного ладу України, прав і законних інтересів підприємств, установ і організацій, встановленого правопорядку, зміцнення законності, запобігання правопорушенням, виховання громадян у дусі точного і неухильного додержання Конституції і законів України, поваги до прав, честі й гідності інших громадян, до правил співжиття, сумлінного виконання своїх обов'язків, відповідальності перед суспільством є основним завданням Кодексу України про адміністративні правопорушення [58].

Стаття 14 АКУ передбачає відповідальність посадових осіб, а саме: посадові особи підлягають адміністративній відповідальності за адміністративні правопорушення, пов'язані з недодержанням встановлених правил у сфері охорони порядку управління, державного і громадського порядку, природи, здоров'я населення та інших правил, забезпечення виконання яких входить до їх службових обов'язків.

Стаття 42 АКУ вимагає дотримання санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм, а саме: порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм спричинює накладання штрафу на громадян від одного до

дванадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян і на посадових осіб — від шести до двадцяти п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Стаття 44-1 АКУ дозволяє притягувати до відповідальності осіб, які ухиляються від медичного огляду, хворих на наркоманію, на наявність наркотичного сп'яніння, а також осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами.

Стаття 45 АКУ накладає штрафи за ухиляння від обстеження осіб, щодо яких є достатні дані про те, що вони хворі на венеричну хворобу, або від лікування осіб, які були в контакті з хворими на венеричну хворобу і потребують профілактичного лікування, продовжуване після попередження, зробленого їм органами охорони здоров'я.

Стаття 45-1 АКУ передбачає відповідальність за порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та(або) її компонентів і препаратів, порядку контролю за безпекою та якістю донорської крові, її компонентів, препаратів і відповідних консервуючих розчинів, порядку обміну донорською кров'ю, її компонентами і препаратами та вивезення їх за межі України, порядку медичного обстеження донора перед здаванням крові та її компонентів.

Відповідно до ст. 46 АКУ адміністративна відповідальність передбачається за умисне приховування хворими на венеричну хворобу джерела зараження і осіб, які були в контакті з цими хворими.

Стаття 164 АКУ передбачає відповідальність за здійснення діяльності без державної реєстрації як СПД, що містить ознаки підприємницької, або здійснення без одержання ліцензії видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню відповідно до закону, накладенням штрафу в розмірі від трьох до п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з конфіскацією виготовленої продукції, знарядь виробництва і сировини чи без такої.

Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за таке саме порушення, спричиняють накладення штра-

фу в розмірі від п'яти до восьми неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з конфіскацією виготовленої продукції, знарядь виробництва і сировини чи без такої.

7.6. Правові засади ціноутворення при наданні медичних послуг

Політика ціноутворення, порядок встановлення та застосування цін, повноваження органів державної влади та органів місцевого самоврядування щодо встановлення та регулювання цін, а також контролю за цінами і ціноутворенням визначаються законом про ціни і ціноутворення, іншими законодавчими актами.

Так, ст. 190 ГКУ [6] передбачає, що вільні ціни визначаються на всі види продукції (робіт, послуг), за винятком тих, на які встановлено державні ціни. Частина друга цієї статті передбачає, що вільні ціни визначаються суб'єктами господарювання самостійно за згодою сторін, а у внутрішньогосподарських відносинах — також за рішенням суб'єкта господарювання.

Поняття і порядок встановлення державних та комунальних цін визначає ст. 191 ГКУ.

Зокрема, частина перша цієї статті визначає, що державні фіксовані та регульовані ціни встановлюються на ресурси, що справляють визначальний вплив на загальний рівень і динаміку цін, а також на продукцію та послуги, що мають суттєве соціальне значення для населення. Перелік зазначених ресурсів, продукції, послуг затверджує Кабінет Міністрів України.

У Постанові Кабінету Міністрів України “Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)” від 25.12.96 № 1548 затверджено повноваження центральних органів виконавчої влади, Ради Міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій щодо регулювання (встановлення фіксованих та граничних рівнів цін (тарифів), торговельних (постачальницько-збутових) надбавок, нормативів рентабельності, запровадження обов'язкового декларування зміни) цін і тарифів на окремі види продукції, товарів і послуг згідно з додатком.

У п. 12 цієї Постанови зазначено, що Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації регулюють (встановлюють):

- тарифи на платні послуги, які надають лікувально-профілактичні державні та комунальні заклади охорони здоров'я;
- граничні торговельні надбавки (націнки) на лікарські засоби і вироби медичного призначення, зазначені в переліку вітчизняних та імпортованих лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню, що реалізуються населенню через аптечну мережу, на рівні не вище 35 % оптової ціни виробника (митної вартості), а на ті, що купуються державними та комунальними закладами охорони здоров'я за бюджетні кошти, — на рівні не вище 10 % оптової ціни виробника (митної вартості).

Відповідно до закону державні ціни встановлюються також на продукцію (послуги) суб'єктів господарювання — природних монополістів. Переліки видів продукції (послуг) зазначених суб'єктів затверджуються Кабінетом Міністрів України. Державні ціни встановлюються також на імпортовані товари, придбані за рахунок коштів Державного бюджету України.

Державне регулювання цін здійснюється шляхом встановлення фіксованих державних та комунальних цін, граничних рівнів цін, граничних рівнів торговельних надбавок і постачальницьких винагород, граничних нормативів рентабельності або шляхом запровадження обов'язкового декларування зміни цін.

Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування при встановленні фіксованих цін, застосування яких унеможливило одержання прибутку суб'єктами підприємництва, зобов'язані надати цим суб'єктам дотацію відповідно до закону.

У ст. 165-2 АКУ передбачається відповідальність за порушення порядку формування, встановлення та застосування цін і тарифів, а також знижок, націнок і доплат до них. Такі самі дії, вчинені особою, яку протягом року було піддано адміністративному стягненню за одне з правопорушень, зазначених у частині першій цієї статті, зумовлюють накладення штрафу від десяти до п'ятнадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Адміністративним кодексом України [58] регулюються й інші відносини між суб'єктами господарювання, органами влади.

Зокрема, ст. 166-3 АКУ передбачає відповідальність за дискримінацію підприємців органами влади і управління, а ст. 168-1 — за виконання робіт, надання послуг громадянам-споживачам, що не відповідають вимогам стандартів, норм і правил.

Стаття 172 АКУ забороняє порушення правил застосування засобів вимірювальної техніки, на які поширюється державний метрологічний нагляд.

Стаття 186-3 АКУ може бути застосована в разі неподання органам державної статистики даних для проведення державних статистичних спостережень або подання їх недостовірними, не в повному обсязі, не за формою, передбаченою звітно-статистичною документацією, або із запізненням; незабезпечення належного стану первинного обліку; порушення порядку ведення Єдиного державного реєстру підприємств і організацій України.

Порушення порядку використання конфіденційної інформації, приховування або перекручення даних державних статистичних спостережень, а також використання їх у засобах масової інформації, для поширення в інформаційних мережах, на паперових, магнітних та інших носіях, у наукових працях тощо без посилання на їх джерело зумовлює накладення штрафу на громадян.

У ст. 188-10 АКУ передбачається штраф за невиконання законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів щодо усунення порушень законодавства про лікарські засоби або створення перешкод для діяльності цих органів.

Стаття 188-11 АКУ накладає штраф за невиконання постанов, розпоряджень, приписів, висновків посадових осіб органів, установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби щодо усунення порушень санітарного законодавства, ненадання їм необхідної інформації або надання неправдивої інформації, створення інших перешкод для виконання покладених на них обов'язків.

Кодекс України про адміністративні порушення передбачає адміністративну відповідальність за порушення законодавства про державну таємницю, а саме: засекречування інформації про

стан докiллiя, якiсть харчових продуктiв i предметiв побуту; про стан здоров'я населення, його життєвий рiвень, включаючи харчування, одяг, житло, медичне обслуговування та соцiальне забезпечення; про соцiально-демографiчні показники, стан правопорядку, освiти та культури населення; про факти порушень прав i свобод людини i громадянина; про незаконнi дiї органiв державної влади, органiв мiсцевого самоврядування та їх посадових осiб.

Стаття 236 АКУ надає повноваження органам, установам та закладам державної санiтарно-епiдеміологiчної служби розглядати справи про адмiнiстративнi правопорушення, пов'язанi з порушенням державних санiтарно-гiгiєнічних i санiтарно-протиепiдемічних правил i норм (ст. 42 АКУ), а також про адмiнiстративнi правопорушення, передбаченi частиною другою ст. 41, ст. 78, 80–83, 90-1, 95, 167, 168-1, 170 (коли вони є порушеннями санiтарно-гiгiєнічних i санiтарно-протиепiдемічних правил i норм) та ст. 188-11 АКУ.

Вiд iменi органiв, установ i закладiв державної санiтарно-епiдеміологiчної служби розглядати справи про адмiнiстративнi правопорушення i накладати адмiнiстративнi стягнення в межах територiй та об'єктiв нагляду, визначених законодавством, мають право:

- головний державний санiтарний лiкар України та його заступники, головнi державнi санiтарнi лiкарі Автономної Республiки Крим, областей, мiст Києва та Севастополя, головнi державнi санiтарнi лiкарі водного, залiзничного, повітряного транспорту, водних басейнiв, залiзниць та їх заступники, головнi державнi санiтарнi лiкарі районiв, мiст, районiв у мiстах, лiнійних пiдроздiлiв та об'єктiв водного, залiзничного, повітряного транспорту, об'єктiв, що мають особливий режим роботи, Мiнiстерства оборони України, Мiнiстерства внутрiшнiх справ України, Державного комiтету у справах охорони державного кордону України, Нацiональної гвардiї України, Служби безпеки України, з'єднань, частин та пiдроздiлiв i їх заступники;
- лiкарі-гiгiєністи, лiкарі-епiдеміологи органiв, установ i закладiв державної санiтарно-епiдеміологiчної служби щодо адмiнiстративних правопорушень, передбачених частиною другою ст. 41, а також ст. 42, 78, 80–83, 95, 167, 168-1,

170 АКУ (коли вони є порушеннями санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм).

Згідно зі ст. 244-8 АКУ органи державного контролю якості лікарських засобів розглядають справи про адміністративні правопорушення, пов'язані з недодержанням вимог стандартів, норм, правил і технічних умов під час виробництва, зберігання, транспортування, реалізації чи використання лікарських засобів, передбачені ст. 167–170 АКУ, з порушенням встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та(або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1 АКУ), а також з невиконанням законних вимог посадових осіб органів державного контролю якості лікарських засобів (ст. 188-10 АКУ).

Від імені органів державного контролю якості лікарських засобів розглядати справи про адміністративні правопорушення і накладати адміністративні стягнення мають право:

- за адміністративні правопорушення, передбачені ст. 45-1, 167–170, 188-10 АКУ, — Головний державний інспектор України з контролю якості лікарських засобів та його заступники, начальники державних інспекцій з контролю якості лікарських засобів в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, їх заступники та державні інспектори з контролю якості лікарських засобів;
- за адміністративні правопорушення, передбачені ст. 188-10 АКУ (у частині невиконання законних вимог щодо усунення порушень умов виробництва лікарських засобів), — Голова Державного комітету України з медичної та мікробіологічної промисловості та його заступники.

У ст. 29 КПКУ передбачено, що за наявності достатніх даних про те, що злочином завдана матеріальна шкода або понесені витрати закладом охорони здоров'я на стаціонарне лікування потерпілого від злочину, орган дізнання, слідчий, прокурор і суд зобов'язані вжити заходів для забезпечення цивільного позову.

Закон України “Про захист прав споживачів” [26] регулює відносини між споживачами товарів (робіт, послуг) і виробниками, виконавцями, продавцями в умовах різних форм власності, встановлює права споживачів і визначає механізм реалізації державного захисту їх прав.

У Господарському кодексі України [6] визначені основні засади господарювання в Україні та врегульовані господарські відносини, що виникають у процесі організації та здійснення господарської діяльності між суб'єктами господарювання, а також іншими учасниками відносин у сфері господарювання.

Учасниками відносин у сфері господарювання є суб'єкти господарювання, споживачі, органи державної влади та органи місцевого самоврядування, наділені господарською компетенцією, а також громадяни, громадські та інші організації, які є засновниками суб'єктів господарювання чи здійснюють щодо них організаційно-господарські повноваження на основі відносин власності.

Згідно з Господарським кодексом України під господарською діяльністю розуміється діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямована на виготовлення та реалізацію продукції, виконання робіт чи надання послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність. Господарська діяльність, 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).

Правовий господарський порядок в Україні формується на основі оптимального поєднання ринкового саморегулювання економічних відносин суб'єктів господарювання та державного регулювання макроекономічних процесів виходячи з конституційної вимоги відповідальності держави перед людиною за свою діяльність і визначення України як суверенної та незалежної, демократичної, соціальної, правової держави.

Конституційні засади правового господарського порядку в Україні становлять право власності українського народу на землю, її надра, атмосферне повітря, водні та інші природні ресурси, які знаходяться в межах території України, природні ресурси її континентального шельфу, виключної (морської) економічної зони, що здійснюється від імені українського народу органами державної влади і органами місцевого самоврядування в межах, визначених Конституцією України, забезпечення державою захисту прав усіх суб'єктів права власності і господарювання, соціальної спрямованості економіки, недопущення використання

власності на шкоду людині й суспільству; право кожного володіти, користуватися і розпоряджатися своєю власністю, результатами своєї інтелектуальної, творчої діяльності; визнання всіх суб'єктів права власності рівними перед законом, непорушності права приватної власності, недопущення протиправного позбавлення власності; економічна багатоманітність, право кожного на підприємницьку діяльність, не заборонену законом, визначення виключно законом правових засад і гарантій підприємництва; забезпечення державою захисту конкуренції в підприємницькій діяльності, недопущення зловживання монопольним становищем на ринку, неправомірного обмеження конкуренції та недобросовісної конкуренції, визначення правил конкуренції та норм антимонопольного регулювання виключно законом; забезпечення державою екологічної безпеки та підтримання екологічної рівноваги на території України; забезпечення державою належних, безпечних і здорових умов праці, захист прав споживачів; визнання і дія в Україні принципу верховенства права. Суб'єкти господарювання та інші учасники відносин у сфері господарювання здійснюють діяльність у межах встановленого правового господарського порядку, додержуючи вимог законодавства.

7.7. Нормативно-правове забезпечення трудових взаємовідносин при провадженні медичної практики

Кодекс законів про працю України [57] регулює трудові відносини всіх працівників, сприяючи підвищенню продуктивності праці, поліпшенню якості роботи, підвищенню ефективності суспільного виробництва і піднесенню на цій основі матеріального і культурного рівня життя трудящих, зміцненню трудової дисципліни і поступовому перетворенню праці на благо суспільства в першу життєву потребу кожної працездатної людини. Законодавство про працю встановлює високий рівень умов праці, всебічну охорону трудових прав працівників.

Стаття 21 Кодексу законів про працю України передбачає принципову можливість укладення трудового договору у формі контракту (в якому строк його дії, права, обов'язки і відповідальність сторін (у тому числі матеріальна), умови матеріально-

го забезпечення і організації праці працівника, умови розірвання договору, у тому числі дострокового, можуть встановлюватися угодою сторін). Однак ця ж стаття встановлює, що трудовий договір у формі контракту може застосовуватися лише у випадках, прямо визначених законом. Це означає, що вирішення питання про визначення сфери можливого застосування контрактної форми трудового договору є виключною прерогативою парламенту.

Для медичних працівників закон не передбачає можливості укладення трудового договору у формі контракту, хоча, наприклад, для педагогічних працівників така можливість існує (згідно з частиною третьою ст. 54 Закону України “Про освіту” педагогічні та науково-педагогічні працівники приймаються на роботу шляхом укладення трудового договору, у тому числі за контрактом). Як виняток у секторі охорони здоров’я нині може використовуватися укладення трудового договору у формі контракту з керівниками державних і комунальних медичних закладів, але лише за умови, що ці заклади мають господарсько-правовий статус державного чи комунального підприємства. Така можливість існує завдяки загальному регулюванню управління підприємством, встановленому ст. 65 ГКУ (згідно з частиною четвертою цієї статті при наймі керівника підприємства з ним укладається договір (контракт), в якому визначаються строк найму, права, обов’язки і відповідальність керівника, умови його матеріального забезпечення, умови його звільнення з посади, інші умови найму за погодженням сторін). Зазначені обмеження є суттєвим недоліком українського законодавства щодо створення правових можливостей для запровадження справді ефективної, повноцінної та завершеної контрактної моделі системи охорони здоров’я.

Медична практика здійснюється за спеціальностями, які значаються в ліцензії відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України “Про подальше удосконалення атестації лікарів” від 19.12.97 № 359 (і зареєстрованої Міністерством юстиції України 14.01.98 за № 14/2454), із змінами, внесеними наказом Міністерства охорони здоров’я України “Про внесення змін до Номенклатури лікарських спеціальностей” від 06.07.05 № 333 (зареєстровано Міністерством юстиції України 13.07.05

за № 747/11027) і Номенклатури спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, яка затверджується Міністерством охорони здоров'я України, та відповідно до обсягів, визначених кваліфікаційними характеристиками, які затверджуються Міністерством охорони здоров'я України.

Видача рецептів для отримання пацієнтами медикаментів і виробів медичного призначення безоплатно чи на пільгових умовах, а також виписування рецептів на дозволені до застосування в Україні наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, занесені до відповідних таблиць Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 № 770, здійснюються суб'єктами господарювання відповідно до Правил виписування рецептів на лікарські засоби та виробу медичного призначення, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень" від 19.07.05 № 360 (зареєстровано Міністерством юстиції України 20.07.05 за № 782/11062).

Суб'єкти господарської діяльності при провадженні медичної практики повинні дотримувати вимог Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 16.10.98 № 1642.

Державним комітетом України з питань регуляторної політики та підприємництва та Міністерством охорони здоров'я України було видано наказ "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами" від 12.01.01 № 3/8 (зареєстровано Міністерством юстиції України 26.01.01 за № 80/5271).

Таким чином, нормативно-правова база держави, у тому числі й у галузі охорони здоров'я, є основою міцного правопорядку,

необхідною умовою конституціоналізму і стабільної демократії та ефективного виконання будь-яким інститутом держави своїх функцій.

Теорія і практика демократично-соціальної модернізації економіки України, її правового забезпечення потребують нових методологічних підходів, нової парадигми вивчення економічних і правових проблем, досліджень проблем взаємозв'язку держави і економіки, держави і підприємництва, правового регулювання економічних відносин у галузі охорони здоров'я. За сучасних умов відносини в галузі охорони здоров'я Україна потребують створення сучасного законодавства в цій галузі. Створення нових законів і підзаконних актів у цих умовах набуває особливого змісту, позаяк закладає підвалини для майбутніх дій з їх реалізації.

Список використаної літератури

1. *Алма-Атинская декларация*. Принята на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате, сентябрь 1978 г. // Работа ВОЗ в 1978–1979 гг. Двухгодичный отчет Генерального директора. ВОЗ. — Женева, 1980. — С. VII–X.
2. *Буссе Р. Т. ван дер Гринтен, Свенсон П. Г.* Регулирование предпринимательской деятельности больниц: теория и практика // Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран: Пер. с англ. / Под ред. Р. Б. Солтмана, Р. Буссе, З. Моссиалоса. — М.: Весь мир, 2002. — С. 135–154.
3. *Бюджетний кодекс України (із змінами станом на 25.03.05)* // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
4. *Всемирная декларация по здравоохранению*. Утверждена резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения ВНА 51.7 16 мая 1998 г. // Пятьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Резолюции и решения. Приложения. ВНА51/1998/ REC/1, ВОЗ. — Женева, 1998. — С. 5–7.
5. *Глуховський В. В.* Права пацієнтів: європейський досвід і реформа охорони здоров'я в Україні // Стратегічні на-

- прямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. проф. В. М. Лехан. — К.: Сфера, 2001. — С. 135–143.
6. *Господарський кодекс України*. Прийнятий 16 січня 2003 р. (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
 7. *Дванадцять принципів організації здравоохранения для любой национальной системы здравоохранения*. Приняты 17-й Всемирной медицинской ассамблеей, Нью-Йорк, США, октябрь 1963 г., с поправками, внесенными 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г. // *Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций*. — К.: Сфера, 1999. — С. 11–12.
 8. *Декларация прав ребенка*. Резолюция 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 г. // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
 9. *Декларация социального прогресса и развития*. Резолюция 2542 (XXIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 11 декабря 1969 г. // Организация Объединенных Наций. Генеральная Ассамблея. Официальные отчеты. Двадцать четвертая сессия. — Дополнение № 30 (A/7630). — С. 61–67.
 10. *Державна програма “Онкологія” на 2002–2006 роки*: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 29 березня 2002 р. № 392.
 11. *Державна програма профілактики йодної недостатності у населення на 2002–2005 роки*: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2002 р.
 12. *Державна програма розвитку трансплантації на 2002–2005 роки*: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 12 вересня 2002 р. № 1339.
 13. *Загальна декларація прав людини*. Прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1948 р. (Док. ООН/PES/217 А).
 14. *Закон України “Про благодійництво та благодійні організації”* // ВВР України. — 1997. — № 46. — Ст. 292.
 15. *Закон України “Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз”* (із змінами станом на 20.01.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
 16. *Закон України “Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку”* (із змінами станом на 24.06.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

17. Закон України “Про відходи” (із змінами станом на 23.12.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
18. Закон України “Про внесення змін до Бюджетного кодексу України” (№ 2350-IV від 13 січня 2005 р.) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
19. Закон України “Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії” // ВВР України. — 2000. — № 48. — Ст. 409.
20. Закон України “Про донорство крові та її компонентів” (із змінами станом на 26.12.02) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
21. Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” (із змінами станом на 02.11.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
22. Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням” (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
23. Закон України “Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності” (із змінами за станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
24. Закон України “Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” (із змінами станом на 20.01.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
25. Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” (із змінами станом на 15.11.01) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
26. Закон України “Про захист прав споживачів” (із змінами станом на 18.11.03) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
27. Закон України “Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів” (із змінами станом на 11.07.03) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

28. *Закон України “Про імплантацію електрокардіостимуляторів”* // ВВР України. — 2000. — № 43. — Ст. 369.
29. *Закон України “Про інформацію”* (із змінами станом на 11.05.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
30. *Закон України “Про лікарські засоби”* (із змінами станом на 30.06.99) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
31. *Закон України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”* (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
32. *Закон України “Про метрологію та метрологічну діяльність”* (із змінами станом на 15.06.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
33. *Закон України “Про місцеве самоврядування в Україні”* (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
34. *Закон України “Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів”* (із змінами станом на 03.04.03) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
35. *Закон України “Про освіту”* (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
36. *Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”* (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
37. *Закон України “Про охорону атмосферного повітря”* (із змінами станом на 03.06.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
38. *Закон України “Про охорону навколишнього природного середовища”* (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
39. *Закон України “Про охорону праці”* (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
40. *Закон України “Про пенсійне забезпечення”* (із змінами станом на 10.07.03) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

41. Закон України “Про пестициди і агрохімікати” (із змінами станом на 18.03.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
42. Закон України “Про питну воду та питне водопостачання” (із змінами станом на 18.11.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
43. Закон України “Про податок з доходів фізичних осіб” (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
44. Закон України “Про податок на додану вартість” (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
45. Закон України “Про поставки продукції для державних потреб” (із змінами станом на 15.05.03) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
46. Закон України “Про психіатричну допомогу” (із змінами станом на 09.12.03) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
47. Закон України “Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей” (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
48. Закон України “Про стандартизацію” // ВВР України. — 2001. — № 31. — Ст. 145.
49. Закон України “Про статус ветеранів військової служби і ветеранів органів внутрішніх справ та їх соціальний захист” (із змінами станом на 24.06.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
50. Закон України “Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи” (із змінами станом на 03.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
51. Закон України “Про страхування” (із змінами станом на 23.12.04) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
52. Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині”; Закон України “Про захист населення від інфекційних хвороб” (із змінами станом на 05.06.03) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

53. *Закон України “Про ціни і ціноутворення” (із змінами станом на 20.11.03)* // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
54. *Закон України “Про якість та безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини” (із змінами станом на 18.11.04)* // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
55. *Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи. Резолюция 46/119. Принята на 46 сессии Генеральной Ассамблеи ООН 18 февраля 1992 г. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций.* — К.: Сфера, 1999. — С. 86–95.
56. *Здоровье 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе // Европейская серия по достижению здоровья для всех № 6, ВОЗ, Европейское региональное бюро.* — Копенгаген. — 310 с.
57. *Кодекс законів про працю України (із змінами станом на 03.03.05)* // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
58. *Кодекс України про адміністративні правопорушення (із змінами станом на 03.03.05)* // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
59. *Постанова Кабінету Міністрів України “Комплексні заходи щодо запобігання розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом” від 23 березня 1998 р. № 357* // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
60. *Конвенція про права дитини. Ратифікована Верховною Радою Української РСР 27.02.1991 р.* — К.: Столиця, 1997. — 32 с.
61. *Конвенція про захист прав і основних свобод людини із поправками, внесеними відповідно до положень Протоколу № 11 // 36. договорів Ради Європи. Українська версія.* — К.: Парламент. вид-во, 2000. — С. 27–45.
62. *Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 26 червня 1996 р.* — К., 1997. — 80 с.
63. *Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Затв. Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000.*

64. *Кримінальний кодекс України (із змінами за станом на 03.03.05)* // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
65. *Літвак А., Погорілий В., Тищук М.* Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. — Одеса: ТЕС, 2001.
66. *Наказ МОЗ України та Міністерства фінансів України* “Механізм міжбюджетних розрахунків за медичну допомогу, надану хворим міжобласними спеціалізованими закладами, центрами” від 4 лютого 2002 р. № 246/514.
67. *Міжгалузева комплексна програма* “Здоров’я нації” на 2002–2011 роки: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14.
68. *Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права.* Док. ООН А/RES/2200 А(XXI). Ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 2148-VIII від 19.10.73.
69. *Наказ МОЗ* “Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень” від 19.07.05 № 360 // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.
70. *Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України* / Відп. ред. С. С. Яценко. — К.: А. С. К., 2002. — 936 с.
71. *Національна програма* “Репродуктивне здоров’я 2001–2005”. Схвалено Указом Президента України від 26 березня 2001 р. № 203/2001.
72. *Національна програма боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки:* Затв. Указом Президента України від 20 серпня 2001 р. № 643/2001.
73. *Закон України* “Основи законодавства України про загальнообов’язкове державне соціальне страхування” // ВВР України. — 1998. — № 23. — Ст. 121.
74. *Закон України* “Основи законодавства України про охорону здоров’я” (із змінами станом на 25.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.

75. *Цивільний кодекс України. Прийнятий 16 січня 2003 р. (із змінами станом на 03.03.05) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.*
76. *Постанова Кабінету Міністрів України “Перелік лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади і установи охорони здоров’я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів” від 05.09.96 за № 1071.*
77. *Постанова Кабінету Міністрів України “Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров’я” від 20.06.2000 № 989.*
78. *Постанова Кабінету Міністрів України “Перелік платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти” від 17 вересня 1996 р. № 1138 (із змінами та доповненнями) // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>.*
79. *Постанова Кабінету Міністрів України “Порядок складання, розгляду, затвердження та основні вимоги до виконання кошторисів бюджетних установ” від 28.02.2002 № 228 (із змінами станом на 29.04.04).*
80. *Постанова Кабінету Міністрів України “Про впорядкування умов оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери” від 07.02.01 № 134.*
81. *Постанова Кабінету Міністрів України “Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)” від 25.12.96 № 1548 (із змінами та доповненнями).*
82. *Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Національного переліку основних (життєво необхідних) лікарських засобів і виробів медичного призначення” від 16.11.01 № 1482.*
83. *Наказ МОЗ України “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги” від 28.12.02 № 507.*
84. *Наказ МОЗ України “Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини” 11.09.2000 № 214.*

85. *Наказ* МОЗ України “Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей” від 27.07.98 № 226.
86. *Наказ* МОЗ України “Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю “загальна практика — сімейна медицина”” від 05.05.03 № 191.
87. *Наказ* МОЗ України “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я” від 23.02. 2000 № 33.
88. *Наказ* МОЗ України і Міністерства економіки та з питань європейської інтеграції України “Перелік вітчизняних та імпортованих лікарських засобів і виробів медичного призначення, ціни на які підлягають державному регулюванню” від 03.12.01 № 408/294.
89. *Програма* подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.02 № 955.
90. *Програма* профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002–2007 роки: Затв. Указом Президента України від 21.05.02 № 475/2002.
91. *Програма* реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 роки. Затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 04.06.03 № 877.
92. *Програма* розвитку донорства крові та її компонентів на 2002–2007 роки: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 26.10.01 № 1403.
93. *Проект* Закону України про заклади охорони здоров’я. Внесений на розгляд Верховної Ради України народними депутатами України М. Поліщуком та В. Бондаренком, реєстр. № 5426 від 19 квітня 2004 р. // <http://www.rada.gov.ua:8080/pls/zweb/webproc2>.
94. *Проект* Закону України про фінансування охорони здоров’я та медичне страхування. Внесений на розгляд

- Верховної Ради України народними депутатами України М. Поліщуком, О. Римаруком, Т. Бахтеєвою, В. Бондаренком, М. Лободою, М. Сятинєю, реєстр. № 3370 від 8 жовтня 2003 р. // <http://www.rada.gov.ua:8080/pls/zweb/webproc2>.
95. *Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 66 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) Постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти” (справа про платні медичні послуги) від 25 листопада 1998 р.*
 96. *Рішення Конституційного Суду України у справі за поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України “у державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно” (справа про безоплатну медичну допомогу), м. Київ, 29 травня 2002 р., № 10-рп/ 202, справа № 1–13/2002.*
 97. *Проблемы общей теории права в государствах / Под общ. ред. чл.-кор. РАН, д. ю. н., проф. В. С. Нерсесянца. — М.: Норма-ИНФРА-М, 1999.*
 98. *Разработка базового пакета медицинских услуг государственных программ здравоохранения. Мировой опыт. — Всемирный банк // Главный врач. — 1999. — № 9. — С. 48–62.*
 99. *Разработка базового пакета медицинских услуг государственных программ здравоохранения. Мировой опыт. — Всемирный банк // Главный врач. — 1999. — № 10. — С. 28–36.*
 100. *Разработка базового пакета медицинских услуг государственных программ здравоохранения. Мировой опыт. — Всемирный банк // Главный врач. — 1999. — № 11. — С. 42–56.*
 101. *Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран: Пер. с англ. / Под ред. Р. Б. Солтман, Р. Буссе, З. Моссиалос. — М.: Весь мир, 2002.*

102. *Реформування державного управління в Україні: проблеми і перспективи* // Кол. авт.; наук. кер. В. В. Цветко. — К.: Оріяни, 1998.
103. *Рудий В. М.* Систематизація медико-санітарного законодавства України // Систематизація законодавства в Україні: проблеми теорії і практики. Матер. міжнар. наук.-практ. конф. — К.: Ін-т законодавства Верховної Ради України, 1999. — С. 542–545.
104. *Службы здравоохранения в Европе* // ВОЗ, Европейское региональное бюро. — Копенгаген, 1983. — 3-е изд. — Т. 1. — С. 75–78.
105. *Соціальні індикатори рівня життя населення.* — К.: Держкомстат України, 2004.
106. *Стан здоров'я населення (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2002 р.)* // Стат. бюл. держ. ком. стат. України. — К., 2003. — 132 с.
107. *Стан здоров'я населення України.* Державний комітет статистики України, експрес-доповідь від 28.02.01. — № 62. — 10 с.
108. *Шевчук С. В., Рудий В. М.* До питання про приведення законодавства України про охорону здоров'я у відповідність з правовими стандартами Ради Європи // Проблеми гармонізації законодавства України з міжнародним правом. Матер. наук.-практ. конф., жовтень 1998 р. — К.: Ін-т законодавства Верховної Ради України. — С. 434–436.

8. Започаткування господарської діяльності з медичної практики: державна реєстрація, ліцензування і акредитація

Відповідно до законів України “Про підприємництво” [2] та “Про підприємства в Україні” [1] підприємства створюються згідно з рішенням:

- власника (власників) майна чи уповноваженого ним органу;
- підприємства-засновника;
- організації;
- трудового колективу.

Підприємство може бути створено за таких умов:

- у результаті відокремлення зі складу діючого підприємства;
- організації одного або кількох структурних підрозділів;
- на базі структурної одиниці діючих об’єднань за рішенням їх трудових колективів, якщо на це є згода власника чи уповноваженого ним органу.

Підприємству може бути передана в колективну власність або надана в користування, у тому числі на умовах оренди, земельна ділянка в порядку, встановленому Земельним кодексом України.

Підприємство вважається створеним і набуває прав юридичної особи з дня його державної реєстрації. Державна реєстрація підприємств здійснюється відповідно до Закону України “Про підприємництво” [2].

Реєстрація господарської діяльності з медичної практики передбачає кілька етапів:

1. Підготовча робота з реєстрації медичної практики.
2. Організаційна робота з реєстрації медичної практики.

Заходи, які необхідно впровадити на кожному з етапів і перелік документів, що забезпечують кожний з них, подаються у відповідних таблицях.

8.1. Реєстрація господарської діяльності з провадження медичної практики (із створенням юридичної особи)

Реєстрація господарської діяльності здійснюється згідно із Законом України “Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб — підприємців” [5].

Статтею 5 цього Закону визначено, що державна реєстрація юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців здійснюється державним реєстратором виключно у виконавчому комітеті міської ради міста обласного значення або у районній, районній у містах Києві та Севастополі державній адміністрації за місцезнаходженням юридичної особи.

Місцезнаходженням юридичної особи є місцезнаходження постійно діючого виконавчого органу юридичної особи, а в разі його відсутності — місцезнаходження іншого органу чи особи, уповноваженої діяти від імені юридичної особи без довіреності, за певною адресою. Ця адреса має бути вказана засновниками або учасниками в установчих документах, за нею має здійснюватись зв'язок з юридичною особою.

Місцезнаходженням фізичної особи є місце проживання фізичної особи — підприємця. Місцем проживання фізичної особи — підприємця є житловий будинок, квартира, інше приміщення, придатне для проживання в ньому (гуртожиток, готель тощо) у відповідному населеному пункті, в якому фізична особа проживає постійно, переважно або тимчасово, що розміщується за певною адресою, за якою здійснюється зв'язок з фізичною особою — підприємцем.

Реєстрація суб'єктів підприємницької діяльності здійснюється державним реєстратором. Відповідно до ст. 1 Закону України “Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб — підприємців” [5] державним реєстратором є посадова особа, яка здійснює державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців.

Функції державного реєстратора такі [26]:

- проводити державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців;
- проводити резервування найменувань юридичних осіб;
- передавати органам статистики, державної податкової служби, Пенсійного фонду України та фондів соціального страхування повідомлення та відомості з реєстраційних карток про вчинення реєстраційних дій, у тому числі щодо створення або ліквідації відокремлених підрозділів юридичних осіб;
- формувати, вести та забезпечувати зберігання реєстраційних справ;

- здійснювати оформлення та видачу свідоцтв про державну реєстрацію, а також їх заміну;
- оформлювати та видавати виписки, довідки з Єдиного державного реєстру;
- проводити державну реєстрацію змін до установчих документів юридичних осіб та державну реєстрацію зміни імені або місця проживання фізичних осіб — підприємців;
- проводити державну реєстрацію припинення юридичних осіб та державну реєстрацію припинення підприємницької діяльності фізичними особами — підприємцями;
- звертатися до суду із заявою про зміну мети установи у встановленому законом порядку.

Господарську діяльність можна зареєструвати, послідовно дотримуючись схеми, поданої в табл. 8.1 та 8.2.

Таблиця 8.1

Підготовча робота з реєстрації господарської діяльності (етап 1)

№ пор.	Етап	Необхідні заходи	Вихідна документація
1	2	3	4
1	Рішення про зачаткування господарської діяльності	1.1. Вибір виду господарської діяльності. 1.2. Пошук партнерів з бізнесу. 1.3. Підготовка бізнес-плану	Бізнес-план
2	Збори засновників	2.1. Вибір організаційно-правової форми підприємництва. 2.2. Вибір керівника серед засновників або призначення головного лікаря, директора, тощо	Виписка з протоколу зборів
3	Підготовка установчих документів	3.1. Підготовка установчих документів	Статут або установчий договір
4	Підготовча робота	4.1. Одержання інформації у відповідному відділі державної адміністрації. 4.2. Вибір банку і проведення попередніх переговорів щодо відкриття рахунка. 4.3. При заснуванні закладу у формі спільного підприємства	Одержання бланків реєстраційних карток*. Одержання бланків заяв і банківських карток. Документ про державну реєстрацію

Закінчення табл. 8.1

1	2	3	4
		<p>з іноземною юридичною особою необхідно одержати документ про реєстрацію співзасновника на його батьківщині.</p> <p>4.4. Укладення договору про оренду.</p> <p>4.5. Сплата реєстраційного збору за проведення державної реєстрації</p>	<p>іноземного співзасновника**.</p> <p>Договір про оренду.</p> <p>Документ про сплату реєстраційного збору</p>
5	<p>Резервування найменування юридичної особи*** (найменування юридичної особи вноситься державним реєстратором до журналу обліку реєстраційних дій)</p>	<p>Подати документи:</p> <p>5.1. Заяву встановленого зразка про резервування найменування юридичної особи.</p> <p>5.2. Документ, що підтверджує внесення плати за проведення резервування найменування юридичної особи</p>	<p>Довідка з Єдиного державного реєстру про резервування найменування юридичної особи</p>
6	<p>Робота в нотаріальній конторі</p>	<p>6.1. Нотаріально завірити у Статуті підписи засновників, які є фізичними особами.</p> <p>6.2. Завірити на Статуті підпис представника засновника — юридичної особи.</p> <p>6.3. Завірити нотаріально зразки підписів засновників на банківській картці.</p> <p>6.4. За наявності засновника — юридичної особи необхідно завірити копію його реєстраційного свідоцтва.</p> <p>6.5. Оформлення нотаріальної копії угоди про оренду</p>	<p>Статут із завіреними підписами.</p> <p>Банківська картка із завіреними підписами засновників. Засвідчена копія реєстраційного свідоцтва засновника — юридичної особи. Засвідчена копія угоди про оренду</p>
7	<p>Формування статутного фонду</p>	<p>7.1. Сплата власником внеску до статутного фонду суб'єкта підприємницької діяльності в розмірі, передбаченому законодавством</p>	<p>Довідка з банку про внесення на рахунок відповідної суми****</p>

- * Реєстраційна картка заповнюється машинодруком або від руки друкованими літерами. Якщо документи надсилаються державному реєстратору рекомендованим листом, підпис заявника на реєстраційній картці повинен бути нотаріально засвідчений.
- ** Документ про підтвердження реєстрації іноземної юридичної особи у країні її місцезнаходження повинен бути легалізований у встановленому порядку.
- *** Цей підготовчий етап не обов'язковий.
- **** При здійсненні цього заходу відкривається рахунок у банку для формування статутного капіталу. Банку подаються такі документи:
- заява про відкриття поточного рахунка, що підписана особою, уповноваженою укладати договори і діяти від імені засновників (учасників);
 - один примірник оригіналу установчого документа або його копія, засвідчена нотаріально.
- У разі відкриття рахунка для формування статутного капіталу кооперативного закладу банку подаються:
- витяг з протоколу зборів засновників (учасників) з рішенням про визначення особи, уповноваженої укладати договори і діяти від імені засновників (учасників) банку, засвідчений нотаріально;
 - картка зі зразками підписів і відбитка печатки. У картці наводиться зразок підпису особи, уповноваженої укладати договори і діяти від імені засновників (учасників). Картка приймається без відбитка печатки і засвідчується підписом уповноваженого працівника банку.
- Цей рахунок використовується для акумулювання коштів засновників новостворюваного закладу з метою формування статутного капіталу.

Таблиця 8.2

Організаційна робота з реєстрації господарської діяльності СПД (етап 2)

№ пор.	Здійснений захід	Документи, що подаються	Вихідна документація
1	2	3	4
1	Реєстрація господарської діяльності в державній адміністрації	1.1. Заповнена реєстраційна картка. 1.2. Два примірники установчих документів. 1.3. Документ про сплату реєстраційного збору**. 1.4. В особливих випадках можуть подаватись додаткові документи ***	Свідоцтво про державну реєстрацію*. Один примірник установчих документів з відміткою державного реєстратора про проведення державної реєстрації

Продовження табл. 8.2

1	2	3	4
2	<p>Взяття юридичної особи на облік:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в органах статистики; • у державній податковій службі; • у Пенсійному фонді України; • у фондах соціального страхування 	<p>Відомості про державну реєстрацію юридичної особи передаються державним реєстратором за принципом єдиного вікна без подання додаткової документації з боку підприємця</p>	<p>Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком (надсилаються з кожного фонду поштою)</p>
3	<p>Реєстрація в органі державної податкової служби за місцезнаходженням (у 20-денний термін після одержання свідоцтва про державну реєстрацію)</p>	<p>3.1. Заява за формою № 1-ОПП (додаток 5). 3.2. Завірена нотаріально копія установчих документів з відміткою органу, що здійснив державну реєстрацію. 3.3. Копія свідоцтва про державну реєстрацію. 3.4. Копія довідки про включення до ЄДРПОУ з присвоєним ідентифікаційним кодом</p>	<p>Довідка про взяття на облік платника податків. Форма № 4-ОПП (додаток 5)</p>
4	<p>Одержання дозволу на виготовлення печатки в районному відділі внутрішніх справ</p>	<p>4.1. Заява з проханням про дозвіл на виготовлення печатки. 4.2. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію. 4.3. Зразки печаток і штампів, затверджені керівником (власником). 4.4. Документ про внесення плати за дозвіл на виготовлення печаток і штампів</p>	<p>Дозвіл на виготовлення печаток та штампів. Штамп про видачу дозволу на оригіналі свідоцтва про державну реєстрацію</p>

1	2	3	4
5	Виготовлення печаток і штампів	<p>5.1. Дозвіл районного відділу внутрішніх справ на виготовлення печаток і штампів.</p> <p>5.2. Зразки печаток і штампів, затверджені керівником (власником)</p>	Штамп на документі про дозвіл на виготовлення печаток і штампів про їх виготовлення
6	Відкриття рахунка в банку	<p>6.1. Заява на відкриття поточного рахунка (додаток 6.1).</p> <p>6.2. Копія свідоцтва про державну реєстрацію юридичної особи, завірена нотаріально.</p> <p>6.3. Копія установчого документа засвідчена органом, який здійснив реєстрацію (може бути завірена нотаріально).</p> <p>6.4. Копія довідки про внесення юридичної особи до Єдиного державного реєстра підприємств та організацій України, засвідчену органом, що видав довідку, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку.</p> <p>6.5. Копія документа, що підтверджує взяття юридичної особи на облік в органі державної податкової служби, засвідчена органом, що видав документ, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку.</p>	Договір з банківською установою про обслуговування

Закінчення табл. 8.2

1	2	3	4
		<p>6.6. Картка зі зразками підписів і відбитка печатки (додаток 6.2), засвідчена нотаріально або організацією, якій клієнт адміністративно підпорядкований, в установленому порядку****.</p> <p>6.7. Копія документа, що підтверджує реєстрацію юридичної особи у відповідному органі Пенсійного фонду України, засвідчена органом, що його видав, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку.</p> <p>6.8. Копія страхового свідоцтва, що підтверджує реєстрацію юридичної особи у Фонді соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України як платника страхових внесків, засвідчена органом, що його видав, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку</p>	
7	Повідомлення податкової адміністрації про відкриття банківського рахунка*****	Письмове повідомлення про відкриття банківського рахунка (можна надіслати поштою)	Документ зберігається в особовій справі платника податку

- * Бланки свідоцтв про державну реєстрацію юридичних осіб та бланки свідоцтв про державну реєстрацію фізичних осіб — підприємців є документами суворої звітності, мають облікову серію і номер. Свідоцтво про державну реєстрацію підписується державним реєстратором і засвідчується його печаткою.
- ** За проведення державної реєстрації юридичної справляється реєстраційний збір у розмірі десяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.
- *** В особливих випадках додатково можуть подаватись такі документи:
- якщо проводилося резервування найменування юридичної особи, подається дійсна довідка з Єдиного державного реєстру про резервування найменування юридичної особи;
 - у передбачених законом випадках подається копія рішення органів Антимонопольного комітету України або Кабінету Міністрів України про надання дозволу на узгоджені дії або на концентрацію суб'єктів господарювання;
 - у разі державної реєстрації юридичної особи, для якої законом встановлено вимоги до формування статутного фонду (статутного або складеного капіталу), подається документ, що підтверджує внесення засновником (засновниками) вкладу (вкладів) до статутного фонду (статутного або складеного капіталу) юридичної особи в розмірі, який встановлено законом;
 - у разі державної реєстрації відкритих акціонерних товариств подається звіт про здійснення підписки на акції, засвідчений Державною комісією з цінних паперів та фондового ринку України;
 - у разі державної реєстрації юридичної особи, засновником (засновниками) якої є іноземна юридична особа, подається документ про підтвердження реєстрації іноземної особи у країні її місцезнаходження, зокрема, витяг із торговельного, банківського або судового реєстру.
- **** До картки включаються зразки підписів осіб, яким відповідно до законодавства України або установчих документів юридичної особи надано право розпоряджатися рахунком та підписувати розрахункові документи.
- ***** Повідомити податкову адміністрацію необхідно протягом трьох днів після відкриття банківського рахунка.
- Закон України “Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб — підприємців” встановлює такі вимоги до оформлення документів, які подаються державному реєстратору [5]:
- документи, які подаються або надсилаються рекомендованим листом державному реєстратору, повинні бути викладені державною мовою;
 - якщо законом встановлено вимоги до реєстрації установчих документів, такі документи подаються з відміткою про їх реєстрацію у відповідному державному органі;
 - вимоги до написання найменування юридичної особи або її відокремленого підрозділу встановлюються спеціально уповноваженим органом з питань державної реєстрації.

Для реєстрації господарської діяльності документи можуть подаватись особисто або надсилатись поштою. Якщо документи для проведення державної реєстрації подаються засновником або уповноваженою ним особою особисто, державному реєстратору додатково подаються паспорт і документ, що засвідчує його повноваження.

Документи, які подані для проведення державної реєстрації юридичної особи, приймаються за описом, копія якого в день надходження документів видається (надсилається рекомендованим листом) засновнику або уповноваженій ним особі з відміткою про дату надходження документів.

Дата надходження документів для проведення державної реєстрації юридичної особи вноситься до журналу обліку реєстраційних дій.

За відсутності підстав для відмови у проведенні державної реєстрації юридичної особи державний реєстратор повинен внести до реєстраційної картки на проведення державної реєстрації юридичної особи ідентифікаційний код заявника відповідно до вимог Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України і внести до Єдиного державного реєстру запис про проведення державної реєстрації юридичної особи на підставі відомостей цієї реєстраційної картки.

Дата внесення до Єдиного державного реєстру запису про проведення державної реєстрації юридичної особи є датою державної реєстрації юридичної особи.

Згідно зі ст. 25 Закону України “Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців” строк державної реєстрації юридичної особи не повинен перевищувати трьох робочих днів з дати надходження документів [5].

Свідоцтво про державну реєстрацію юридичної особи повинно бути оформлено і видано (надіслано рекомендованим листом) засновнику або уповноваженій ним особі державним реєстратором не пізніше наступного робочого дня з дати державної реєстрації юридичної особи. Разом із свідоцтвом про державну реєстрацію юридичної особи видається (надсилається рекомендованим листом) один примірник оригіналу установчих документів з відміткою державного реєстратора про проведення державної реєстрації юридичної особи.

Державний реєстратор не пізніше наступного робочого дня з дати державної реєстрації юридичної особи зобов'язаний передати відповідним органам статистики, державної податкової служби, Пенсійного фонду України, фондів соціального страхування повідомлення про проведення державної реєстрації юридичної особи із зазначенням номера та дати внесення відповідного запису до Єдиного державного реєстру і відомості з реєстраційної картки на проведення державної реєстрації юридичної особи.

Підставою для взяття юридичної особи на облік в органах статистики, державної податкової служби, Пенсійного фонду України, фондів соціального страхування є надходження до цих органів повідомлення державного реєстратора про проведення державної реєстрації юридичної особи і відомостей з відповідної реєстраційної картки.

Згідно зі ст. 19 Закону України “Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців” юридична особа щорічно починаючи з наступного року з дати її державної реєстрації протягом одного місяця зобов'язана подати (надіслати рекомендованим листом) державному реєстратору реєстраційну картку встановленого зразка про підтвердження відомостей про юридичну особу [5].

Після взяття на облік необхідно зареєструватися в органі державної податкової служби. Для реєстрації юридичної особи необхідно заповнити реєстраційну заяву за формою № 1-ОПП. Заява має бути або надрукована або написана друкованими літерами [26].

Зразок реєстраційної заяви і пояснення щодо її заповнення відповідно до наказу Державної податкової адміністрації України “Про затвердження Положення про Реєстр платників податків на додану вартість” від 01.03.2000 № 79 наведено в дод. 5.

При включенні в Реєстр будь-якої особи, діяльність якої підлягає оподаткуванню, їй присвоюється індивідуальний податковий номер платника податку на додану вартість (далі — індивідуальний податковий номер).

Індивідуальний податковий номер є єдиним для всього інформаційного простору України і зберігається за платником податку на додану вартість до моменту виключення його з Реєстру у

зв'язку з вибуттям зі складу платників податку на додану вартість.

Індивідуальний податковий номер становить для юридичних осіб 12-розрядний числовий код, структура якого така: 7 знаків включають перші 7 знаків ідентифікаційного коду Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України (далі — ЄДРПОУ) без контрольного числа, 8- та 9-й знаки — код області за системою кодування, прийнятою в органах державної податкової служби, 10- та 11-й знаки — код адміністративного району за системою кодування, прийнятою в органах державної податкової служби, 12-й знак — контрольний розряд, алгоритм формування якого встановлює центральний орган державної податкової служби України.

Використання індивідуального податкового номера, наданого при реєстрації, є обов'язковим при оформленні й користуванні всіма видами документів, які пов'язані з розрахунками при придбанні товарів, обліком, звітністю про податок на додану вартість, при оформленні податкового кредиту.

Взяття на облік платника податків — юридичної особи здійснюється органом державної податкової служби протягом двох робочих днів після надходження документів, зазначених у табл. 8.2.

Дані із заяви про взяття на облік заносяться до районного рівня Єдиного банку даних про платників податків — юридичних осіб і фіксуються в журналі за формою № 2-ОПП.

Після взяття платника податків на облік орган державної податкової служби ставить на першому примірнику, змінах та доповненнях до статуту платника податків відмітку про взяття його на облік за підписом відповідальної особи і видає йому довідку про взяття на облік платника податків за формою № 4-ОПП (дод. 5).

Довідка про взяття на облік платника податків за формою № 4-ОПП є єдиним документом, який підтверджує взяття платника податків на облік в органі державної податкової служби. Довідка видається протягом двох робочих днів після надходження звернення від платника податків. Про її видачу робиться запис у журналі реєстрації довідок про взяття на облік платників податків за формою № 14-ОПП, а відповідний запит зберігається

в реєстраційній частині облікової справи платника податків [19].

Довідка про взяття на облік платника податків за формою № 4-ОПП виконує дві основні функції [28]:

- *податкову* — оригінал довідки за формою № 4-ОПП є офіційним підтвердженням того, що юридичну особу взято на податковий облік;
- *банківську* — копія довідки за формою № 4-ОПП є необхідним документом для відкриття поточного рахунка в банківській установі.

Платник податків зобов'язаний протягом трьох робочих днів має повідомити про відкриття поточного рахунка в банку орган державної податкової служби, в якому він перебуває на обліку. Повідомлення про відкриття рахунка в банку повинні зберігатися в особовій справі платника податку.

Підрозділи податкової адміністрації з обліку платників податків — юридичних осіб вносять інформацію про відкриття рахунків платників податків до районного рівня Єдиного банку даних про платників податків — юридичних осіб. Ці підрозділи після взяття на облік платника податків формують його облікову справу (реєстраційну частину) з переліків документів, визначених у відповідних наказах Державної податкової адміністрації України [13; 19]. Справа зберігається до ліквідації платника податків або зняття його з обліку в одному органі державної податкової служби і взяття на облік в іншому (у разі зміни місцезнаходження платника податків або зі зміною адміністративно-го району) у підрозділі обліку юридичних осіб.

Порядок подання податковим органам повідомлення про відкриття рахунків в установах банків затверджений наказом Державної податкової адміністрації України від 01.08.01 № 306 із змінами, внесеними наказом Державної податкової адміністрації України від 03.04.02 № 149 [19].

8.2. Реєстрація фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності з провадження господарської діяльності з медичної практики (без наймання робочої сили)

Медична практика може проваджуватись у вигляді індивідуального підприємництва, заснованого на приватній власності лікаря і винятково на його праці. Такий заклад охорони здоров'я є СПД з правами фізичної особи.

При державній реєстрації фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності без права наймання робочої сили потрібно послідовно дотримуватись схеми, поданої в табл. 8.3 та 8.4.

Таблиця 8.3

Підготовча робота з реєстрації СПД з провадження господарської діяльності з медичної практики (без наймання робочої сили) — етап 1

№ пор.	Етап	Необхідні заходи	Вихідна документація
1	Рішення про провадження господарської діяльності	1.1. Вибір виду медичної практики. 1.2. Підготовка бізнес-плану	Бізнес-план
2	Підготовча робота	2.1. Отримання і заповнення реєстраційної картки на проведення державної реєстрації фізичної особи в державній адміністрації. 2.2. Вибір банку і попередні переговори про відкриття рахунка 2.3. Внесення реєстраційного збору за проведення державної реєстрації фізичної особи — підприємця	Бланки реєстраційних карток. Бланки заяв банківських карток. Документ, що підтверджує внесення реєстраційного збору

**Організаційна робота з реєстрації СПД з провадження
господарської діяльності з медичної практики
(без наймання робочої сили) — етап 2**

№ пор.	Здійснений захід	Документи, які необхідно подати	Вихідна документація
1	2	3	4
1	Державна реєстрація фізичної особи — підприємця	1.1. Заповнена реєстраційна картка на проведення державної реєстрації фізичної особи — підприємця. 1.2. Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів. 1.3. Документ, що підтверджує внесення реєстраційного збору за проведення державної реєстрації фізичної особи — підприємця*. 1.4. Паспорт	Свідоцтво про державну реєстрацію
2	Взяття фізичної особи на облік: <ul style="list-style-type: none"> • в органах статистики; • у Пенсійному фонді України; • у фондах соціального страхування; • у державній податковій службі 	Відомості про державну реєстрацію фізичної особи передаються державним реєстратором за принципом єдиного вікна без подання додаткової документації з боку підприємця	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком (надсилаються з кожного фонду поштою). Довідка (форма № 4-ОПП) про взяття на облік платника податків (надсилається поштою або видається державним реєстратором)
3	Добровільна реєстрація підприємця у Фонді	3.1. Заява за встановленим зразком. 3.2. Завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію.	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком

Продовження табл. 8.4

1	2	3	4
	тимчасової втрати праездатності [24]	3.3. Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів	
4	Добровільна реєстрація підприємця у Фонді соціального страхування від нещасних випадків на виробництві [22]	4.1. Заява за встановленим зразком. 4.2. Завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію або копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів	Страхове свідоцтво (видається протягом 10 днів після реєстрації)
5	Реєстрація у Фонді загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття [16]	5.1. Заява за встановленим зразком. 5.2. Завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію. 5.3. Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів	Повідомлення про реєстрацію видається безпосередньо після реєстрації
6	Одержання дозволу на виготовлення печатки в районному відділі внутрішніх справ	6.1. Заява з проханням про дозвіл на виготовлення печатки. 6.2. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію. 6.3. Зразки печаток і штампів, затверджені СПД. 6.4. Документ про внесення плати за дозвіл на виготовлення печаток і штампів	Дозвіл на виготовлення печаток та штампів. Штамп про видачу дозволу на оригіналі свідоцтва про державну реєстрацію
7	Виготовлення печаток і штампів	7.1. Дозвіл районного відділу внутрішніх справ на виготовлення печаток і штампів. 7.2. Зразки печаток і штампів, затверджені СПД	Штамп на документі про дозвіл на виготовлення печаток і штампів
8	Відкриття рахунка в банку	8.1. Заява на відкриття поточного рахунка** (додаток 6.3).	Договір з банківською установою про обслуговування

1	2	3	4
		8.2. Копія свідоцтва про державну реєстрацію фізичної особи, завірена нотаріально. 8.3. Копія документа, що підтверджує взяття фізичної особи на облік в органі державної податкової служби (форма № 4-ОПП), засвідчена органом, що видав документ, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку. 8.4. Картка зі зразками підписів і відбитка печатки (додаток 6.2), засвідчена нотаріально	
9	Повідомлення податкової адміністрації про відкриття банківського рахунка	Письмове повідомлення про відкриття банківського рахунка (можна надіслати поштою)	Документ зберігається в особовій справі платника податку

* За проведення державної реєстрації фізичної особи справляється реєстраційний збір у розмірі двох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

** Інформацію про те, що лікар займається індивідуальною медичною практикою і не використовує найману працю, не є платником страхових внесків, клієнт обов'язково зазначає в заяві про відкриття поточного рахунка в рядку "Додаткова інформація".

8.3. Реєстрація фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності з провадження господарської діяльності з медичної практики (з найманням робочої сили)

Медична практика може проваджуватись у вигляді індивідуального підприємництва, заснованого на приватній власності лікаря з правом наймання робочої сили. Такий заклад охорони здоров'я є СПД з правами фізичної особи.

При державній реєстрації фізичної особи — суб'єкта підприємницької діяльності з правом наймання робочої сили потрібно послідовно дотримуватись схеми, поданої в табл. 8.5 та 8.6.

Таблиця 8.5

**Підготовча робота з реєстрації фізичної особи
як СПД з правом наймання робочої сили — етап 1**

№ пор.	Етап	Необхідні заходи	Вихідна документація
1	Рішення про провадження господарської діяльності	1.1. Вибір виду медичної практики. 1.2. Підготовка бізнес-плану	Бізнес-план
2	Підготовча робота	2.1. Отримання та заповнення реєстраційної картки на проведення державної реєстрації фізичної особи в державній адміністрації. 2.2. Вибір банку і попередні переговори про відкриття рахунка. 2.3. Внесення реєстраційного збору за проведення державної реєстрації фізичної особи — підприємця	Бланки реєстраційних карток. Бланки заяв банківських карток. Документ, що підтверджує внесення реєстраційного збору

Таблиця 8.6

**Організаційна робота з реєстрації фізичної особи
як СПД з правом наймання робочої сили — етап 2**

№ пор.	Здійснений захід	Необхідні документи	Вихідна документація
1	2	3	4
1	Державна реєстрація фізичної особи — підприємця	1.1. Заповнена реєстраційна картка на проведення державної реєстрації фізичної особи — підприємця. 1.2. Копія довідки про включення заявника до Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів. 1.3. Документ, що підтверджує внесення реєстраційного збору за проведення державної	Свідоцтво про державну реєстрацію

1	2	3	4
		реєстрації фізичної особи — підприємця *. 1.4. Паспорт	
2	Взяття фізичної особи на облік: <ul style="list-style-type: none"> • в органах статистики; • у Пенсійному фонді України; • у фондах соціального страхування; • у державній податковій службі 	Відомості про державну реєстрацію фізичної особи передається державним реєстратором за принципом єдиного вікна без подання додаткової документації з боку підприємця	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком (надсилаються з кожного фонду поштою). Довідка (форма № 4-ОПП) про взяття на облік платника податків (надсилається поштою або видається державним реєстратором)
3	Одержання дозволу на виготовлення печатки в районному відділі внутрішніх справ	3.1. Заява з проханням про дозвіл на виготовлення печатки. 3.2. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію. 3.3. Зразки печаток і штампів, затвержені СПД. 3.4. Документ про внесення плати за дозвіл на виготовлення печаток і штампів	Дозвіл на виготовлення печаток та штампів. Штамп про видачу дозволу на оригіналі свідоцтва про державну реєстрацію
4	Виготовлення печаток і штампів	4.1. Дозвіл районного відділу внутрішніх справ на виготовлення печаток і штампів. 4.2. Зразки печаток і штампів, затвержені СПД	Штамп на документі про дозвіл на виготовлення печаток і штампів
5	Відкриття рахунка в банку	5.1. Заява на відкриття поточного рахунка (додаток 6.3). 5.2. Копія свідоцтва про державну реєстрацію фізичної	Договір з банківською установою про обслуговування

1	2	3	4
5		<p>особи, завірена нотаріально.</p> <p>5.3. Копія документа, що підтверджує взяття фізичної особи на облік в органі державної податкової служби (форма № 4-ОПП), засвідчена органом, що видав документ, або нотаріально чи підписом уповноваженого працівника банку.</p> <p>5.4. Картка зі зразками підписів і відбитка печатки (додаток 6.2), засвідчені нотаріально</p>	
6	Повідомлення податкової адміністрації про відкриття банківського рахунка	Письмове повідомлення про відкриття банківського рахунка (можна надіслати поштою)	Документ зберігається в особовій справі платника податку
7	Реєстрація трудового договору з найманим працівником у центрі зайнятості**	<p>7.1. Заява за встановленим зразком.</p> <p>7.2. Копія свідоцтва про державну реєстрацію СПД.</p> <p>7.3. Копія довідки про включення до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України</p>	Повідомлення про реєстрацію платника страхових внесків
8	Реєстрація у Фонді тимчасової втрати працездатності [24]	Реєстрація здійснюється автоматично за принципом єдиного вікна без подання додаткової документації з боку підприємця. Інформація до фонду подається Центром зайнятості після реєстрації першого трудового договору	Повідомлення про реєстрацію за встановленим зразком
9	Реєстрація у Фонді соціального страхування від нещасних випадків на виробництві [22]	Реєстрація здійснюється автоматично за принципом єдиного вікна без подання додаткової документації з боку підприємця. Інформація до фонду подається Центром зайнятості після реєстрації першого трудового договору	Страхове свідоцтво (видається протягом 10 днів після реєстрації). Повідомлення про зарахування

1	2	3	4
9			підприємця до класу професійного ризику щодо розміру страхового тарифу, про розрахунок розміру страхового внеску
10	Реєстрація у Фонді загально-обов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття [16]	Реєстрація здійснюється автоматично за принципом єдиного вікна без подання додаткової документації з боку підприємця. Інформація до фонду подається Центром зайнятості після реєстрації першого трудового договору	Повідомлення про реєстрацію видається безпосередньо після реєстрації (надсилається поштою)

* За проведення державної реєстрації фізичної особи справляється реєстраційний збір у розмірі двох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

** Трудовий договір з найманим працівником має бути зареєстрований у центрі зайнятості за місцем його проживання протягом 10 днів з часу укладення договору. Після цього СПД вважається платником страхових внесків до фонду [24].

8.4. Ліцензування діяльності з провадження медичної практики

Для здійснення певних видів господарської діяльності суб'єкти підприємницької діяльності мають отримати спеціальний дозвіл — ліцензію.

Ліцензія — це документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на здійснення зазначеного в ньому виду господарської діяльності протягом встановленого строку за умови виконання ліцензійних умов.

Ліцензія є єдиним документом дозвільного характеру, який дає право здійснювати певний вид господарської діяльності, що відповідно до законодавства підлягає обмеженню [4].

В Україні діє Закон України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”, прийнятий Верховною Радою України 1 травня 2000 р. [4]. Цей Закон визначає види господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, порядок їх ліцензування, встановлює державний контроль у сфері ліцензування, відповідальність суб’єктів господарювання та органів ліцензування за порушення законодавства у сфері ліцензування.

Відповідно до цього Закону ліцензуванню підлягають:

- медична практика;
- виробництво лікарських засобів;
- оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами.

Суб’єкти підприємницької діяльності повинні здійснювати господарську діяльність за вибраним видом, дотримуючи ліцензійних умов.

Ліцензійні умови — це встановлений з урахуванням вимог законів вичерпний перелік організаційних, кваліфікаційних та інших спеціальних вимог, обов’язкових для виконання при здійсненні видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню.

Ліцензійні умови і порядок контролю за їх дотриманням затверджується спільним наказом спеціально уповноваженого органу з питань ліцензування та органу ліцензування. Розпорядження спеціально уповноваженого органу з питань ліцензування, прийняті в межах його компетенції, є обов’язковими до виконання органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, юридичними особами всіх форм власності, а також фізичними особами — суб’єктами підприємницької діяльності.

Орган ліцензування відповідальний:

- за забезпечення виконання законодавства у сфері ліцензування;
- за затвердження спільно зі спеціально уповноваженим органом з питань ліцензування ліцензійних умов здійснення певного виду господарської діяльності та порядку контролю за їх додержанням;
- за видачу та переоформлення ліцензій, видачу дублікатів ліцензій на певний вид господарської діяльності, прийняття рішення про визнання ліцензій недійсними;

- за здійснення в межах своєї компетенції контролю за додержанням ліцензіатами ліцензійних умов;
- за видачу розпоряджень про усунення порушень ліцензійних умов;
- за анулювання ліцензій на певний вид господарської діяльності;
- за формування і ведення ліцензійного реєстру.

Ліцензія видається органами ліцензування, перелік яких встановлений Постановою Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку органів ліцензування” від 14.11.2000 № 1698 [8].

Органи ліцензування для різних видів господарської діяльності, пов’язаної з охороною здоров’я, подано в табл. 8.7.

Таблиця 8.7

Органи ліцензування різних видів господарської діяльності

Орган ліцензування	Вид господарської діяльності
Міністерство охорони здоров’я	Виконання дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт; медична практика; переробка донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів
Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення	Виробництво лікарських засобів; оптова, роздрібна торгівля лікарськими засобами і виробами медичного призначення; виробництво, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилання, ввезення, вивезення, відпуск, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів

У процес ліцензування входять видача, переоформлення та анулювання ліцензій, видача дублікатів ліцензій, ведення ліцензійних справ та ліцензійних реєстрів, контроль за додержанням ліцензіатами ліцензійних умов, видача розпоряджень про усунення порушень ліцензійних умов, а також розпоряджень про усунення порушень законодавства у сфері ліцензування.

Відповідно до ст. 16, 17, 33 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” медична допомога може подаватись у медичних закладах за умов індивідуального підприємицтва, тому об’єктом ліцензування є як юридичні, так і фізичні особи, зареєстровані в Україні як суб’єкти підприємницької діяльності [3].

Ліцензія на провадження медичної практики — це документ державного зразка, який засвідчує право ліцензіата на здійснення зазначеного в ньому виду діяльності з медичної практики протягом встановленого терміну і за умови виконання ним ліцензійних умов.

Ліцензування є способом не тільки одержання дозволу на здійснення певного виду медичної діяльності, а й здійснення державного контролю за якістю надання медичних послуг. Обов'язки і повноваження Міністерства охорони здоров'я України як органу ліцензування господарської діяльності з впровадження медичної практики подано на рис. 8.1.

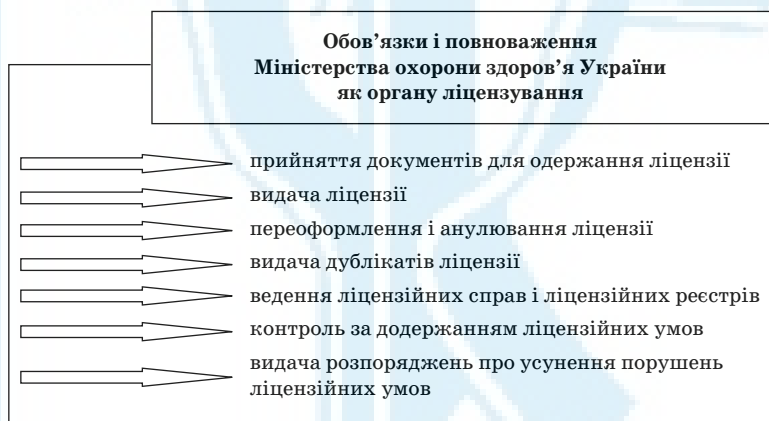


Рис. 8.1. Обов'язки і повноваження Міністерства охорони здоров'я України як органу ліцензування господарської діяльності з впровадження медичної практики

Ліцензування медичної діяльності здійснюється в таких ситуаціях:

- заснування нового медичного закладу;
- реєстрація медичних закладів колективної та приватної форм власності;
- зміна організаційно-правової форми суб'єкта ліцензування;
- зміна форми власності;
- зміна назви медичного закладу;

- закінчення терміну дії ліцензії (для її продовження);
- зміна (введення нового) виду медичної діяльності.

Термін дії ліцензії становить три роки.

При здійсненні господарської діяльності з медичної практики ліцензіат повинен дотримуватись нормативно-правової бази, до якої належать:

А. Закони України:

1. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я”.
2. Закон України “Про господарські товариства”.
3. Закон України “Про підприємства в Україні”.
4. Закон України “Про підприємництво”.
5. Закон України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”.
6. Закон України “Про захист прав споживачів”.
7. Закон України “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”.
8. Закон України “Про захист населення від інфекційних хвороб”.
9. Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”.
10. Закон України “Про лікарські засоби”.
11. Закон України “Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів”.
12. Закон України “Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними”.
13. Закон України “Про психіатричну допомогу”.
14. Закон України “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині”.

Б. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров’я” від 15.07.97 № 765 [6].

В. Накази Міністерства охорони здоров’я України про організацію та подання медико-санітарної допомоги населенню.

Медичну практику суб’єкти господарювання повинні здійснювати на підставі ліцензії на певний вид медичної практики. Види ліцензійних вимог до господарської діяльності з впровадження медичної практики подано на рис. 8.2.



Рис. 8.2. Види ліцензійних вимог до господарської діяльності з провадження медичної практики

Ліцензійні вимоги до приміщень та обладнання при провадженні медичної практики. Господарську діяльність заклади охорони здоров'я можуть здійснювати за наявності:

- приміщень, які відповідають санітарним нормам та правилам. Відповідність приміщень цим правилам засвідчується висновком закладу державної санітарно-епідеміологічної служби за місцем проведення медичної практики;
- приладів та обладнання. Медичні заклади, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, повинні бути обладнані відповідно до Табеля оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів, стаціонарних відділень лікарень, який затверджується Міністерством охорони здоров'я України. Засоби вимірювальної техніки повинні бути метрологічно повірені.

Кваліфікаційні вимоги до провадження медичної практики. Згідно зі ст. 74 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” медичною практикою можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам [3]. Такі вимоги встановлені наказом Міністерства охорони здоров'я України “Про подальше удосконалення атестації лікарів” від 19.12.97 № 359 (із змінами та доповненнями) і містяться в Переліку вищих навчальних закладів I–IV рівнів акредитації, який затверджується Міністерством охорони здоров'я України.

Відповідність спеціальним освітнім та кваліфікаційним вимогам повинна засвідчуватись такими документами:

- дипломом державного зразка про медичну освіту;
- сертифікатом лікаря-спеціаліста, виданим вищими медичними навчальними закладами, закладами післядипломної освіти III–IV рівнів акредитації;
- посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії за спеціальністю;
- свідоцтвом про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних працівників, виданим вищими медичними навчальними закладами (закладами післядипломної освіти) I–III рівнів акредитації;
- документом, що підтверджує стаж роботи за спеціальністю на момент подання заяви. Таким документом може бути копія трудової книжки з наявністю даних за останні п'ять років.

Додаткові кваліфікаційні вимоги.

- Особи без спеціальної освіти, які бажають отримати ліцензію на медичну практику в галузі народної та нетрадиційної медицини, повинні відповідати кваліфікаційним вимогам, встановленим наказом Міністерства охорони здоров'я України “Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини” від 10.08.2000 № 195 [15].
- Лікарі, які не працюють понад три роки за конкретно лікарською спеціальністю, допускаються до медичної практики після проходження стажування відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України “Про порядок направлення на стажування лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності” від 17.03.93 № 48 [10].
- Фахівці, які пройшли медичну підготовку в навчальних закладах зарубіжних країн, допускаються до професійної діяльності в Україні після перевірки їх кваліфікації. В Україні наказом Міністерства охорони здоров'я України затверджено Порядок допуску до медичної і фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах зарубіжних країн [11].

Організаційні вимоги до провадження медичної практики.

Суб'єкти господарювання, що здійснюють медичну практику, повинні дотримувати такі організаційні вимоги:

- виконувати діючі санітарно-гігієнічні та протиепідемічні норми, правила і нормативи, правила асептики і антисептики;
- дотримувати вимоги експлуатації та застосування виробів медичної призначення, матеріалів відповідно до інструкцій їх застосування та технічних паспортів;
- дотримувати вимоги ведення медичної документації за формами державної статистичної звітності. Такі форми затверджені спільним наказом Міністерства охорони здоров'я та Держкомстату України “Про затвердження форм державної статистичної звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їх заповнень” від 31.07.2000 № 256/184 [14]. Кожний лікувально-профілактичний заклад незалежно від організаційно-правової форми повинен подавати звіти до територіальних органів медичної статистики та обласних центрів медичної статистики у встановлені терміни;
- подавати першу невідкладну медичну допомогу хворим, які перебувають у критичному для життя стані, а також при нещасному випадку та гострих захворюваннях;
- дотримувати вимоги професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю, крім випадків, передбачених законодавчими актами.

Медичну практику ліцензіати повинні здійснювати за спеціальностями, зазначеними в ліцензії, відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей та обсягів, визначених кваліфікаційними характеристиками, які затверджуються Міністерством охорони здоров'я України.

При здійсненні медичної практики рецепти для отримання пацієнтами медикаментів і виробів медичного призначення видаються відповідно до Правил виписування рецептів на лікарські засоби та вироби медичного призначення, затверджених відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я України [23; 25].

Суб'єкти господарської діяльності при здійсненні медичної практики повинні дотримувати вимоги Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок:

- інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання професійних обов'язків;
- настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції.

Порядок такого страхування затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 16.10.98 № 1642 [7].

Організаційну роботу з ліцензування медичної практики (на правах юридичної особи) подано в табл. 8.8.

Таблиця 8.8

**Організаційна робота з ліцензування медичної практики
(на правах юридичної особи)**

Здійснений захід	Документи, що подаються
1. Подання документів про ліцензування медичної практики до Міністерства охорони здоров'я України*	1.1. Заява. 1.2. Нотаріально завірена копія Статуту. 1.3. Нотаріально завірена копія установчого договору (або рішення власника про створення лікувального закладу). 1.4. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності із зазначенням ідентифікаційного коду. 1.5. Документи про відповідність керівника медичного закладу кваліфікаційним вимогам: 1.5.1. Диплом про медичну освіту, виданий: <ul style="list-style-type: none"> • ВНЗ України III–IV рівнів акредитації**; • ВНЗ СРСР. 1.5.2. Посвідчення (довідка) про підвищення кваліфікації за останні п'ять років, видане державними ВНЗ, закладами підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів. 1.5.3. Посвідчення про присвоєння (підвищення) відповідної кваліфікаційної категорії. 1.5.4. Сертифікат про присвоєння звання лікаря-фахівця. 1.6. За наявності самостійно функціонуючих структурних підрозділів додаються документи, що свідчать про їх наявність, і їх реквізити. 1.7. Згода місцевого органу державної влади на створення медичного закладу. 1.8. Згода обласного (міського) управління охорони здоров'я при державній адміністрації на одержання ліцензії на медичну практику. 1.9. Документ про переведення Міністерству охорони здоров'я України коштів за видачу ліцензії

* Заяви СПД розглядаються Ліцензійною комісією Міністерства охорони здоров'я України під головуванням заступника міністра. Рішення про видачу ліцензії приймається за умови відсутності зауважень до поданих документів або за результатами правової і спеціальної експертизи у термін до 30 днів з дня подання заяви та супровідних документів.

** Особи, що одержали вищу медичну освіту у ВНЗ зарубіжних держав, можуть бути допущені до медичної підприємницької діяльності після перевірки їхньої кваліфікації у встановленому порядку згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я "Про порядок допуску до медичної та фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах закордонних країн" від 19.08.94 № 118-з.

Організаційну роботу з ліцензування медичної практики (на правах фізичної особи) подано в табл. 8.9.

Таблиця 8.9

**Організаційна робота з ліцензування медичної практики
(на правах фізичної особи)**

Здійснений захід	Документи, що подаються
1	2
<p>1. Подання документів на ліцензування до Міністерства охорони здоров'я України</p>	<p>1.1. Заява. 1.2. Нотаріально завірена копія свідоцтва про державну реєстрацію СПД із зазначенням ідентифікаційного коду. 1.3. Копії документів, що свідчать про рівень освіти і кваліфікації підприємця: 1.3.1. Диплом про медичну освіту, виданий: • ВНЗ України III–IV рівнів акредитації; • ВНЗ СРСР. 1.3.2. Посвідчення (довідка) про підвищення кваліфікації за останні п'ять років, видане державними ВНЗ, закладами підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів або іншими організаціями, що мають право видавати відповідні документи державного зразка. 1.4. Посвідчення про присвоєння (підвищення) відповідної кваліфікаційної категорії. 1.5. Сертифікат про присвоєння звання лікаря-спеціаліста. 1.6. Дозвіл місцевого органу охорони здоров'я на одержання ліцензії. 1.7. Копія трудової книжки підприємця, завірена за місцем роботи або нотаріально. 1.8. Документ про переведення Міністерству охорони здоров'я України коштів за видачу ліцензії</p>
<p>2. Одержання ліцензії. У ліцензії повинні бути зазначені орган, що її видав, найменування закладу, його адреса, ідентифікаційний код, вид діяльності, на який видана ліцензія, особливі умови, дата видачі, номер, термін дії ліцензії. Ліцензія підписується головою ліцензійної</p>	<p>Документ, який засвідчує особу</p>

1	2
<p>комісії або його заступником і скріплюється печаткою Міністерства охорони здоров'я України. Ліцензія повинна бути зареєстрована у книзі обліку ліцензій Міністерства охорони здоров'я України. Ліцензія видається підприємцю особисто або надсилається поштою</p>	

8.5. Державний контроль за дотриманням умов і правил підприємницької діяльності з провадження медичної практики

Згідно зі ст. 22 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за дотриманням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв і вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього 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 [3].

До суб'єктів контролю та нагляду за дотриманням умов і правил підприємницької діяльності з провадження медичної практики належать [18]:

- Міністерство охорони здоров'я України;
- Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим;
- управління охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій;

- Ліцензійна палата при Міністерстві економіки України;
- інші уповноважені органи та установи.

До об'єктів контролю та нагляду за дотриманням умов і правил підприємницької діяльності з провадження медичної практики належать:

- заклади охорони здоров'я різних організаційно-правових форм, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики на правах юридичної особи;
- фізичні особи, що здійснюють господарську діяльність з медичної практики на правах фізичної особи;
- параметри діяльності закладів, що здійснюють господарську діяльність з медичної практики;
- ліцензійні умови та правила здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Завдання контролю за дотриманням ліцензійних умов господарської діяльності з провадження медичної подано на рис. 8.3.

Підприємець зобов'язаний забезпечити належні умови для перевірки умов ліцензування тільки за наявності у перевіряючого відповідних документів на здійснення державного контролю.

Перевірка повинна виконуватись тільки у присутності власника, керівника медичного закладу або його представника.

Дотримання умов і правил провадження господарської діяльності з медичної практики перевіряється за розпорядженням Міністерства охорони здоров'я України, органів виконавчої влади або за їх дорученням іншими органами.

За результатами перевірки дотримання СПД умов і правил здійснення медичної практики оформлюється відповідний акт, де повинні бути зазначені дата складання акту; назва і місце реєстрації медичного закладу, який перевіряється; номер і дата видачі ліцензії; склад комісії; прізвище керівника установи і осіб, які були присутні при перевірці.

В акті повинні також бути зафіксовані виявлені порушення в діяльності медичного закладу з посиланням на законодавчі акти та нормативні документи. Наприкінці акту вказуються конкретні рекомендації з усунення порушень та недоліків і термін їх ліквідації.

Акти перевірки мають бути підписані членами комісії і керівником (його представником) медичного закладу.

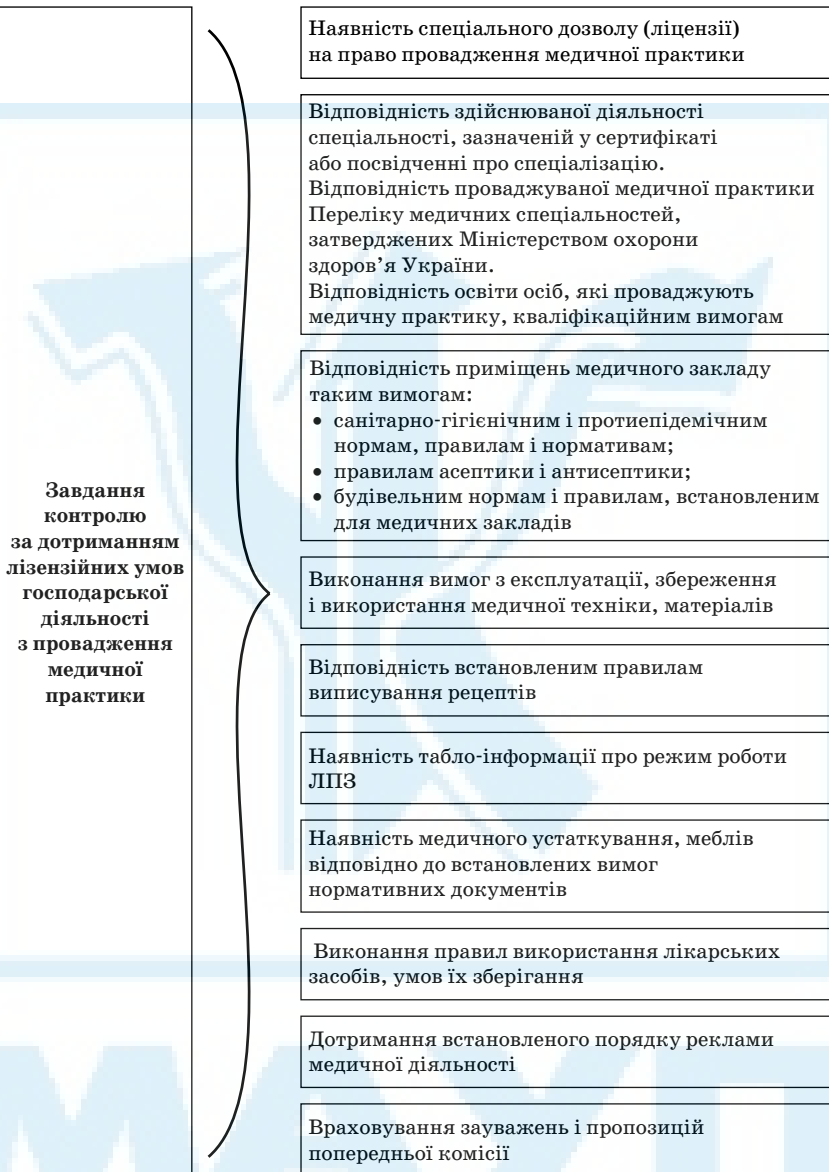


Рис. 8.3. Завдання контролю за дотриманням ліцензійних умов

Один екземпляр акту перевірки залишається в медичному закладі, який перевіряється. Якщо медичний заклад має кілька самостійних підрозділів, то перевіряється кожний з підрозділів, складаються проміжні акти перевірки структурного підрозділу, а потім один зведений акт.

У разі виявлення істотних порушень за наведеним переліком акт протягом 10 днів подається до Ліцензійної палати Міністерства охорони здоров'я України для ухвалення рішення про припинення або анулювання дії ліцензії на право провадження медичної практики.

Контроль за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики належить до адміністративного (службового) контролю, безпосередньо до державного відомчого контролю за якістю подання медичної допомоги в недержавних закладах охорони здоров'я. Як і будь-який інший вид контролю насамперед він має профілактичне значення і виконує важливу захисну функцію [18].

Вимоги до державного контролю за якістю надання медичних послуг такі:

- *постійність* — контроль має здійснюватись постійно з певними інтервалами (як правило, не частіше одного разу на рік);
- *оперативність* — контроль має здійснюватись своєчасно або з деяким випередженням;
- *об'єктивність* — висновки контролерів мають бути аргументовані, базуватися на достовірних фактах діяльності медичного закладу;
- *масовість* — контроль повинен поширюватись на всі ЛПЗ незалежно від виду медичної практики;
- *дієвість* — за результатами перевірок мають вживатись заходи, спрямовані на ліквідацію виявлених недоліків з провадження господарської діяльності з медичної практики;
- *плановість* — запобігає зайвому контролю; залученню великої кількості спеціалістів; ситуаціям, коли деякі медичні заклади або види медичної практики залишаються без контрольними.

З метою забезпечення ефективності державного контролю за медичною практикою необхідно:

1. Забезпечити двостороннє спілкування працівників органу контролю (міського або обласного управління охорони здоров'я при державній адміністрації) і осіб, діяльність яких контролюється (головного лікаря, власника закладу).

2. Уникати надто прискіпливого контролю за діяльністю медичного закладу, коли увага керівників закладу повністю переключається на перевіряючі органи, а не на потреби пацієнтів.

3. Впроваджувати інформаційно-управлінську систему контролю.

4. Використовувати інформацію, яка надійшла в органи державного управління за результатами контролю, для прийняття управлінських рішень з охорони громадського здоров'я.

8.6. Акредитація як форма державного контролю за якістю подання медико-санітарної допомоги

Акредитація закладу охорони здоров'я є одним з основних заходів державного контролю за якістю подання медико-санітарної допомоги. Разом з цим акредитація — це офіційне визнання статусу закладу на наявність у ньому умов для подання певного виду медико-санітарної допомоги [6]. Відповідність таким умовам надає можливість присвоїти ЛПЗ певну категорію, яка затверджує:

- дотримання стандартів;
- відповідність встановленим критеріям;
- гарантії високої якості медичної допомоги.

Наявність у закладу охорони здоров'я акредитаційного сертифікату визначає його професійний рівень і в подальшому має бути підставою для укладення угоди зі страховою компанією.

У переважній більшості країн світу акредитацію здійснюють спеціальні комісії, які, у свою чергу, запрошують для цього відомих у країні експертів певної сфери діяльності ЛПЗ. Працівники акредитаційної організації та запрошені експерти працюють деяких час безпосередньо з матеріалами ЛПЗ за спеціально розробленими програмами як у період підготовки до акредитації, так і під час її проведення. Після цього результати оцінок

усіх експертів узагальнюються й робиться висновок про відповідність ЛПЗ затвердженим стандартам.

Принциповим елементом ефективності процесу акредитації є стандартизація методологічних підходів до оцінки різних ЛПЗ, для чого зацікавлені сторони сприяють розробці загальних, уніфікованих стандартів та критеріїв діяльності, що гарантують високу якість медичної допомоги.

Акредитація закладу охорони здоров'я проводиться згідно з Постановою Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я” від 15 липня 1997 р. № 765 [5].

Акредитації підлягають усі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності. Проводиться акредитація один раз на три роки. Акредитацією закладів охорони здоров'я здійснює Головна акредитаційна комісія, що утворюється при Міністерстві охорони здоров'я України. Акредитаційні комісії можуть утворюватись при Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннях охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Головні акредитаційні комісії та акредитаційні комісії у своїй діяльності керуються Конституцією України, іншими актами чинного законодавства.

Головні акредитаційні комісії проводять акредитацію закладів охорони здоров'я державної та приватної форм власності.

Акредитаційні комісії проводять акредитацію закладів комунальної форми власності, за винятком тих, що належать до сфери управління обласних державних адміністрацій.

Для проходження акредитації заклад подає документи згідно з переліком до відповідної акредитаційної комісії, яка у тримісячний термін має провести його акредитацію.

До акредитаційної справи подаються такі **обов'язкові документи**:

- копія положення (статуту) закладу охорони здоров'я, засвідчена в нотаріальному порядку;
- копія ордера або угоди на оренду приміщень, інші документи на право користування, у тому числі обладнанням, необхідним для подання лікувально-профілактичної допомоги;

- відомості про чисельність працюючих у закладі спеціалістів та їх кваліфікаційну характеристику;
- затверджена структура закладу охорони здоров'я;
- висновок державного санітарно-епідеміологічного нагляду про епідемічний стан закладу;
- висновок державного протипожежного нагляду про стан пожежної безпеки в закладі;
- висновок спеціалістів про стан техніки безпеки та експлуатації споруд у закладі;
- фінансовий звіт за попередній рік, затверджений державним фінансовим органом за місцем знаходження закладу;
- звіт закладу про участь у виконанні територіальних медичних програм;
- звіт закладу про лікувальну роботу, виконану за останні три роки;
- аналіз діяльності закладу щодо якості медичної допомоги та критеріїв її оцінки;
- звіт закладу про наукову та педагогічну діяльність (за умови її наявності);
- копії раніше виданих акредитаційних сертифікатів, якщо такі видавалися.

На підставі аналізу наданих закладом документів та висновків експертів відповідна акредитаційна комісія приймає рішення про проведення акредитації та зарахування закладу до відповідної категорії (другої, першої, вищої) або про відмову в цьому.

Рішення акредитаційних комісій затверджується відповідною Головною акредитаційною комісією і повідомляється закладу в 10-денний термін. У разі прийняття рішення про зарахування закладу до відповідної категорії акредитаційна комісія, яка проводила акредитацію, видає йому акредитаційний сертифікат. Термін дії акредитаційного сертифікату визначається відповідною Головною акредитаційною комісією, але не повинен перевищувати трьох років.

Позачергова акредитація може проводитись з ініціативи медичного закладу з метою підвищення категорії, але не раніше як через один рік після попередньої акредитації. У такому самому порядку проводиться акредитація закладу, якому в ній було відмовлено.

Акредитовані заклади охорони здоров'я вносяться до Державного реєстру, який ведеться Головною акредитаційною комісією.

У разі порушення умов подання закладом якісної медико-санітарної допомоги, а також недостовірного інформування про свою діяльність за поданням акредитаційної комісії відповідна Головна акредитаційна комісія може прийняти рішення про анулювання або зниження категорії закладу.

Документи, на підставі яких проводиться акредитація закладу, зберігаються протягом 10 років в акредитаційній комісії, яка видала акредитаційний сертифікат.

З метою орієнтації на сучасні стандарти медичного обслуговування необхідно впровадити державні стандарти, які визначали б державні вимоги до впорядкування роботи ЛПЗ. Першим кроком у цьому напрямі було впровадження критеріїв до державної акредитації закладів охорони здоров'я. Основні критерії зазначені в наказі Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів" від 20.01.01 № 20 [17].

Принциповим елементом акредитації є стандартизація методологічних підходів до оцінки різних ЛПЗ, для чого потребується впровадження загальних, уніфікованих стандартів та критеріїв діяльності, що гарантують високу якість медичної допомоги.

Критерії акредитування ЛПЗ:

1. Загальні умови діяльності ЛПЗ:

- управління закладом;
- кадри;
- організація діяльності закладу;
- управління службою (структурним підрозділом);
- права і обов'язки пацієнтів;
- медико-інформаційна та аналітична служба;
- метрологічне забезпечення;
- санітарно-епідеміологічне благополуччя;
- умови споруд ЛПЗ.

2. Якість лікувально-профілактичної допомоги.

3. Медична допомога:

- загальні положення про лікаря;
- первинна медико-санітарна допомога;

- служба швидкої та невідкладної допомоги;
- амбулаторно-клінічна допомога;
- стаціонарна допомога;
- параклінічні служби;
- використання ліків;
- спеціалізовані служби (служба крові, патолого-анатомічна та санаторно-курортна служби).

Організація роботи закладів охорони здоров'я повинна будуватись на нормативній базі, в основу якої покладено накази Міністерства охорони здоров'я України.

Кожний заклад охорони здоров'я, який проваджує медичну практику як юридична особа, повинен мати Статут. Зразки Статутів наводяться в дод. 1, 2. Статут закладу затверджується вищим органом і реєструється місцевими органами влади. Статут ЛПЗ повинен містити такі розділи: “Загальні дані”, “Головна мета і основні завдання ЛПЗ”, “Організаційна структура ЛПЗ”, “Організація роботи ЛПЗ” та ін.

Статут повинен відображати особливості організації роботи ЛПЗ, зумовлені його завданнями, типом, потужністю, структурою і місцевими умовами (географічним положенням, розмірами території, обслуговуваним контингентом, соціально-демографічною ситуацією).

Окрім Статуту ЛПЗ повинен мати свідоцтво про реєстрацію, ідентифікаційний та інші (включаючи ЗКГНГ) коди.

Однією з форм контролю держави за управлінням ЛПЗ є акредитація. Тому критерії державної акредитації цих закладів чітко розподіляють функціональні обов'язки з управління закладом охорони здоров'я.

Управління закладом охорони здоров'я має здійснюватись адміністрацією у складі керівника (головного лікаря, директора та ін.), його заступників при затвердженій структурі управління. За повсякденне управління закладом відповідає керівник закладу. Обсяг обов'язків керівника ЛПЗ такий:

- затвердження і використання системи контролю якості лікувально-профілактичної допомоги;
- контроль за придбанням обладнання, ліків, витратних матеріалів тощо відповідно до пріоритетів закладу;
- контроль за дотриманням порядку надання платних послуг;

- затвердження і впровадження правил внутрішнього трудового розпорядку;
- затвердження і впровадження коротко- та довгострокових планів з практичної діяльності й фінансування закладу;
- оцінка відповідності розроблених планів перспективним вимогам контингенту обслуговуваного населення;
- проведення оперативних нарад зі своїми заступниками, завідувачами відділень і головними медичними сестрами. На нарадах мають заслуховуватись звіти служб, аналізуватись їх діяльність, вирішуватись поточні питання, розглядатись екстремальні ситуації, приймаються найоптимальніші рішення посталих проблем;
- затвердження складу комісії з трудових спорів і порядку її роботи;
- контроль за виконанням умов колективного договору;
- затвердження інструкції з діловодства.

Заступник головного лікаря (директора) з лікувальної роботи повинен здійснювати щоденний контроль за наданням медичних послуг. Заступник головного лікаря звітується головному лікарю. До обов'язків заступника головного лікаря входять такі:

- оцінка результатів лікувально-діагностичного процесу за відповідними моделями кінцевих результатів; аналіз незадовільних результатів лікування; підготовка заходів попередження таких випадків у майбутньому;
- визначення за допомогою вибіркового опитувань задоволеності пацієнтів медичною допомогою;
- планування і проведення лікарських конференцій, семінарів;
- планування і проведення патологоанатомічних конференцій.

Сестринським доглядом у ЛПЗ повинна керувати медична сестра (головна сестра) першої або вищої кваліфікаційної категорії. Головна медична сестра здійснює контроль за дотриманням правил сестринського догляду згідно з кваліфікацією і місцем роботи сестер.

Адміністрацією закладу встановлюються умови сестринського догляду і система оцінки якості їх виконання.

Щоденний контроль за фінансовим балансом ЛПЗ здійснює заступник головного лікаря з фінансових питань.

Щоденний контроль за організаційно-господарською роботою закладу здійснює заступник головного лікаря (директора) з адміністративно-господарської частини або головний інженер.

Щоденний контроль за дотриманням правил охорони праці в ЛПЗ покладається на інженера з охорони праці, до функціональних обов'язків якого входять систематичне проведення навчання та перевірка засвоєння знань.

Список використаної літератури

1. Закон України “Про підприємства в Україні” // ВВР України. — 1991. — № 24. — Ст. 272.
2. Закон України “Про підприємництво” // ВВР України. — 1991. — № 14. — Ст. 168.
3. Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” // ВВР України. — 1993. — № 4.
4. Закон України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності” // ВВР України. — 2000. — № 36. — Ст. 299.
5. Закон України “Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців” // ВВР України. — 2003. — № 31–32. — Ст. 263.
6. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я” від 15.05.97 № 765 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
7. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефі-

- циту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції” від 16.10.98 № 1642 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
8. *Постанова* Кабінету Міністрів України “Про затвердження переліку органів ліцензування” від 14.11.2000 № 1698 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
 9. *Постанова* Кабінету Міністрів України “Про затвердження правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах” від 17.11.04 № 1570 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
 10. *Наказ* МОЗ України “Про порядок направлення на стажування лікарів і їх наступного допуску до лікарської діяльності” від 17.03.93 № 48 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
 11. *Наказ* МОЗ України “Про порядок допуску до медичної та фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах закордонних країн” від 19.08.94 № 118-з (із змінами, внесеними наказом МОЗ України від 01.02.2000 № 28-О) // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
 12. *Наказ* МОЗ України “Про подальше удосконалення атестації лікарів” від 19.12.97 № 359 (із змінами та доповненнями) // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
 13. *Наказ* Державної податкової адміністрації України від “Про затвердження Положення про Реєстр платників податків на додану вартість” від 01.03.2000 № 79 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
 14. *Наказ* МОЗ України та Державного комітету статистики України “Про затвердження форм статистичної звітності з

питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їх заповнень” від 31.07.2000 № 256/184 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.

15. *Наказ* МОЗ України “Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної та нетрадиційної медицини” від 10.08.2000 № 195 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
16. *Наказ* Міністерства праці та соціальної політики України “Про затвердження Інструкції про порядок обчислення і сплати внесків на загальнообов’язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття та обліку їх надходження до Фонду загальнообов’язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття” від 18.12.2000 № 339 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
17. *Наказ* МОЗ України “Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів” від 20.01.01 № 20 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
18. *Наказ* Державного Комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва та Міністерства охорони здоров'я України “Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, господарської діяльності з медичної практики та проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт” від 16.02.01 № 38/63 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
19. *Наказ* Державної податкової Адміністрації України “Про внесення змін та доповнень до Положення про Реєстр платників податку на додану вартість” від 20.03.01 № 117 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
20. *Наказ* Державного Комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва та Міністерства охорони

здоров'я України “Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами” від 12.01.01 № 3/8 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.

21. *Наказ* МОЗ України “Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських та провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою в закладах охорони здоров'я” від 28.10.02 № 385 (із змінами та доповненнями) // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
22. *Постанова* Правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України “Про внесення змін до Інструкції про порядок перерахування, обліку та витрачання страхових коштів Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України” від 06.07.05 № 26 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
23. *Наказ* МОЗ України “Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень” від 19.07.05 № 360 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
24. *Постанова* Правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності “Про затвердження Тимчасового порядку взяття на облік, реєстрації та зняття з обліку в органах Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності юридичних осіб та фізичних осіб — підприємців як страхувальників” від 26.07.05 № 110 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”,

- версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
25. *Наказ* МОЗ України «Про призупинення дії пунктів 1, 2 наказу МОЗ України від 19.07.2005 № 360 “Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень” від 20.10.05 № 539 // СД Інформ-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
26. *Письмо* Министерства труда и социальной политики Украины «По вопросам введения “Единого окна”» від 17.08.05 № ДЦ-09-4408/0/6-05 // СД Інформ.-правова бібліотека “Експерт-юрист”, версія Грудень 2005. — К.: Експерт Софт, 2005.
27. *Дмитрук С.* Як здійснюється державна реєстрація юридичних та фізичних осіб-підприємців за новим законодавством // Консультант. — 2004. — № 25(452).
28. *Малашок М.* // Консультант. — 2004. — № 29(456).
29. *Онищенко Т., Рудяк Ю., Кавторєва Я.* Приватний підприємець. — 10-те вид. — Х.: Фактор, 2005. — 636 с.
30. *Саніахметова Н. О.* Правовий захист підприємництва в Україні: Навч. посіб. — К.: Юрінком Інтер, 1999. — 336 с.

9. Фінансовий менеджмент в організації роботи лікувально-профілактичних закладів

Запровадження ринкових відносин у галузі охорони здоров'я передбачає скорочення державного регулювання, перехід підприємств цієї галузі на часткове або повне фінансово-матеріальне забезпечення на засадах часткової комерціалізації надання медичних послуг населенню, уведення в дію системи добровільного медичного страхування, підписання контрактів на надання медичної допомоги та медичних послуг із закладами сімейної медицини, спеціалізованими клініками, діагностичними центрами, підвищення рівня конкурентоспроможності установ охорони здоров'я. Разом з цим переважно державне фінансування останніх, недостатність його обсягів виводить на передній план питання фінансового забезпечення цих закладів, досягнення ефективності та оптимальності використання наявних коштів. Таким чином, за сучасних умов роль фінансових ресурсів значно зростає, а фінансовий менеджмент як одна з основних функцій апарата управління здобуває одну з керівних ролей. Втім виявляється неготовність керівників установ охорони здоров'я до здійснення активної фінансової політики, використання важелів фінансового менеджменту через брак знань і досвіду в цій сфері.

Загалом фінансовий менеджмент установи охорони здоров'я — це управлінський процес, спрямований на формування системи залучення, ефективного розподілу та використання фінансових ресурсів організації, управління фінансовими відносинами, що виникають між правосуб'єктами у процесі руху фінансових ресурсів. Це система принципів, методів, прийомів та форм управління фінансами з метою акумулювання та ефективного використання фінансових ресурсів ЛПЗ. Фінансовий менеджмент передбачає розробку альтернативних варіантів стратегії і тактики досягнення цілей закладу охорони здоров'я із застосуванням конкретних важелів фінансового механізму, оцінку й вибір оптимального варіанта, що сприяє підвищенню рівня фінансової ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг.

Мобілізація фінансових ресурсів передбачає управління ними (наявними, безготівковими, дебіторською та кредиторськими за-

боргованостями), оптимізацію цільових внесків, використання різних форм забезпечення фінансових потреб ЛПЗ.

Розподіл фінансових ресурсів визначає оптимальний спосіб фінансування в реальних умовах функціонування суб'єкта (позиція, дотація, кредит, субвенція, субсидія), адекватну політику (методику) ціноутворення і прогнозування динаміки обсягу медичних послуг, що надаються.

Аудит використання фінансових ресурсів передбачає фінансовий контроль, оцінку ефективності фінансових планів (бюджетів) і забезпечення управлінського обліку.

Об'єктом фінансового менеджменту установи охорони здоров'я є фінансові ресурси — кошти, що перебувають у розпорядженні закладу. Фінансові ресурси класифікують так: за термінами залучення — довгострокові (у формі основного капіталу) та короткострокові (для поточної діяльності), за джерелами формування — внутрішнього та зовнішнього, за ступенем належності — власні та запозичені. До власних фінансових ресурсів належать нерозподілений прибуток та амортизаційні відрахування, отримані на засадах надання платних медичних послуг та допомоги. Запозичені (залучені) кошти — це грошові засоби, що не належать ЛПЗ, але тимчасово перебувають у його розпорядженні разом із власними. До них належать боргові зобов'язання, кредити банків, акції підпорядкованих організацій.

Розрізняють такі технологічні етапи фінансового менеджменту ЛПЗ:

- аналіз комунікаційної інформації — макро- та мікроекономічних показників;
- визначення правових аспектів діяльності;
- аналіз звітів бухгалтерського та управлінського обліку;
- складання фінансового плану (бюджету) — вибір раціональних шляхів використання; визначення співвідношення джерел фінансування; вибір методики ціноутворення тарифів на медичні послуги;
- розробка та затвердження економічних нормативів обсягів і структури медичних послуг відповідно до територіальних класифікаторів;
- прогнозування фінансових результатів — обсягів медичної допомоги та медичних послуг, доходів, витрат, дослідження ефективності використання ресурсів;

- виконання фінансового плану (бюджету) за складовими — мобілізація ресурсів, розподіл та використання фінансових коштів;
- контроль за виконанням фінансового плану — попередній, поточний, заключний.

Здійснення фінансового менеджменту на підприємствах передбачає виконання загальних його функцій, насамперед планування (як стратегічного, так і тактичного). Зміст стратегічного планування фінансового менеджменту полягає в окресленні загального напрямку і способу використання фінансових ресурсів для досягнення поставленої мети. Тактичне планування стосується вибору конкретних методів, прийомів, інструментів, необхідних для досягнення поставленої мети в реальних умовах [2].

Фінансовий план ЛПЗ становить кошторис, баланс його майбутніх доходів і витрат на рік. До складу доходів включаються суми, одержувані за рахунок стійких джерел власних засобів, а за потреби — за рахунок залозичених коштів. До стійких джерел власних доходів належать прибуток (якщо є платні медичні послуги), амортизаційні відрахування, відрахування на ремонт.

Мета складання фінансового плану ЛПЗ — узгодження доходів з необхідними витратами. Якщо доходи перевищують витрати, сума перевищення може бути спрямована в резервний фонд. При перевищенні витрат над доходами визначається сума нестачі фінансових засобів, які можуть бути отримані за рахунок розширення платних медичних послуг, благодійних внесків. Якщо джерело додаткових фінансових засобів відоме, то ці засоби включаються в дохідну частину фінансового плану, а їх неповернення — у видаткову. Фінансовий план складається на рік з розподілом за кварталами.

Розглянемо етапи фінансового планування ЛПЗ.

Перший етап — порівняльний аналіз результатів діяльності ЛПЗ за попередній звітний період у розрізі джерел надходження фінансових засобів та понесених витрат.

Другий етап — оцінка впливу окремих структурних підрозділів на загальні результати фінансово-господарської діяльності ЛПЗ. Залежно від вибраної розрахункової одиниці основними

показниками можуть бути кількість наданих медичних послуг; кількість пролікованих пацієнтів; кількість лікарських відвідувань (для поліклінік); кількість ліжко-днів (для стаціонарів); структура поданої медичної допомоги; вартість одного ліжко-дня; тарифи, що діють у системі обов'язкового та добровільного медичного страхування; понесені матеріальні витрати.

Третій етап — визначення за результатами аналізу внутрішніх резервів, виявлення причин появи недоліків у роботі й вироблення подальшої фінансової стратегії [7].

Фінансове планування ЛПЗ відіграє істотну роль в управлінні закладу охорони здоров'я і охоплює комплекс заходів як з вироблення планових завдань, так і їх реалізації.

Для того щоб конкретний план фінансових заходів був ефективно виконаний, застосовуються конкретні способи та прийоми розрахунків показників, так звані методики розробки фінансових планів. Розрізняють такі методи планування: нормативний, розрахунково-аналітичний, балансовий та оптимізації планових рішень.

Нормативний метод планування фінансових показників полягає в тому, що на основі наперед встановлених норм і техніко-економічних нормативів розраховується потреба господарських суб'єктів у фінансових ресурсах та їх джерелах. Такими нормативами є норми витрат м'якого інвентаря, середньодобового набору продуктів (для стаціонарів), встановлювані чинним законодавством, з оплати службових відряджень, ставки податків, тарифних внесків і зборів, амортизаційних відрахувань тощо.

Розрахунково-аналітичний метод фінансового планування ЛПЗ полягає в тому, що на основі аналізу досягнутого значення фінансового показника, узятого за базовий, та індексів його зміни у плановому періоді розраховується планове значення цього показника. Розрахунково-аналітичний метод широко застосовується при плануванні очікуваного прибутку, визначенні відрахувань від прибутку до фондів нагромадження, споживання, резервного, за окремими видами використання фінансових ресурсів, особливо в умовах платної медицини.

При балансовому методі планування фінансових показників необхідною є побудова балансів зі встановленням взаємозв'язку наявних фінансових ресурсів і фактичної потреби в них. Цей ме-

тод застосовується насамперед при плануванні розподілу прибутку та інших фінансових ресурсів, потреби надходжень за собів до фінансових фондів нагромадження та споживання ЛПЗ [10].

Метод оптимізації планових рішень заснований на розробці кількох варіантів планових розрахунків, для того щоб вибрати з них оптимальний. Можуть застосовуватися різні критерії вибору: мінімальні поточні витрати, максимальний дохід на 1 грн вкладених коштів в умовах платної медичної допомоги, мінімальний рівень фінансових витрат (фінансового ризику).

Планування витрат і доходів фінансових ресурсів у державному секторі відповідно до затверджених планів розвитку охорони здоров'я по місту (району) передбачає розробку фінансового плану ЛПЗ, який розглядається і затверджується фінансовими органами для кожної установи охорони здоров'я. Функцію фінансового плану в ЛПЗ виконує бюджет. Основним методом розробки планових показників бюджету є метод нормативного поелементного розрахунку витрат, на основі якого встановлюється сума коштів, що підлягають перерахуванню з бюджетів різних рівнів, а також фонду обов'язкового медичного страхування. Ймовірний прибуток визначається на етапі планування шляхом порівняння сумарної вартості медичних послуг, що може надати ЛПЗ, із сумою фінансових надходжень, які передбачаються за всіма джерелами.

Розглянемо процес розробки фінансового плану детальніше. Отже, фінансовий план установи охорони здоров'я розробляється на основі доходів і витрат, необхідних для нормального функціонування установи і виконання його оперативно-виробничого плану подання медичної допомоги та медичних послуг.

Норми витрат за характером можуть бути матеріальні та грошові, прямі (обов'язкові) — витрати на заробітну плату, харчування, медикаменти тощо — і непрямі (необов'язкові) — норми витрат на опалення, освітлення, прання білизни та ін. Так, підставою для визначення показників кошторису закладів охорони здоров'я в лікарнях усіх видів, санаторіях і будинках дитини є кількість ліжок, ліжко-днів, в амбулаторно-поліклінічних закладах — кількість відвідувань хворими лікарів, чисельність працівників, площа приміщень тощо. Кількість днів роботи ліжка в кошторисі закладу на плановий рік визначається вихо-

дячи з нормативного показника за різними профілями звітних даних за попередні роки з урахуванням можливостей подальшого поліпшення їх використання та вдосконалення структури.

Основним показником діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів (структурних підрозділів) є кількість відвідувань хворими лікарів.

У розрахунок непрямих витрат і норм можуть вноситися зміни залежно від особливостей функціонування певної лікувальної установи. Основні статті кошторису включають заробітну плату, нарахування на заробітну плату, канцелярські й господарські витрати, витрати на харчування, медикаменти і перев'язні матеріали, придбання м'якого інвентаря, інші витрати, відрядні, капітальний ремонт будівель і споруд, державні капітальні вкладення за планом та ін. За підсумками року (або іншого звітного періоду) складається звіт про виконання кошторису доходів і витрат.

Підставою для визначення витрат на оплату праці в закладах охорони здоров'я є штатний розпис, затверджений у встановленому порядку, і тарифікаційний список.

Штатна чисельність працівників закладів охорони здоров'я формується на підставі штатних нормативів і типових штатів, номенклатури посад у межах затверджених бюджетних асигнувань на заробітну плату. Фактична штатна чисельність працівників закладу не може перевищувати затверджену штатним розписом.

Посадові оклади (ставки заробітної плати), доплати, надбавки, премії, інші види заохочень чи винагород, матеріальна допомога встановлюються відповідно до чинних нормативних актів у межах фонду заробітної плати.

Транспортні засоби закладів охорони здоров'я використовуються за прямим призначенням з дотриманням норм витрат паливно-мастильних матеріалів, обґрунтованості списання автотранспортних засобів, правильності заповнення шляхових листів, доцільності їх виписування на вихідні та святкові дні. Канцелярські та поштово-телеграфні витрати здійснюються виходячи з необхідності максимальної ощадливості їх використання і недопущення оплати особистих міжміських та міських телефонних розмов за рахунок державних коштів.

При здійсненні видатків на поточний ремонт необхідно дотримуватися правильності оплати фактично виконаних обсягів робіт і розцінок з урахуванням чисельності штатних працівників ремонтно-будівельних професій (мулярів, штукатурів, слюсарів-сантехніків, столярів тощо).

При здачі в оренду вільних приміщень та майна слід керуватися чинними нормативно-правовими актами, забезпечувати повноту отримання плати за оренду та своєчасну оплату орендарями комунальних послуг, у тому числі за спожиті енергетичні ресурси (тепло-, водо-, газо-, електропостачання), виконання інших умов договору.

Контроль за дотриманням нормативів використання бюджетних коштів відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження рекомендацій щодо раціонального використання бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я" від 31.10.01 № 440 покладено на керівників закладів охорони здоров'я. Як розпорядники бюджетних коштів вони відповідальні за ефективність застосування цих коштів, дотримання режиму економії та цільової спрямованості використання резервів закладу, а також обґрунтованість планування видатків. Лікувально-профілактичні заклади, що фінансуються з бюджету, мають право на одержання засобів відповідно до бюджетного розпису на відповідний бюджетний рік [1].

При казначейській системі виконання бюджету для кожної бюджетної установи в казначействі відкривається рахунок, де вказуються постатейний обсяг асигнувань на рік, квартал, ліміт фінансування на місяць, а також враховується і контролюється оплата витрат і залишки коштів. Таким чином, фінансування бюджетних установ здійснюється в межах лімітів бюджетних коштів відповідно до затверджених кошторисів доходів і видатків ЛПЗ, який визначає обсяг і спрямування коштів для виконання функцій та досягнення цілей, визначених на бюджетний період відповідно до бюджетних призначень. Показники видатків, що включаються в кошторис, обґрунтовуються розрахунками за економічними кодами бюджетної класифікації. При визначенні обсягів видатків керівниками установ охорони здоров'я враховується об'єктивна потреба в коштах виходячи з основних виробничих показників і контингентів хворих, обсягу виконаної роботи, штатних посад, необхідності реалізації окремих

програм та пріоритетних заходів, обсягів закупівлі товарів, робіт і послуг.

До основних нормативних документів, якими необхідно керуватися при визначенні обсягів видатків, належать такі:

заколи України:

- “Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти” від 22.02.2000 № 1490-III;
 - “Про оренду державного майна” від 14.03.95 № 98/95-ВР;
- постанови Кабінету Міністрів України:**
- “Про норми відшкодування витрат на відрядження в містах України та за кордон” від 23.04.99 № 663 з урахуванням внесених змін від 06.05.01 № 423;
 - “Про Порядок складання, розгляду, затвердження та основні вимоги щодо виконання кошторисів доходів і видатків бюджетних установ та організацій” від 09.01.2000 № 17;
 - “Про впорядкування умов оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери” від 07.02.01 за № 134;
 - “Про граничні суми витрат на придбання автомобілів, меблів, іншого обладнання та устаткування, мобільних телефонів, комп’ютерів державними органами, а також установами та організаціями, які утримуються за рахунок державного і місцевих бюджетів” від 04.04.01 № 332;

накази Міністерства охорони здоров’я України:

- “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров’я” від 23.02.2000 № 33;
- “Про впорядкування та затвердження Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров’я та установ соціального захисту населення” від 06.04.01 № 161/137;

накази Міністерства фінансів України:

- “Про затвердження нової бюджетної класифікації України” від 03.12.97 № 265;
- “Про затвердження документів, що застосовуються в процесі виконання бюджету” від 09.01.01 № 6;

накази Державного казначейства України:

- “Про затвердження Порядку обліку зобов’язань розпорядників коштів бюджету в органах Державного казначейства” від 19.10.2000 № 103;

- “Про затвердження Інструкції з обліку запасів бюджетних установ” від 08.12.2000 № 125;
- “Про затвердження Порядку касового виконання державного бюджету за видатками” від 22.01.01 № 3;
- “Про затвердження Інструкції про порядок відображення в обліку бюджетних установ операцій з централізованого постачання матеріальних цінностей” від 10.08.01 № 141;

наказ Міністерства транспорту України “Про затвердження Норм витрат палива і мастильних матеріалів на автомобільному транспорті” від 10.02.98 № 43;

наказ Держбуду України “Про реформування ціноутворення та взаємовідносин у будівництві” від 27.08.2000 № 174 у частині ДБН Д.1-1-2000 [1].

Оскільки цільовий характер асигнувань визначається економічними кодами бюджетної класифікації, їх перевитрата за кожною статтею відповідно до згаданих нормативних актів не вважається бюджетними зобов’язаннями, тобто цільовим використанням коштів, а тому витрати бюджету на покриття таких зобов’язань не повинні здійснюватись. Самостійний перерозподіл засобів між статтями так само неприпустимий, що обмежує можливість здійснення самостійної господарської діяльності установ охорони здоров’я. За потреби перерозподілу затверджених бюджетних асигнувань необхідне ухвалення рішення законодавчого або представницького органу влади або керівника виконавчої влади, уповноваженого законодавчим органом.

При складанні кошторису необхідно зазначати також паспортні дані ЛПЗ, а саме: назву, адресу установи, назву бюджету, за рахунок якого фінансується установа, розділ, главу, параграф бюджетної класифікації; виробничі показники; загальні відомості; розрахунки за окремими статтями, зведені розрахунки.

До основних каналів надходження коштів належать кошти державного та місцевих бюджетів, благодійних фондів, добровільні пожертви, отримані в результаті надання платних послуг, здійснення операцій оренди майна ЛПЗ, добровільного медичного страхування.

Зазвичай планування надходжень коштів за обов’язковим медичним страхуванням базується на даних рахунків-фактур на пацієнтів (обсяг поданої медичної допомоги та наданих послуг, їх структура).

Для зменшення ризику за відповідними критеріями і методиками оцінюються різні варіанти фінансування, тобто здійснюється прогнозування. Фінансові прогнози є основою для розробки фінансових планів. Фінансове прогнозування має на меті розробку альтернативних перспективних показників, що характеризують фінансовий стан об'єкта охорони здоров'я, динаміку його витрат, доходів, прибутку, руху грошових коштів, основних ресурсів тощо. У процесі фінансового прогнозування часто використовуються методи, що базуються на експертній оцінці тенденцій змін різних фінансових показників об'єкта охорони здоров'я. Так, методом експертного припущення можуть бути розраховані та включені до плану фінансового забезпечення ЛПЗ гуманітарна допомога, спонсорські та інші добровільні внески і пожертви.

Поряд з фінансуванням установ охорони здоров'я виходячи з елементів витрат кошторису можливе визначення витрат на охорону здоров'я з державного бюджету та інших джерел відповідно до нормативів грошових коштів на одного мешканця на рік і диференційованих норматив на одного мешканця.

1. Норматив грошових коштів на одного мешканця на рік і диференційований норматив на одного мешканця на рік визначаються так:

$$D = \frac{A \times O}{100}, \quad (9.1)$$

де P — витрати на охорону здоров'я з державного бюджету та інших джерел; D — частка (у відсотках) витрат на охорону здоров'я у використаному національному доході; Y — обсяг національного доходу, спрямований на споживання і нагромадження.

Витрати на одного мешканця

$$D_i = \frac{D}{I}, \quad (9.2)$$

де H — чисельність населення.

2. Диференційований норматив на одного мешканця з урахуванням різної статевовікової структури населення розраховується за формулою

$$D_k^i = \frac{A \times O \times I_k}{100 H_i \times I_1}, \quad (9.3)$$

де \mathcal{D}_k^i — витрати на охорону здоров'я на одного мешканця k -ї вікової групи; I_k — відносна споживча сила k -ї групи; H_1 — чисельність населення в k -й групі; I_1 — відносна споживча сила.

Крім того, в окремих випадках фінансування може здійснюватися на основі визначення витрат за КСГ. Це метод вимірювання суспільно необхідних витрат на лікування окремих груп захворювань.

Система КСГ — це перелік укрупнених нозологічних форм захворювання, для кожної з яких встановлено перелік параметрів, які характеризують можливий стан здоров'я пацієнта при виписуванні чи завершенні курсу лікування, а також стандартний набір заходів, необхідних для лікування певної групи захворювань.

Метод КСГ пов'язує якісну характеристику медичних показників з витратами на лікування на основі розподілу хвороб на три категорії складності КСГ — легка, середня, складна, а також нормативні грошові кошти, що використовуються для лікування певного захворювання через використання показника нормативного терміну лікування. Цей метод базується на тому, що в результаті застосування прогресивних методів та технологій лікування хворий переводиться на легшу категорію складності, що відповідно економить кошти, і навпаки.

Перевага запровадження системи КСГ полягає в можливості об'єктивної оцінки обсягу та результативності подання необхідної медичної допомоги та надання послуг залежно від характеру патології і випадків госпіталізації, встановлення стандартів і стимулювання медичних працівників щодо якості надання медичних послуг.

Однак введенню в дію системи КСГ заважають такі фактори, як необхідність докладного збирання інформації про потреби коштів на кожний випадок захворювання, формування статистики витрат щодо кожного діагнозу, складності при визначенні типової загальної схеми лікування хворих з однаковим діагнозом, відсутність статистичних даних попередніх років [3].

Вибір методів планування фінансових коштів залежить від ступеня розвитку фінансового менеджменту в конкретному ЛПЗ, технології врахування витрат та специфіки закладу.

Для підвищення ефективності фінансового планування в ЛПЗ насамперед необхідно [7]:

- встановити планові витрати фінансових коштів виходячи не з витрат попереднього року, а з фактичних витрат, тобто зазначити у плані на наступний рік цифри, які відбивають фактичні витрати відповідно до обґрунтованих потреб ЛПЗ;
- прогнозувати і враховувати рівень інфляції;
- значно зменшити кількість державних програм розвитку охорони здоров'я і водночас забезпечити повноцінне їх фінансування;
- розширити практику прийняття рішень про розподіл ресурсів на основі результатів економічних оцінок і вільного розподілу прибутку від платної медичної діяльності;
- нагромадження і формування фонду амортизації. Якщо держава не фінансує достатньою мірою придбання устаткування, то установа охорони здоров'я повинна знайти вихід для вирішення проблеми зносу основних фондів.

Фінансовий контроль як одна з функцій менеджменту зумовлюється тим, що фінансам як економічній категорії властива не тільки розподільна функція, а й контрольна. Фінансовий контроль здійснюється у встановленому правовими нормами порядку системою органів державної влади та органів місцевого самоврядування. У процесі фінансового контролю перевіряються дотримання встановленого правопорядку фінансової діяльності, економічна обґрунтованість і ефективність здійснюваних дій зі створення, розподілу і використання фінансових ресурсів.

Основний зміст фінансового контролю полягає в перевірці правильності виконання фінансових зобов'язань перед державою та органами місцевого самоврядування, використання грошових ресурсів установи (бюджетні, власні кошти, банківські позички, позабюджетні засоби тощо); перевірці дотримання правил здійснення фінансових операцій, розрахунків і зберігання установами коштів; виявлення внутрішніх резервів, можливостей ефективнішого і ощадливого використання матеріальних та фінансових ресурсів, здійснення поглибленого економічного аналізу фінансово-господарської діяльності; усунення та попередження порушень фінансової дисципліни.

Фінансовий контроль класифікується за часом здійснення:

- попередній — до виконання операцій з утворення, розподілу і використання грошових коштів ЛПЗ;
- поточний — у процесі виконання грошових операцій;
- заключний — перевірка результатів виконання фінансових операцій.

За ступенем обов'язковості фінансовий контроль буває:

- обов'язковий — за вимогами законодавства, а також за рішенням компетентних державних органів;
- ініціативний — за самостійним рішенням господарюючих суб'єктів.

Залежно від контролюючих органів фінансовий контроль здійснюється:

- контрольним управлінням адміністрації Президента;
- представницькими органами державної влади та місцевого самоврядування;
- виконавчими органами влади загальної компетенції;
- фінансово-кредитними органами;
- представниками відомства та ЛПЗ;
- громадськими організаціями;
- аудиторськими організаціями.

До методів фінансового контролю належать ревізії, перевірки документації, стану обліку та звітності, розгляд проектів фінансових планів, заявок, звітів про фінансово-господарську діяльність, заслуховування доповідей, інформації посадових осіб.

Найактуальнішим методом є ревізія фінансово-господарської діяльності ЛПЗ. Ревізії класифікують за об'єктами перевірки — документальні, фактичні, повні (змішані), вибіркові; за формами організації — планові, позапланові, комплексні (проведені кількома контролюючими органами).

Водночас до основних завдань фінансового менеджменту належить забезпечення фінансової стійкості як системи загалом, так і окремих її елементів, підсистем. Визначення рівня фінансової стійкості організації закладу охорони здоров'я базується на аналізі фінансового стану ЛПЗ.

Фінансовий стан ЛПЗ характеризується сукупністю показників, що відбивають наявність, розміщення та використання фінансових ресурсів. Ці показники є основою фінансово-економіч-

ного аналізу, що має на меті безперервне поліпшення якості управління фінансовими ресурсами і виявляється в такому:

- своєчасності оплати рахунків організації охорони здоров'я;
- відсутності простроченої дебіторської та кредиторської заборгованості;
- відсутності штрафів і пені за прострочення платежів до бюджетів усіх рівнів та позабюджетних фондів;
- відсутності порушення фінансової дисципліни.

Аналіз фінансового стану як складової управління фінансовим забезпеченням ЛПЗ включає аналізи динаміки і статей витрат за кошторисом; забезпеченості основними фондами та матеріалами; фінансових показників платоспроможності, автономії. Необхідний рівень фінансування конкретного ЛПЗ оцінюється за методом розрахунку порога рентабельності, для чого необхідно поділити витрати на умовно-постійні та змінні, а також побудувати криві витрат і можливого виторгу. Аналіз може виявити низький рівень фінансування ЛПЗ, що не стимулює до нарощування послуг, удосконалення техніки та технологій.

Ліквідність балансу організації охорони здоров'я — це можливість перетворення активів на грошову форму.

Наприклад, баланс вважається абсолютно ліквідним, якщо кошати на рахунках і в касі еквівалентні або перевищують заборгованість за оплатою праці, соціальним страхуванням, перед бюджетом позабюджетними фондами, тобто короткострокові зобов'язання.

Коефіцієнт ліквідності розраховується як відношення ліквідних оборотних активів до суми короткострокової заборгованості. До оборотних активів належать малоцінні та швидкозношувані предмети, витрати на медикаменти, м'який інвентар та ін.

Короткострокові зобов'язання відбиваються в одному з розділів пасиву балансу: це засоби, погашення яких повинно відбутися менше як за 12 місяців після звітної дати. За цими даними можна розрахувати коефіцієнт поточної ліквідності:

$$K_{i.\dot{e}} = \frac{\dot{E}_o}{\dot{C}_e}, \quad (9.4)$$

де K_o — капітал оборотний (або оборотні активи); Z_k — зобов'язання короткострокові.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності розраховується за формулою

$$K_{\epsilon} = \frac{\hat{A}_{\epsilon} + \hat{O}_{\epsilon}}{\hat{E}_{\epsilon}}, \quad (9.5)$$

де Γ_{κ} — грошові кошти; Π_{π} — цінні папери, або короткострокові фінансові вкладення в депозити та цінні папери (якщо такі вкладення були); $K_{\text{з}}$ — короткострокова заборгованість, включаючи резерви страхових виплат і короткострокові зобов'язання.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності не повинен бути нижчий від 0,5. Зниження ліквідності означає потенційну неплатоспроможність ЛПЗ у майбутньому. Цей коефіцієнт є одним з показників фінансової стійкості. Загалом показники фінансової стійкості характеризують:

- достатність сформованих резервних засобів;
- надійність розміщення фінансових ресурсів;
- достатність статутного капіталу.

Показниками фінансової стійкості є також коефіцієнт автономії, коефіцієнт маневреності та коефіцієнт покриття. Розрахувати їх можна тоді, коли організація охорони здоров'я має інформацію про елементи, що становлять ці показники. Якщо ж цієї інформації недостатньо, то ці показники не розраховуються, а фінансова стійкість визначається на основі раніше охарактеризованих ознак.

Одне з найважливіших завдань фінансового менеджменту полягає в оптимізації структури капіталу, тобто встановленні раціонального співвідношення власних та запозичених коштів організацій охорони здоров'я. Коефіцієнт автономії характеризує питому вагу власного капіталу в підсумковій сумі всіх засобів, авансованих закладу охорони здоров'я, і визначає, якою мірою організація незалежна від запозиченого капіталу. Що більше коштів має ЛПЗ, то більше можливостей він має для вільного реагування на мінливу кон'юнктуру ринку послуг охорони здоров'я. Коефіцієнт автономії як показник фінансової стійкості ЛПЗ розраховується за формулою

$$K_{\text{а}} = \frac{\hat{E}_{\text{а}}}{\hat{A}}, \quad (9.6)$$

де $K_{\text{в}}$ — загальна сума власних коштів, що розміщуються в розділі “Капітал і резерви”, без орендних зобов'язань і цільового фінансування; B — підсумок балансу.

Як засвідчує економічна практика, цей показник фінансової стійкості повинен перевищувати 0,5.

На основі коефіцієнта маневреності визначається, яка частина власних коштів перебуває в мобільній формі, що дає змогу відносно вільно маневрувати ними. Цей коефіцієнт обчислюється так:

$$K_i = \frac{\hat{E}_{\dot{a}} - \dot{I} \dot{A} - \dot{O} \dot{A}}{\hat{E}_{\dot{a}}}, \quad (9.7)$$

де \dot{A} — нематеріальні активи; \dot{I} ФВ — інвестиції та фінансові вкладення.

Обов'язкових значень цього показника не існує, хоча в окремих випадках вважається, що він повинен дорівнювати або перевищувати 0,5.

Коефіцієнт покриття характеризує відношення мобільних (оборотних) активів організації охорони здоров'я до її короткострокової заборгованості й розраховується за формулою:

$$K_i = \frac{Z_{\text{об}}}{K_{\text{п}}}, \quad (9.8)$$

де $Z_{\text{об}}$ — мобільні (оборотні) активи організації охорони здоров'я; $K_{\text{п}}$ — короткострокові позики.

Коефіцієнт покриття свідчить про платоспроможність організації охорони здоров'я, що оцінюється, за умови не тільки своєчасних розрахунків з дебіторами та сприятливої ситуації для надання медичних послуг, а й продажу, якщо це буде потрібно, інших елементів оборотних активів. Зазвичай найпростіше цей коефіцієнт розраховувати при підбитті підсумку позабюджетної фінансової діяльності.

Ефективність використання ресурсів у фінансовому вираженні характеризують рівень витрат і рівень доходів за капіталовкладеннями (якщо такі були).

Показники ділової активності ЛПЗ характеризуються швидкістю обороту активів. Що вища швидкість їх обороту, то ефективніша вибрана організацією охорони здоров'я стратегія діяльності.

Показник оборотності активів потрібно розглядати в динаміці, причому він повинен збільшуватися з року в рік. Таке саме можна сказати про показник оборотності власного капіталу, що розраховується так:

$$\hat{I} \hat{a} \hat{\delta} \hat{\iota} \hat{o} \hat{a} \hat{e} \hat{a} \hat{n} \hat{i} \hat{a} \hat{i} \hat{e} \hat{a} \hat{i} \hat{o} \hat{a} \hat{e} \hat{o} = \frac{\hat{I} \hat{\delta} \hat{e} \hat{a} \hat{o} \hat{o} \hat{i} \hat{e} \hat{i} \hat{\delta} \hat{a} \hat{a} \hat{i} \hat{c} \hat{a} \hat{o} \hat{z}}{\hat{A} \hat{e} \hat{a} \hat{n} \hat{i} \hat{e} \hat{e} \hat{e} \hat{a} \hat{i} \hat{o} \hat{a} \hat{e}}. \quad (9.9)$$

Узагальнено коефіцієнт фінансової стійкості можна визначити за формулою

$$\hat{E}_{o.n} = \frac{\hat{a} \hat{i} \hat{\delta} \hat{e} \hat{a} \hat{o} \hat{o} \hat{e} \hat{a} + \hat{a} \hat{e} \hat{i} \hat{o} \hat{a} \hat{o} \hat{n} \hat{o} \hat{i} \hat{\delta} \hat{i} \hat{a} \hat{a} \hat{i} \hat{e} \hat{o} \hat{\delta} \hat{a} \hat{c} \hat{a} \hat{\delta} \hat{a} \hat{o} \hat{o}}{\hat{a} \hat{a} \hat{e} \hat{a} \hat{a} \hat{o} \hat{e} \hat{a} \hat{c} \hat{a} \hat{o} \hat{i} \hat{e} \hat{x} \hat{a} \hat{a} \hat{n}}. \quad (9.10)$$

Нормальним вважається значення фінансової стійкості, що перевищує одиницю.

Для фінансової стійкості ЛПЗ резерви повинні становити не менше 25 % сумарних витрат.

Якщо на основі розглянутих показників проаналізувати фінансову ситуацію і дійти незадовільних висновків, це означає, що необхідно розробити і реалізувати план оздоровлення фінансового стану медичної організації, що може включати такі заходи:

- збільшення статутного капіталу та інших власних коштів організації охорони здоров'я;
- ліквідацію збитків минулих років; інвестиції в основні засоби ЛПЗ;
- збільшення обсягів підприємницької діяльності (наприклад, платної медичної діяльності) і доходів від неї;
- перегляд цін на медичні послуги, наближення собівартості до реальних витрат ЛПЗ і, якщо цьому сприяє ринкова кон'юнктура, збільшення частки прибутку в ціні;
- надання податкових пільг лікувальним установам в умовах недофінансування;
- всебічну економію наявних ресурсів ЛПЗ;
- поліпшення механізму взаємодії федеральних, регіонального бюджетів і засобів обов'язкового медичного страхування, інших джерел фінансування для того, щоб збалансувати обсяги безкоштовної медичної допомоги з реальними фінансовими ресурсами;
- стимулювання розвитку діяльності громадських небанківських і кредитних організацій, які надавали б позички на оплату дорогої медичної допомоги. Ці заходи можливі як всередині ЛПЗ, так і на рівні держави, а організації охорони здоров'я повинні в цьому разі активно обстоювати свої права щодо питань фінансування і самофінансування.

Список використаної літератури

1. *Наказ* Міністерства охорони здоров'я України “Про затвердження Рекомендацій щодо раціонального використання бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я” від 31.10.01 № 440.
2. *Балабанов И. Т.* Основы финансового менеджмента. — М.: Финансы и статистика, 1997. — 478 с.
3. *Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент: Учеб. пособие / А. А. Чухно, В. И. Крамаренко, Л. К. Дембский и др.* — Симферополь: Таврида, 2001. — 340 с.
4. *Павлова Л. Н.* Финансовый менеджмент. Управление денежным оборотом предприятия: Учебник для вузов. — М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1995. — 400 с.
5. *Решетников А. В.* Финансовый менеджмент в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. — № 10. — 2001.
6. *Финансовый менеджмент: теория и практика: Учебник / Под ред. Е. С. Стояновой.* — М.: Перспектива, 1996. — 406 с.
7. *Шамишурина М. Г.* Экономика лечебно-профилактического учреждения. — М., 2001. — 278 с.
8. *Шеремет А. Д., Сайфулин Р. С.* Методика финансового анализа. — М.: ИНФРА-М, 1996. — 172 с.
9. *Шутов М. М.* Экономические основы рыночного здравоохранения / НАН Украины, Ин-т экон.-правовых исслед. — Донецк: ВИК, 2002. — 294 с.
10. *Экономика здравоохранения: Учеб. пособие / Под общ. ред. А. В. Решетникова.* — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 242 с.

10. Механізм ціноутворення і визначення собівартості медичних послуг

10.1. Сутність ціни та ціноутворення

Важливу складову функціонування ринкового механізму становить ціна і ціноутворення. Ціна як один з інструментів регулювання ринку медичних послуг є кінцевим показником оцінки, що характеризує товар.

Оскільки ціна є грошовим вираженням вартості товару (послуги), то ціну медичної послуги можна розглядати як суму, яку пацієнт або страхова компанія може сплатити за конкретну медичну послугу, а медична установа згодна її продати.

Ціноутворення належить до складних економічних проблем охорони здоров'я України. Це пов'язано з тим, що галузь охорони здоров'я має складну структуру і тому одну й ту саму методику ціноутворення не можна застосувати для різних ЛПЗ та їх структурних підрозділів. Складність обчислення структури затрат за службами та відділеннями, практика ведення бухгалтерського обліку ускладнюють процес ціноутворення.

Цінова політика медичних установ повинна будуватися з огляду на потребу відшкодування витрат, одержання необхідного прибутку, а також орієнтуватися на швидку зміну ринкової кон'юнктури. У кінцевому підсумку цінова політика покликана сприяти розв'язанню стратегічних та оперативних завдань медичної установи.

У процесі розрахування ціни на медичну послугу визначаються завдання ціноутворення, його методологія, а також здійснюється коригування ціноутворення (з урахуванням інфляції, політики знижок, реакції конкурентів тощо).

Наприклад, метою ціноутворення може бути забезпечення рентабельності окремого структурного підрозділу або медичної установи загалом, формування стабільного потоку клієнтів, забезпечення оптимального завантаження персоналу і медичного обладнання, покриття витрат тощо. Запропоновані цілі придатніші для медичних установ приватного сектора економіки.

На процес ціноутворення впливають різноманітні фактори, які об'єднуються у дві великі групи: внутрішні та зовнішні. До внутрішніх факторів належать усі витрати на надання медичної

послуги, особливості організації діяльності медичної установи та ін., до зовнішніх — аналіз попиту і пропозиції на ринку медичних послуг, тенденція розвитку економіки (інфляція, рівень платоспроможності населення), соціальні фактори, законодавча база.

В умовах ринку ціни на товари й послуги встановлюються з урахуванням попиту і пропозиції. Це стосується також ринку медичних послуг. Попит — це кількість медичних послуг, які бажають і мають можливість придбати споживачі за певний період і певною ціною. Обсяг попиту залежить від рівня доходів населення, зміни чисельності, уподобань населення, якості послуг тощо. Пропозиція — це кількість медичних послуг, які лікарі можуть надати за певний період і певною ціною. На пропозицію впливають такі фактори, як технологія лікування, податки, конкуренти, вартість медичного обладнання, кількість лікарів та ін. Таким чином, попит відбиває економічний інтерес споживача, який бажає і має змогу купити медичну послугу відповідної якості та ціни, а пропозиція — економічний інтерес лікаря (або медичного закладу), який бажає надати цю послугу якнайдорожче. Сума, за яку споживач бажає і здатен купити, а продавець реалізувати медичну послугу, визначається як рівноважна ціна. Така ціна вважається оптимальним варіантом встановлення ціни і визначається як рівність попиту та пропозиції (їх збіжність).

Нині сформувався багатоваріантні підходи до способів оплати і механізму ціноутворення у сфері медичних послуг. Так, оплата медичних послуг може здійснюватися за кошторисом витрат, за середньою вартістю послуги, визначеної з розрахунку на одного пацієнта, за кількістю ліжко-днів тощо. У цьому зв'язку існують різноманітні одиниці розрахунку ціни, наприклад, ціна одного ліжко-дня, одного відвідування, одного пацієнто-дня, ціна, розрахована на просту медичну послугу, а також ціна однієї одиниці працемісткості. Розрахункова одиниця ціни відображає спосіб оплати медичної послуги та допомоги і профіль медичної установи. Наприклад, у стоматології у 80-ті роки ХХ ст. було введено нову одиницю обліку праці лікарів — УОП роботи стоматологів, що відповідає обсягу роботи лікаря, який необхідно виконати для накладання пломби за середнього карієса зубів. При шестиденному робочому тижні лікар повинен щоденно виконувати 21 УОП, а при п'ятиденному — 25 УОП.

Процес калькуляції цін і визначення обсягу наданих послуг доволі трудомісткий. Для його здійснення доцільно сформувати систему моніторингу на основі інформаційних технологій.

За економічною сутністю ціна і тариф збігаються. Тариф медичної послуги можна розглядати як вартісну характеристику умовної одиниці медичної допомоги або як ставку, за якою здійснюється плата за послугу. У системі обов'язкового медичного страхування тарифи на однопрофільні медичні послуги мають бути однакові незалежно від того, в якій медичній установі їх надають.

Розрізняють такі функції ціни:

- інформаційну (ціна є економічним інструментом, який впливає на процес організації обліку і вимірювання витрат праці, матеріалів та інших ресурсів, що використовуються в різних господарських процесах);
- регульовальну (ціна є економічним інструментом збалансування попиту і пропозиції);
- стимулюючу (ціна стимулює або перешкоджає випуску продукції/ послуг, стимулює запровадження нових технологій);
- розподільчу (ціна перерозподіляє створену вартість між виробником і споживачем, між окремими прошарками суспільства).

10.2. Класифікація цін

Нині на ринку медичних послуг виокремлюють такі групи цін: 1. *“Бюджетні розцінки”* або *“бюджетні нормативи”*.

“Бюджетні розцінки” використовуються для розрахунків між закладами однієї території, підрозділами одного закладу, частково придатні для фінансування цільових бюджетних програм подання медичної допомоги. Розрахункова вартість не залежить від розміру реальних витрат і повністю визначається за кошторисом медичного закладу відповідно до статей бюджетної класифікації за принципом “від загального до часткового”. Розрахунки залежать від наявних фінансових можливостей лікувального закладу, а не його господарських потреб. “Бюджетні розцінки” не поділяються на собівартість і прибуток.

2. Державні ціни на платні медичні послуги.

Такі ціни включають типові фактичні витрати медичних закладів, що розраховані на основі затверджених трудових і матеріальних бюджетних норм та нормативів, а також прибуток (у межах 15–30 %). Усі витрати, що були здійснені за рахунок бюджетних та інших державних коштів (придбання матеріалів, інструментів, обладнання, продуктів харчування тощо), мають бути покриті за рахунок виручки, отриманої від наданих послуг.

3. Тарифи на медичні послуги в системі обов'язкового медичного страхування.

Тарифи мають договірний характер. Вони відображають суму, яка має визначати рівень відшкодування медичних установ з виконання програми обов'язкового медичного страхування. Як у “бюджетних розцінках”, так і у структурі тарифів не вирізняють собівартість і прибуток.

4. Договірні ціни на медичні, медико-соціальні послуги та послуги медичного сервісу.

Договірні ціни встановлюються за прямими договорами між медичними закладами та підприємствами, організаціями, іншими юридичними особами (замовниками робіт) з метою обслуговування співробітників. Використовуються вони також у системі добровільного медичного страхування. Регулюються укладеними договорами, а тому є найвільнішими щодо формування та затвердження. Містять собівартість і прибуток медичної установи.

5. Вільні ринкові ціни.

Структура ціни залежить від економічної мети медичного закладу. У цьому зв'язку вільні ринкові ціни використовуються переважно на ринку стоматологічних послуг, пластичних операцій та “нетрадиційної” медицини. Застосовуються, як правило, у недержавних медичних установах.

При визначенні ціни на медичну послугу в розрахунках закладів охорони здоров'я можуть використовуватися також такі види цін:

- трансфертні — для оцінки обсягу послуг, які надаються підрозділами закладу один одному, і оцінки результатів їх діяльності;
- фіксовані — для визначення обсягу бюджетного фінансування і компенсації витрат на медичну допомогу фондами

обов'язкового медичного страхування згідно з медичними стандартами (протоколами);

- регульовані — для визначення вартості дорогих послуг, перелік яких встановлений нормативними документами Міністерства охорони здоров'я України та за якими обмежений рівень рентабельності;
- світові — середні значення цін, які встановлено в різних країнах на види медичних процедур, що конкурентні на світовому ринку.

10.3. Класифікація витрат медичних установ

Витрати медичних установ класифікуються за кількома класифікаційними ознаками. Найважливіше значення в оперативному управлінні витратами медичних установ мають такі витрати: за об'єктами калькулювання; статтями та елементами витрат; способами зарахування вартості на об'єкт кошторису; видами діяльності; ступенем впливу на витрати обсягу виробництва (обсягу медичних процедур); календарним періодом включення у витрати.

Групування витрат за розділами калькуляції в бюджетних медичних установах здійснюється відповідно до наказу Міністерства фінансів України № 348 від 25 грудня 2000 р. виходячи з цільового призначення витрат. Для єдиного групування витрат при обґрунтуванні планових кошторисів і складанні звітів про їх виконання прийнято відповідний перелік статей. Економічна класифікація видатків бюджету включає видатки на товари і послуги; нарахування на заробітну плату; придбання предметів постачання і матеріалів, оплату послуг та інші видатки; видатки на відрядження; матеріали, інвентар, будівництво; капітальний ремонт та заходи спеціального призначення, що мають загальнодержавне значення; оплату комунальних послуг та енергоносії; виплату процентів за зобов'язаннями; субсидії і поточні трансферти; капітальні видатки.

Витрати за економічними елементами включають:

- матеріальні витрати (1 — медикаменти, перев'язні матеріали, лікувальне харчування, лабораторне обладнання, запасні частини до медичного обладнання, спецодяг, спец-

взуття, засоби індивідуального захисту, миючі засоби тощо; 2 — паливо та енергія, які придбано на стороні; 3 — роботи та послуги виробничого характеру, які виконувалися сторонніми організаціями);

- витрати на оплату праці (витрати на виплату основної і додаткової заробітної плати та інших заохочень і виплат виходячи з тарифних ставок у вигляді премій, заохочень, відшкодувань вартості товарів, робіт, послуг; витрати на виплату авторських винагород і за виконання робіт, послуг згідно з договорами цивільно-правового характеру; будь-які виплати у грошовій або натуральній формі; витрати на оплату праці обчислюються на підставі розмірів посадових окладів та інших умов оплати праці, передбачених чинним законодавством України);
- відрахування на соціальні потреби (відрахування на обов'язкове соціальне страхування — загальна сума становить 5,5 % фактичних витрат на оплату праці працівників, які включають витрати на виплату основної і додаткової заробітної плати та інших видів заохочень і виплат виходячи з тарифних ставок у вигляді премій, заохочень, у тому числі в натуральній формі, визначаються згідно з нормативно-правовими актами, прийнятими відповідно до Закону України “Про оплату праці”, з них 4 % — на обов'язкове соціальне страхування, 1,5 % — на обов'язкове соціальне страхування на випадок безробіття; обов'язкове державне пенсійне страхування — 30 % зазначеного об'єкта оподаткування);
- амортизацію основних фондів та нематеріальні витрати (амортизаційні відрахування на повне відновлення основних фондів та нематеріальних активів);
- інші витрати (роботи консультативного та інформаційного характеру, сертифікація медичних технологій, вартість ліценцій та інших державних документів для здійснення господарської діяльності, обов'язкове страхування майна, службові відрядження, реклама, орендна плата, перевезення працівників до місця роботи і назад, відсотки за фінансовими кредитами тощо).

За способами зарахування вартості на об'єкт кошторису розрізняють такі витрати:

- *прямі*, тобто такі, що безпосередньо пов'язані зі здійсненням конкретної процедури і обчислюються прямими розрахунками — на оплату праці персоналу, який виконує конкретну процедуру; харчування хворих; придбання медикаментів, перев'язних, дезінфікуючих засобів та інших матеріалів; інші витрати;
- *непрямі*, тобто пов'язані з діяльністю закладу загалом і які неможливо обчислити прямими розрахунками. Вони пов'язані з використанням кількох процедур або видів послуг і розподіляються між кошторисними одиницями продукції та послуг за допомогою спеціальних методів. Це витрати на канцелярське приладдя, утримання та експлуатацію обладнання; відрядження та службові роз'їзди; інші непрямі витрати. Визначаються вони, як правило, у відсотках до загальної суми витрат закладу за відповідними статтями витрат або елементами витрат пропорційно площі чи кубатурі займаних приміщень (витрати на опалення, освітлення, поточний та капітальний ремонт), кількості хворих, що піддаються лікуванню, чи кількості працівників (витрати на холодне і гаряче водопостачання) тощо. Непрямі витрати включають у вартість медичних послуг через розрахункові коефіцієнти.

За видами діяльності витрати поділяються на такі:

- *основні*, пов'язані безпосередньо з реалізацією медичної технології (наприклад, витрати на матеріали та працю безпосередніх виконавців медичної процедури);
- *накладні*, спрямовані на створення умов нормального здійснення медичної технології, хоча й не є елементами (наприклад, загальногосподарчі, управлінські витрати).

За ступенем впливу обсягу виробництва на рівень витрат останні поділяються на такі:

- *змінні*, абсолютна величина яких на весь обсяг виробництва медичних процедур збільшується зі збільшенням обсягу і зменшується з його зменшенням (витрати на сировину та матеріали, покупні комплектуючі вироби, напівфабрикати, технологічне паливо та енергію, оплату праці робітникам, які виконують медичні процедури, що оплачуються за відрядними розцінками, з відрахуваннями на соціальні заходи тощо);

- *умовно-постійні*, абсолютна величина яких на весь обсяг виробництва медичних процедур зі збільшенням (зменшенням) обсягу суттєво не змінюється (витрати на адміністрацію, господарську службу, комунально-технічне забезпечення, автотранспорт, утилізацію, амортизацію, стерилізацію тощо). Ці витрати не залежать від професійної активності медичної установи. Умовно-постійні витрати змінюються обернено пропорційно зміні обсягу наданих послуг.

Сума змінних і умовно-постійних витрат утворює собівартість продукції.

Витрати на виробництво поділяються на такі:

- *поточні*, періодичність обороту яких не перевищує місяць;
- *одноразові* (або однократні), що здійснюються періодично (періодичність обороту більше місяця) і спрямовуються на забезпечення виду діяльності тривалий період.

Загальний обсяг медичних послуг можна визначити загальною сумою витрат на їх надання. Сума всіх витрат підприємства (у грошовому вираженні) становить собівартість.

Собівартість медичної допомоги — це виражені у грошовій формі поточні витрати лікувального закладу, пов'язані з наданням лікувальних, діагностичних, профілактичних, оздоровчих, відновних та інших видів медичних послуг населенню [2].

До основних належать такі показники собівартості в закладах охорони здоров'я:

- собівартість медичної процедури;
- собівартість витрат на окремі нозологічні одиниці при стаціонарному лікуванні;
- собівартість витрат підрозділу, тобто поточні витрати лікувального підрозділу на весь обсяг медичних процедур, які виконуються закладом за певний період у цьому підрозділі;
- собівартість витрат лікувального закладу, тобто сумарні поточні витрати лікувального закладу на весь обсяг медичних процедур, які виконуються в усіх підрозділах закладу за певний період, а також витрати на інші види діяльності, дозволені чинним законодавством України.

Собівартість медичної процедури складається з поточних витрат медичного закладу, згрупованих за статтями калькуляції.

Поточні витрати включають витрати основного структурного підрозділу (лікувального або стаціонарного), а також витрати, пов'язані з виконанням цієї процедури параклінічними (призначені для здійснення додаткових медичних процедур, пов'язаних з діагностикою та лікуванням) та допоміжними службами медичного закладу (адміністрація, відділ кадрів, бухгалтерія, кабінет медичної статистики, реєстратура, аптека, стерилізаційна, господарські служби тощо).

10.4. Методи ціноутворення в охороні здоров'я

У практиці *ціноутворення* поширено кілька методик:

- встановлення ціни на рівні собівартості; для застосування потребується інформація про витрати медичної установи — витратна методика. Ціни встановлюються за калькуляцією фактичної собівартості;
- встановлення ціни виходячи з рівня споживчої цінності, корисності послуг; для застосування потребується первинне дослідження споживача (потенційного клієнта) — споживча методика. Рівень собівартості має непряме значення;
- встановлення ціни послуги ЛПЗ на рівні цін, які склалися на ринку послуг сфери охорони здоров'я; для застосування потребується огляд цін ринку, конкурентів. Цей метод пов'язаний з ринковою економікою і недостатньою мірою застосовується в Україні.

У практиці ціноутворення на медичні послуги застосовуються різні *варіанти розрахунку цін*.

Перший варіант — *розрахунок тарифу на медичну послугу в системі обов'язкового медичного страхування*. Тариф не включає всіх затрат ЛПЗ. Компенсують їх за рахунок бюджетних коштів. При розрахунку тарифу слід враховувати, що страхові компанії, Фонд обов'язкового медичного страхування не зацікавлені в оплаті кожної здійсненої витрати, у той час як лікувально-профілактична установа зацікавлена в повному відшкодуванні понесених витрат. У цьому зв'язку доцільно застосовувати стандарти медичної допомоги. Цей варіант розрахунку найбільшою мірою відповідає економічним інтересам держави, особливо за умов обмеження фінансових ресурсів.

Другий варіант — *розрахунок ціни методом “усереднені витрати плюс прибуток”*. Усі затрати на одну медичну послугу беруться в середньому. Виняток становлять лише конкретні затрати часу медичного персоналу на послугу, у зв’язку з чим частка заробітної плати може змінюватися.

Третій варіант — *розрахунок ціни на основі рівня поточних цін*. Орієнтація у процесі ціноутворення здійснюється на ідентичні послуги конкурентів. Особливо чітко цей варіант простежується серед приватних стоматологічних клінік та кабінетів.

Четвертий варіант — *розрахунок ціни “кроковим методом” визначення витрат*. Традиційно цей варіант застосовується для розрахунку витрат лікарень. Для розрахунку цін необхідно чітко визначити і розподілити затрати основних, параклінічних і допоміжних структурних підрозділів.

П’ятий варіант — *розрахунок ціни медичної послуги згідно зі стандартами медичної допомоги*. Цей метод доволі трудомісткий, але найточніше відображає економічні інтереси ЛПЗ, вирішує проблему “ціна — якість”, захищає інтереси пацієнта.

Для визначення вартості медичних послуг бюджетних установ доцільно застосовувати методику розрахунку вартості простої медичної послуги. *Проста медична послуга* — це неподільна послуга, яка здійснюється за формулою “пацієнт + спеціаліст” = “один елемент профілактики, діагностики і лікування”. Ця послуга має закінчене, самостійне лікувальне і діагностичне значення. Одиницею розрахунку ціни береться одне відвідування лікаря. Розрахунок здійснюється за такою формулою:

$$C = C_{\text{п}} + C_{\text{н}} = 3\text{п} + \text{Нз} + \text{М} + \text{З} + \text{О} + \text{І},$$

де $C_{\text{п}}$ — прямі витрати; $C_{\text{н}}$ — непрямі витрати; 3п — витрати на оплату праці; Нз — нарахування на заробітну плату; М — витрати на медикаменти, перев’язні матеріали; З — знос м’якого інвентаря; О — знос обладнання; І — інші витрати.

Для визначення витрат на оплату праці окремо розраховується основна і додаткова оплата праці всього персоналу ЛПЗ. Витрати визначаються на основі штатного розпису і тарифікації виходячи з окладів, у тому числі встановлених доплат, надбавок. Таким чином, фонд оплати праці становитиме суму річного фонду заробітної плати за тарифікацією, фонду оплати в нічний і

святковий час, фонду оплати осіб, які заміщують працівників, що йдуть у відпустку, преміального фонду заробітної плати.

Витрати на медикаменти та перев'язні матеріали розраховуються за трьома варіантами: перший — за фактичними затратами, другий — за розрахунковими вартісними нормами, третій — за витратами медикаментів у натурально-речовій формі. Витрати медикаментів у натурально-речовій формі становлять суму витрат на медикаменти за конкретною нозологією та суми добутку добової дози, кількості діб лікування або часу прийому, ціни лікарського засобу.

Розрахунок витрат на харчування у стаціонарах визначається з розрахунку на ліжко-день окремо для різних категорій громадян. Враховуються три складові: фактичні витрати продуктів за добу в натуральних одиницях, ціна продукту і вартість добової норми продукту.

Витрати на м'який інвентар розраховуються згідно з фактичним списанням за актом незалежно від способу перенесення вартості.

Непрямі витрати у вартість медичної послуги включають пропорційно прямим витратам на послугу. З цією метою розраховують коефіцієнт непрямих витрат як відношення всіх непрямих витрат до прямих. Загальна сума непрямих витрат, яку буде включено в ціну, визначають шляхом перемноження коефіцієнта непрямих витрат на суму прямих витрат.

Методику розрахунку вартості простої медичної послуги найдоцільніше застосовувати в системі обов'язкового медичного страхування.

10.5. Визначення собівартості медичних послуг

При розрахунку ціни медичної послуги слід виходити з її собівартості. Процедура розрахунку собівартості включає:

- групування основних видів витрат, які становлять собівартість;
- визначення собівартості окремих видів медичних послуг.

Використання розглянутої далі методики сприяє якнайточнішому розрахунку вартості лікувально-діагностичних заходів,

які базуються на стандартах (протоколах) медичної допомоги та відповідають сучасній концепції ціноутворення [2].

Розрахунок собівартості медичної процедури передбачає три етапи:

- розрахунок прямих витрат на медичну процедуру;
- розрахунок непрямих витрат, яка зараховуються на процедуру;
- розрахунок повної собівартості медичної процедури.

Перший етап. Місячний фонд оплати праці кожної категорії персоналу перераховується на одну хвилину робочого часу (кількість робочих днів узято 21). Тривалість робочого дня визначена відповідно до нормативів і диференціюється за професіями та категоріями персоналу. Витрати на медикаменти, а також час на виконання процедури визначаються за нормативами. Витрати на амортизацію обладнання розраховуються виходячи з його остаточної вартості на одиницю часу за запланований період з перерахуванням цієї вартості на одиницю часу за нормативом навантаження та тривалості процедури.

Другий етап. Порядок розподілу непрямих (накладних) витрат такий:

- вибираються об'єкти калькулювання, на які зараховуються непрямі витрати;
- визначається група витрат, які слід розподілити;
- вибирається база розподілу, тобто критерій розподілу непрямих витрат;
- розраховуються коефіцієнт непрямих (накладних) витрат і сума непрямих витрат, що припадають на калькуляційну одиницю.

Внаслідок розподілу накладних витрат отримують коефіцієнти, за допомогою яких визначаються накладні витрати конкретного підрозділу.

Розглянемо *алгоритм розподілу накладних витрат*.

1. Коефіцієнт розподілу непрямих витрат пропорційно площі для лікувальних підрозділів

$$K_{rs} = (SI + \frac{K_{dl}}{K_{dk}} S_{\zeta} + K R_b \times S_v) / S_k,$$

де SI — площа лікувального підрозділу; S_3 — загальна площа допоміжних підрозділів, які обслуговують тільки лікувальні

підрозділи; S_v — загальна площа допоміжних підрозділів, які обслуговують як лікувальні, так і параклінічні підрозділи; S_k — загальна площа клініки; K_{dl} — планова кількість ліжко-днів лікувального підрозділу за місяць; K_{dk} — планова кількість ліжко-днів клініки за місяць; KR_b — коефіцієнт розподілу за “чисельністю штатних одиниць + планова кількість хворих”.

2. Коефіцієнт розподілу непрямих витрат пропорційно площі для параклінічних підрозділів

$$K_{rs} = \frac{S_p + KR_b + S_v}{S_k},$$

де S_p — площа параклінічного підрозділу.

3. Коефіцієнт співвідношення накладних витрат на 1 грн заробітної плати лікарського та середнього медичного персоналу

$$K_n = \frac{N + FOT_n}{FOT_m},$$

де N — накладні витрати підрозділу; FOT_n — фонд оплати праці адміністративно-господарчої служби та молодшого медичного персоналу; FOT_m — фонд оплати праці медичного персоналу підрозділу.

Заробітна плата медичного персоналу розподіляється між медичними процедурами, які виконуються в підрозділі, пропорційно нормативному часу їх виконання.

4. Собівартість медичної процедури

$$C_p = (FOT_o + NF) \cdot T + (FOT_o + NF) \cdot K_n + SM,$$

де FOT_o — фонд оплати праці основних виконавців; NF — нарахування на фонд оплати праці основних виконавців; T — час на виконання процедури; SM — сума матеріальних витрат.

Третій етап. Собівартість нозологічної одиниці містить такі види витрат:

- собівартість лікування в лікувальному підрозділі;
- собівартість медичних процедур параклінічних підрозділів;
- лікувальне харчування;
- готельні послуги.

Собівартість у лікувальному закладі включає:

- витрати на оплату праці лікарів та середнього медичному персоналу (з урахуванням функцій та витраченого часу) з нарахуваннями;
- витрати на придбання медикаментів;
- витрати на лікувальне харчування;
- витрати на готельні послуги.

5. Собівартість лікування хворого у стаціонарному підрозділі з розрахунку на один ліжко-день

$$CI = FOT_0 + NF + M + P + G,$$

де NF — нарахування на фонд оплати праці основних виконавців; M — медикаменти; P — лікувальне харчування; G — готельні послуги.

6. Собівартість готельної послуги в лікувальному підрозділі за одиницю часу

$$C_g = \frac{FOT + NF + N}{K_{dp}},$$

де FOT — фонд оплати праці молодшого медичного персоналу і частина фонду оплати праці персоналу адміністративно-господарчої служби з нарахуваннями; K_{dp} — планова кількість ліжко-днів за місяць у підрозділі.

7. Собівартість лікування нозологічної одиниці

$$C_n = CI + S_{cp} + K,$$

де CI — собівартість лікування хворого в лікувальному підрозділі з розрахунку на один ліжко-день; S_{cp} — сумарна вартість медичних процедур, виконуваних параклінічними службами; K — вартість консультацій залучених фахівців.

У наукових публікаціях розглядається багато методик розрахунку ціни на медичні послуги та медичну допомогу. Наприклад, для визначення тарифу на стаціонарну медичну послугу пропонується параболічна залежність тарифу від тривалості госпіталізації та вартості ліжко-дня. Цю методику можна використовувати із застосуванням стандартного програмного забезпечення. Використання цієї методики можливе лише в системі обов'язкового медичного страхування, разом з тим вона не може

бути застосована до тих видів медичних послуг, що фінансуються за рахунок державних та місцевих бюджетів [7].

Рекомендації щодо розрахунку собівартості стоматологічних послуг у приватних структурах передбачають у процесі визначення прямих витрат, які входять у собівартість кожної послуги, включати прямі матеріальні витрати (матеріали, які використано у процесі надання медичної послуги повністю — медикаменти, одноразове приладдя) та трудові витрати за кожною операцією (у часовому вимірюванні умовна працеодомінація — 20 хвилин). У собівартості як коефіцієнт враховуються також втрати робочого часу внаслідок вимкнення світла, води, неявки пацієнта, зіпсування обладнання [6].

У розрахунок вартості онкогінекологічної допомоги включають витрати на заробітну плату медичного персоналу (лікарів, медсестер, санітарок) із розрахунку на один ліжко-день, матеріально-технічні витрати (опалення, освітлення, водопостачання, транспортування тощо) на один ліжко-день, вартість харчування хворого на один ліжко-день, втрати на обстеження хворих, вартість лікарської терапії одного хворого, вартість операції (враховуються витрати робочого часу працівників, використовувані лікарські та інші засоби, амортизація медичного обладнання), витрати на консультацію одного хворого [8].

Результати розрахунків орієнтованої вартості лікування хворих на серцево-судинні захворювання в амбулаторних умовах засвідчують, що кількість встановлених для застосування препаратів суттєво впливає на вартість лікування [3].

Існують певні особливості визначення ціни послуг (путівки) у санаторно-курортних закладах, що пов'язано, зокрема, з функціонуванням цих закладів в умовах ринкової економіки. По суті путівки на санаторно-курортне лікування і відпочинок слід вважати товаром.

Розглянемо порядок розрахунку середньої вартості утримання одного хворого та відпочиваючого в санаторно-курортних закладах. Для розрахунку середньої ціни путівки використовуються дані аналізу фактичних витрат на обслуговування одного хворого та відпочиваючого за попередній період, сезонність та попит. Фактичні витрати калькуються в собівартості ліжко-дня (одного дня перебування хворого та відпочиваючого в санаторно-курортному закладі). Ціна путівки має включати і собівартість,

і прибуток, який може бути використаний для подальшого розвитку санаторно-курортного закладу.

За економічним змістом витрати, які становлять фактичну собівартість ліжко-дня, включають такі елементи: витрати на оплату праці; збір на державне соціальне страхування; збір на обов'язкове державне пенсійне страхування; збір до фонду для здійснення заходів ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи та соціального захисту населення; продукти харчування (норми набору продуктів можуть змінюватися з урахуванням регіональних особливостей, наявності продуктів зі збереженням рекомендованої калорійності харчування, профілю, категорії та виду обслуговування санаторно-курортних закладів та закладів відпочинку; економія за цією статтею заборонена); лікувальні процедури та медикаменти (залежать від спеціалізації санаторно-курортного закладу, наявності лікувально-діагностичних кабінетів, природних лікувальних факторів, застосування методик лікування хворих; економія за цією статтею заборонена); культозаходи і фізкультура; господарські витрати (паливо, електроенергія, водопостачання і каналізація, прання білизни, транспортні витрати, утримання відомчої охорони, приміщень та територій, охорона праці та санітарно-протипожежні заходи, списання малоцінного інвентаря, заготівельно-складські витрати); витрати, пов'язані з управлінням санаторно-курортним закладом; знос малоцінних та швидкозношуваних предметів; амортизація основних фондів та нематеріальних активів; позабюджетні фонди, зокрема, на фінансування дорожнього господарства (0,4–1,2 % фактичного обсягу виробництва продукції, робіт, послуг); державний інноваційний фонд (збір у розмірі 1 % обсягу реалізації, зменшеного на суму ПДВ і акцизного збору); інші витрати.

Згідно зі ст. 5 Закону України “Про оподаткування прибутку підприємства” плата за землю зараховується до валових витрат і включається в собівартість путівки. Відповідно до ст. 12 Закону України “Про плату за землю” від земельного податку звільнюються спеціалізовані санаторії України для реабілітації хворих за списком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, дитячі санаторно-курортні та оздоровчі заклади України.

Згідно зі ст. 7 Декрету Кабінету Міністрів України “Про місцеві податки і збори” від 20.05.93 № 56-93 від сплати курорт-

ного збору звільняються особи, які прибули за путівками та курсівками до санаторіїв, будинків відпочинку, пансіонатів, включаючи містечка та бази відпочинку. У собівартість курортний збір не включається.

Відповідно до Закону України “Про податок з власників транспортних засобів та інших самохідних машин і механізмів” плата з власників транспортних засобів включається в собівартість путівки.

Згідно із Законом України “Про податок на додану вартість” від 05.08.97 № 835 від ПДВ звільнено операції з продажу путівок на санаторно-курортне лікування та відпочинок у закладах за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України (від 02.03.98 № 129-р). Путівки закладів, які не включено в перелік, оподатковуються податком на загальних підставах (20 %); у собівартості путівки сплачені суми ПДВ у зв’язку з придбанням товарів та наданням послуг не враховуються.

Відповідно до Закону України “Про оподаткування прибутку підприємства” за рахунок прибутку покриваються та до складу витрат не зараховуються витрати на благоустрій територій оздоровниць, пляжів, мінеральних джерел, бюветів та інших об’єктів, утримання харчових технологічних лабораторій, біокліматичних станцій, загальнокурортних архівів та парків бібліотек, садів, скверів, придбання літератури для загальнокурортних бібліотек.

Ціна визначається з урахуванням необхідності забезпечення фінансової стійкості лікувального закладу. Тому ціна враховує як повну собівартість медичної послуги та допомоги, так і розрахунковий прибуток. Цей прибуток визначає рівень очікуваної рентабельності. У ціні слід враховувати також фактор інфляції. Інфляційні процеси в державі впливають на підвищення ціни медичних препаратів, послуг комунальних служб, медичного обладнання тощо. Якщо ціна на медичні послуги та медичну допомогу залишиться незмінною, то в такому разі скорочується обсяг очікуваного прибутку, а в найгіршому варіанті лікувальний заклад зазнає збитків. У цьому зв’язку врахування інфляційного фактора має бути складовою цінової політики. Підвищення собівартості послуги при незмінній ціні на неї може призвести до зниження якості послуги (через скорочення часу, який лікар відводить на прийом або лікування хворого; заміну

послуги лікаря на послуги меншої вартості, які надаються медичними сестрами). На рівень ціни істотно впливають ціни на аналогічні послуги у конкурентів. Слід порівнювати якість і ціну: якщо якість послуги аналогічна послугам конкурентів, то ціну слід встановлювати майже на одному рівні (певні коливання допускаються з огляду на розташування лікувальної установи, рівень платоспроможності клієнтів, імідж установи тощо), позаяк можливе зменшення кількості потенційних споживачів послуг. На ціну вищу, ніж у конкурентів, можна розраховувати в разі вищого рівня якості послуг, що надаються. На ціну впливає також стадія “життєвого циклу” послуги. Стратегію “зняття вершків” доцільно застосовувати на стадії впровадження та поширення послуги, яка є новинкою для конкретного сегмента ринку (такий підхід може використовуватись у стоматології, пластичній хірургії). Таким чином, управління цінами в умовах ринкової економіки повинно бути обґрунтованим задля уникнення негативних фінансових наслідків для організації. Слід постійно аналізувати ефективність рішень, що приймаються, у сфері ціноутворення.

Список використаної літератури

1. *Визначення собівартості і ціноутворення в клінічній медицині (практичні рекомендації)*. — Дніпропетровськ: Центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України, 2001. — 28 с.
2. *Орієнтовна вартість лікування хворих із серцево-судинними захворюваннями в амбулаторних умовах* / А. П. Дорогой, В. М. Корнацький, Т. С. Манойленко, та ін. // Лікарська справа. — 2004. — № 5/6. — С. 95–99.
3. *Лехан В. М., Ключна О. С., Солодченко І. Г.* Визначення собівартості медичних послуг приватного стоматологічного кабінету на сучасному етапі розвитку ринкової економіки // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2004. — № 1. — С. 77–82.
4. *Михайлов Ф. В., Филатов В. Н.* Методика расчета тарифа на медицинские услуги в стационарах // Экономика здравоохранения. — 2000. — № 2.

5. *Прищак Р. А.* Про вартість онкогінекологічної допомоги // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2000. — № 3. — С. 86–87.
6. *Рекомендації* щодо порядку розрахунку середньої вартості утримання одного хворого та відпочиваючого та цін на путівки (курсівки) в санаторно-курортних закладах профспілок України. — К., 1998. — 14 с.
7. *Цінова* політика санаторно-курортних закладів в умовах ринкової економіки: Метод. рекомендації. — К.: Управління економічного аналізу та прогнозування, 2000. — 14 с.
8. *Шамшурина Н. Г.* Економіка лікувально-профілактичного закладу. — М., 2001. — 278 с.

МАУП

Додатки

Додаток 1



Київ 200__

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Приватне підприємство “_____” (надалі — “Підприємство”), створене за рішенням громадянина України (П. І. Б.), паспорт серії _____, № _____, виданий _____, Адреса постійного місця _____. Підприємство створено на підставі законів України “Про власність”, “Про підприємства в Україні”, “Про підприємництво”, інших законодавчих актів України.

1.2. Підприємство засноване на приватній власності громадянина України (П. І. Б.) з правом найму робочої сили.

1.3. Повне найменування — Приватне підприємство “_____”. Скорочене найменування — ПП “_____”.

1.4. Підприємство є самостійним господарючим статутним суб’єктом, який має права юридичної особи і здійснює виробничу, науково-дослідну і комерційну діяльність з метою одержання відповідного прибутку (доходу), має відокремлене майно, може від власного імені набувати майнових і особистих немайнових прав і нести обов’язки, бути позивачем і відповідачем у суді, арбітражному або третейському суді.

1.5. Підприємство володіє, користується та розпоряджається на власний розсуд належним йому майном, має самостійний баланс, поточні та вкладні (депозитні) рахунки в установах банків, печатку зі своїм найменуванням, а також знак для товарів і послуг.

Підприємство не має у своєму складі інших юридичних осіб.

1.6. Підприємство вважається створеним і набуває прав юридичної особи з дня його державної реєстрації.

1.7. Підприємство здійснює будь-які види господарської діяльності, якщо вони не заборонені законодавством України і відповідають цілям, передбаченим цим Статутом.

1.8. Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, чинним законодавством, цим Статутом та рішенням керівних органів підприємства.

1.9. Підприємство може створювати самостійно і разом з іншими підприємствами, установами, організаціями та іншими українськими й іноземними юридичними і фізичними особами на території України та за її межами господарські товариства й

інші підприємства з правами юридичної особи, входить до складу асоціацій, концернів, консорціумів та інших об'єднань.

1.10. Підприємство має право створювати як на території України, так і за кордоном філії, представництва та інші відособлені підрозділи з правом відкриття рахунків як на території України, так і за її межами, а також дочірні підприємства.

Створені Підприємством дочірні підприємства, філії та представництва можуть наділятися основними засобами та обіговими коштами, які належать Підприємству.

Філії та представництва діють на підставі положень про них, а дочірні підприємства — на підставі статутів, які затверджуються власником.

Філії і представництва Підприємства не є юридичними особами і діють від його імені.

Керівники філій, представництв та дочірніх підприємств призначаються власником. Керівники філій і представництв діють на підставі доручень, що видаються Підприємством, а керівники дочірніх підприємств — на підставі статутів цих підприємств.

1.11. Окремими видами діяльності підприємство може займатися тільки на підставі спеціального дозволу (ліцензії).

2. ЦІЛІ ТА ПРЕДМЕТ ДІЯЛЬНОСТІ

2.1. Підприємство створено з метою вирішення економічних і соціальних проблем, формування ринку товарів, послуг і насичення його за рахунок розвитку сфери виробництва, товарообміну, впровадження науково-технічних розробок і технологій, розвитку зовнішньоекономічних зв'язків, виставкової, біржової діяльності та одержання відповідного прибутку.

2.2. Для вирішення статутних завдань предметом діяльності підприємства в Україні та за її межами визначаються:

2.2.1. Транспортно-експедиторські послуги та митне оформлення. Експлуатація автомобільного, залізничного, річкового, морського та повітряного транспорту. Здійснення внутрішніх та міжнародних перевезень вантажів та пасажирів автомобільним, залізничним, річковим, морським та повітряним транспортом. Купівля, продаж, комісійна торгівля, обслуговування та ремонт

транспортних засобів, а також виконання всього комплексу пов'язаних з цим робіт. Прокат і лізинг, оптова чи роздрібна реалізація і придбання транспортних засобів, вантажного та легкового автотранспорту. Надання транспортно-експедиційних послуг при перевезеннях зовнішньоторговельних і транзитних вантажів морським, річковим, автомобільним, повітряним транспортом.

2.2.2. Виготовлення та реалізація виробів з дерева, металу та полімерних матеріалів, корпусних та м'яких меблів. Виготовлення, переробка та реалізація хімічних речовин, у тому числі особливо небезпечних (засобів захисту рослин). Виробництво, переробка, закупівля і реалізація (у тому числі у формі бартеру) продукції виробничо-технічного призначення, товарів народного споживання, усіх видів морепродуктів, сільськогосподарської та харчової продукції. Закупівля сільськогосподарської продукції у населення (у тому числі за готівку).

2.2.3. Використання радіочастот. Впровадження науково-технічних досягнень, здійснення науково-дослідних, дослідно-конструкторських і проектних робіт за новими перспективними технологіями в інформатиці, промисловості, будівництві, сільському господарстві та інших галузях господарства. Діяльність, пов'язана з розробкою, виготовленням, ввезенням, вивезенням, реалізацією та використанням засобів криптографічного та технічного захисту інформації, а також з наданням послуг із криптографічного та технічного захисту інформації. Придбання та реалізація об'єктів інтелектуальної власності, у тому числі за кордоном. Придбання та реалізація прав на інтелектуальну власність, у тому числі за кордоном, а також здійснення всіх видів представницьких та посередницьких послуг у цій галузі.

2.2.4. Надання послуг у галузі маркетингу, менеджменту, підготовки кадрів, пошук ділових партнерів у власних інтересах та інтересах третіх осіб. Діяльність, пов'язана з наданням послуг для здобуття загальної середньої та професійної освіти, підготовкою спеціалістів різних рівнів кваліфікації. Надання комерційних, посередницьких та представницьких послуг, платних послуг юридичним та фізичним особам. Надання послуг для здобуття освіти з видачею спеціального документа державного зразка. Надання послуг, пов'язаних із профорієнтацією населення, посередництво у працевлаштуванні, у тому числі за кордоном.

2.2.5. Комп'ютеризація, програмне забезпечення обчислювальної техніки, засобів зв'язку, прискорене формування ринку програмно-технічних систем і пов'язане з цим обслуговування. Ремонт та обслуговування комп'ютерної, копіювальної та всіх видів оргтехніки. Комплексні рішення в галузі інформаційних технологій.

2.2.6. Будівництво, ремонтно-будівельне виробництво, виконання проектних, монтажних і пошукових, оздоблювальних і сантехнічних робіт, виробництво будівельних матеріалів і конструкцій, супутніх виробів. Виконання топографо-геодезичних, картографічних робіт та кадастрових зйомок.

2.2.7. Медична практика. Ветеринарна практика. Здійснення у встановленому порядку розробки, виготовлення, реалізації та застосування на практиці медичних препаратів, засобів і обладнання, лікувально-профілактичної продукції, а також посередницька діяльність у цій галузі. Виготовлення та реалізація медикаментів. Оптова та роздрібна торгівля медикаментами. Виготовлення та реалізація ветеринарних медикаментів та препаратів.

2.2.8. Організація прийому і обслуговування іноземних туристів в Україні; організація прийому і обслуговування вітчизняних туристів в Україні; організація туристичних поїздок за межі України; екскурсійна діяльність; організація масового та оздоровчо-спортивного туризму.

2.2.9. Будівництво і комплексна експлуатація готельного господарства, мотелів, станцій технічного обслуговування, автомобільних стоянок, автозаправних станцій, торговельних точок, підприємств і пунктів громадського харчування, оптової, комісійної, роздрібної торгівлі тощо.

2.2.10. Консалтингова, економіко-аналітична та інформаційна діяльність. Надання консультаційних послуг. Юридична практика. Маркетингові дослідження ринків товарів та послуг.

2.2.11. Будівництво і технічне обслуговування мереж передавання даних і документального зв'язку загального користування та надання послуг у цих мережах. Виробництво та обслуговування систем і засобів, виконання робіт, надання послуг, що забезпечують технічний захист інформації, будівництво і технічне обслуговування мереж теле-, радіо- і проводового мовлення. Будівництво і технічне обслуговування мереж міжнародно-

го, міжміського і місцевого телефонного зв'язку та надання послуг у цих мережах. Будівництво і технічне обслуговування мереж зв'язку з рухомими об'єктами та надання послуг з їх використанням. Ремонт та експлуатація об'єктів трубопровідного транспорту.

2.2.12. Надання послуг телефонного зв'язку.

2.2.13. Проектування, монтаж, пусканалагоджувальна та гарантійна підтримка структурованих кабельних систем.

2.2.14. Створення і придбання засобів, технологій та устаткування для технічного переобладнання виробництва, інжиніринг, розробка і впровадження винаходів ноу-хау, екологічних програм тощо.

2.2.15. Заготівля, постачання, переробка та реалізація нафти та всіх видів нафтопродуктів, природного газу та його похідних (зокрема, скрапленого), продукції нафтохімії. Виробництво, передання, постачання та реалізація електроенергії. Збирання, заготівля, переробка, купівля і продаж брухту та відходів кольорових і чорних металів.

2.2.16. Розвиток сфери громадського харчування: відкриття та утримання власних кафе, барів, ресторанів тощо. Виготовлення вина, лікєро-горілчаних та коньячних виробів.

2.2.17. Комерційна, торговельна, торговельно-закупівельна, постачально-збутова та посередницька діяльність. Оптова і роздрібна реалізація продукції власного та невластного виробництва, комісійна і комерційна торгівля, у тому числі через мережу власних магазинів, торговельних точок, складів, баз, консигнаційних складів тощо. Торговельна діяльність у сфері оптової, роздрібної торгівлі та громадського харчування щодо реалізації продовольчих та непродовольчих товарів, алкогольних напоїв, тютюнових виробів. Реалізація транспортних засобів, що підлягають реєстрації та обліку в органах внутрішніх справ з видачею довідки-рахунка.

2.2.18. Видавничо-поліграфічна і рекламно-інформаційна діяльність, виробництво кіно-, відео-, аудіопродукції та її тиражування, виготовлення та розміщення всіх видів реклами, надання всіх видів послуг у цій галузі.

2.2.19. Операції, пов'язані з імпортом та експортом товарів, робіт, послуг, здійсненням зовнішньоекономічної діяльності.

Товарообмінні (бартерні) операції відповідно до чинного законодавства.

2.2.20. Проведення міжнародного, культурного, спортивного обміну, виставок, ярмарок, аукціонів, презентацій, спортивно-масових і видовищних заходів та участь у них. Здійснення виставкової діяльності та надання послуг у галузі виставкової діяльності.

2.2.21. Надання всіх видів побутових послуг населенню, прокат, лізинг.

2.2.22. Ремонтно-механічне виробництво, ремонт технологічного обладнання, ремонт автомобілів, торгівля автозапчастинами. Надання послуг з обслуговування і ремонту транспортних засобів.

2.2.23. Надання послуг з охорони колективної та приватної власності, монтаж, ремонт та обслуговування засобів охоронної сигналізації, а також усі види пускалагоджувальних робіт. Надання послуг з виконання робіт протипожежного призначення.

2.2.24. Організація та утримання гральних закладів, букмекерська діяльність.

2.2.25. Видобування дорогоцінних металів і дорогоцінних каменів, виготовлення і реалізація виробів з їх використанням. Збирання, переробка твердих і рідких відходів виробництва, що містять дорогоцінні метали і дорогоцінне каміння та їх брухту.

2.2.26. Купівля і продаж, оренда і суборенда у юридичних та фізичних осіб будівель, споруд, квартир, землі й іншого нерухомого майна, усі види послуг у цій галузі.

2.2.27. Валютообмінні операції, відкриття та утримання у встановленому порядку пунктів для обміну валют, надання послуг з обміну готівкових валютних коштів.

2.3. Підприємство в порядку диверсифікації може здійснювати іншу виробничо-господарську, фінансову та цивільно-правову діяльність, що не заборонена законодавством.

2.4. Перш ніж розпочати роботу з тих видів діяльності, що підлягають ліцензуванню, Підприємство повинно отримати спеціальний дозвіл (ліцензію) у порядку, встановленому законом.

3. МАЙНО ТА КОШТИ ПІДПРИЄМСТВА

3.1. Майно Підприємства складається з основних фондів та обігових коштів, а також інших цінностей, вартість яких відображена в самостійному балансі Підприємства. Підприємство є власником майна, переданого йому засновником у власність, продукції, набутої Підприємством у результаті господарської діяльності, одержаних доходів, іншого майна, набутого на підставах, не заборонених законом.

3.2. Підприємство володіє, користується і розпоряджається власним майном на свій розсуд, здійснює відносно нього дії, що відповідають цьому Статуту і не суперечать чинному законодавству.

3.3. Майно підприємства формується за рахунок:

- майна і грошових коштів, переданих засновником Підприємству у власність;
- продукції, виробленої Підприємством у результаті господарської діяльності;
- доходів, одержаних у результаті господарської діяльності;
- доходів від цінних паперів та корпоративних прав;
- кредитів банків та інших фінансово-кредитних установ;
- іншого майна та коштів, набутих на підставах, не заборонених законодавством України;
- безоплатних або благодійних внесків, пожертвувань національних та іноземних підприємств, організацій, установ та громадян.

Ризик випадкової загибелі або пошкодження майна, що є власністю Підприємства, несе Підприємство. Підприємство здійснює володіння, користування та розпорядження власним майном відповідно до предмету своєї діяльності та призначення майна.

3.4. Підприємство має право вчинити щодо свого майна будь-які дії, що не суперечать закону. Воно може використовувати майно для здійснення господарської та іншої незабороненої законом діяльності. Зокрема, передавати його безкоштовно або за плату у володіння і користування іншим особам. Підприємство має право продавати і передавати, дарувати, обмінювати, передавати в оренду (лізинг) та безкоштовно національним і іноземним юридичним особам та громадянам засоби виробництва й

інші матеріальні цінності, надавати в позику належні йому матеріальні цінності, відчужувати та використовувати їх іншим способом, якщо це не суперечить чинному законодавству України.

Підприємство має право входити своїм майном до інших підприємств, об'єднань, а також передавати його до статутних фондів створюваних підприємств, об'єднань тощо.

3.5. Для забезпечення діяльності підприємства створюється статутний фонд за рахунок внеску засновника в розмірі _____ гривень.

Статутний фонд формується шляхом внесення грошових коштів або іншого майна протягом одного року з дня державної реєстрації підприємства.

3.6. Засновник має право збільшувати розмір статутного фонду за рахунок власних коштів або чистого прибутку.

3.7. Підприємство самостійно планує свою виробничо-господарську та іншу діяльність.

3.8. Підприємство відповідає за своїми зобов'язаннями всім належним йому на праві власності майном, на яке відповідно до чинного законодавства України може бути звернено стягнення.

Підприємство не відповідає за зобов'язаннями держави, так само і держава не відповідає за зобов'язаннями підприємства.

4. ГОСПОДАРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ ПІДПРИЄМСТВА

4.1. Господарська діяльність Підприємством здійснюється на основі укладених договорів. Підприємство вільне у виборі предмету договору, визначенні зобов'язань його учасників. Підприємство самостійно визначає перспективи розвитку та пріоритетні напрями, планує та здійснює свою діяльність виходячи з необхідності забезпечення виробничого та соціального розвитку, підвищення доходів. Підприємство діє на принципах господарського розрахунку, самоокупності та самофінансування.

4.2. Підприємство має право від власного імені укладати на території України та за її межами будь-які незаборонені законами місця укладення чи виконання угоди (контракти) з будь-якими українськими та іноземними юридичними й фізичними особами, зокрема, угоди купівлі-продажу, підяду, страхування

майна, перевезень, зберігання, доручення, комісії тощо. Підприємство має право самостійно здійснювати зовнішньоекономічні операції різних видів, необхідні для реалізації статутних цілей та предмета діяльності підприємства в порядку, визначеному чинним законодавством України.

4.3. Підприємство має право від власного імені розміщувати кошти в облігації позики, сертифікати банків та інші цінні папери, що перебувають в обігу, залучати кредити, здійснювати операції на товарних, фондових та інших біржах.

4.4. Плани (виробничі програми) розробляються директором та затверджуються власником Підприємства.

4.5. Підприємство реалізує товари, послуги, майно за цінами і тарифами, що встановлює самостійно або на договірній основі, а у випадках, передбачених чинним законодавством України, — за державними (регульованими) цінами і тарифами.

4.6. За порушення договірних зобов'язань, кредитно-розрахункової та податкової дисципліни, вимог до якості продукції та інших правил господарської діяльності Підприємство несе відповідальність, передбачену законодавством України.

4.7. Підприємство здійснює оперативний податковий та бухгалтерський облік результатів своєї роботи, веде фінансову звітність відповідно до чинного законодавства України. Результати діяльності Товариства відображаються в балансах, які складаються згідно з чинним законодавством України, а також у річному звіті.

4.8. Для здійснення діяльності, передбаченої Статутом, Підприємство має право:

- самостійно визначати внутрішню організаційну структуру;
- створювати відокремлені підрозділи, засновувати підприємства та організації;
- визначати штатний склад, форми, системи та розміри оплати праці;
- брати участь у приватизації державного майна;
- володіти і користуватися землею, іншими природними ресурсами;
- набувати будь-яке майно, не заборонене законом;
- залучати до виконання робіт громадян, які не є працівниками підприємства;

- набувати, брати в оренду як в Україні, так і за кордоном необхідне майно для здійснення своєї господарської діяльності;
- відряджати на територію України та за її межі працівників Підприємства та інших організацій, які виконують роботи та надають послуги для Підприємства.

4.9. Прибуток Підприємства формується з надходжень від господарської діяльності після покриття матеріальних та прорівняних до них витрат і витрат на оплату праці. З балансового прибутку підприємства сплачуються відсотки за кредитами банків та облігаціями, що були емітовані Підприємством, а також вносяться передбачені законодавством України податки та інші платежі до бюджету. Чистий прибуток залишається в повному розпорядженні Підприємства. Напрями використання прибутку визначаються засновником.

5. УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВОМ

5.1. Управління Підприємством здійснюється засновником або призначеним ним директором.

5.2. До компетенції засновника Підприємства належить:

- а) визначення основних напрямів діяльності Підприємства, затвердження його планів та звітів про їх виконання;
- б) внесення змін та доповнень до статуту Підприємства;
- в) призначення та звільнення директора та головного бухгалтера Підприємства;
- г) затвердження річних результатів діяльності Підприємства;
- д) визначення порядку використання прибутку та покриття збитків;
- е) прийняття рішення про створення, реорганізацію та ліквідацію дочірніх підприємств, філій та представництв, затвердження їх статутів та положень;
- е) затвердження фірмового знаку (товарного знаку), торгової марки, логотипу Підприємства та іншого продукту інтелектуальної власності;
- ж) винесення рішення про притягнення до майнової відповідальності директора та головного бухгалтера Підприємства;

з) затвердження правил процедури прийняття рішень та інших внутрішніх документів підприємства, визначення організаційної структури Підприємства;

і) визначення умов оплати праці посадових осіб Підприємства, посадових осіб його філій та представництв, дочірніх підприємств; прийняття рішення про заохочення (преміювання) працівників Підприємства, його філій та дочірніх підприємств;

й) прийняття рішення про залучення Підприємством грошових коштів на умовах кредиту та/чи позики незалежно від їх розмірів, а також прийняття рішення про випуск Підприємством та придбання ним цінних паперів на суму, що перевищує двадцять тис. грн;

к) погодження угод щодо розпорядження нерухомим майном Підприємства та угод про заставу майна Підприємства;

л) затвердження договорів, укладених директором Підприємства на суму, що перевищує двадцять тис. грн;

м) прийняття рішення про припинення діяльності Підприємства, призначення ліквідаційної комісії, затвердження ліквідаційного балансу.

5.3. Рішення з питань, зазначених у пунктах 5.2. б), в), е), ж), л), м) можуть бути прийняті лише засновником. Засновник Підприємства може прийняти рішення про передання частини своїх повноважень у компетенцію директора Підприємства.

5.4. У компетенцію директора Підприємства входить:

а) оперативне керівництво діяльністю Підприємства;

б) розпорядження майном та коштами Підприємства в порядку, визначеному засновником Підприємства;

в) реалізація щорічних планів діяльності Підприємства, що затверджуються засновником;

г) розробка локальних нормативних актів Підприємства та подання їх на затвердження засновнику;

д) укладення угод від імені Підприємства;

е) затвердження посадових інструкцій, прийняття і звільнення працівників Підприємства;

є) видання наказів, обов'язкових для всіх працівників Підприємства;

ж) встановлення цін і тарифів на продукцію Підприємства;

з) вирішення всіх інших питань діяльності Підприємства, що не входять у компетенцію засновника.

5.5. Директор не має права приймати рішення, обов'язкові для засновника Підприємства.

5.6. Директор підзвітний засновникові Підприємства і організовує виконання його рішень.

5.7. Директор діє від імені Підприємства без довіреності, є його представником в усіх установах, підприємствах та організаціях України та за кордоном, видає довіреності від імені Підприємства на вчинення дій, які він відповідно до своєї компетенції має право здійснювати.

6. ТРУДОВИЙ КОЛЕКТИВ

6.1. Підприємство має право на договірній основі використовувати працю громадян. Усі громадяни, які своєю працею беруть участь у діяльності Підприємства на основі трудового договору (контракту), а також інших форм, що регулюють трудові відносини, становлять трудовий колектив Підприємства.

6.2. Представником інтересів трудового колективу на Підприємстві є уповноважений трудовим колективом орган, члени якого обираються таємним голосуванням на зборах (конференції) трудового колективу більшістю не менше 2/3 голосів. Трудовий колектив (уповноважений ним орган) вирішує за згодою з керівництвом Підприємства питання соціального розвитку та інші питання самоврядування трудового колективу, передбачені чинним законодавством України.

6.3. Соціальні та трудові гарантії працівників Підприємства визначаються чинним законодавством України. Локальними нормативними актами Підприємство може встановлювати додаткові згідно з чинним законодавством трудові та соціально-побутові пільги для своїх працівників.

6.4. Контроль за дотриманням чинного трудового законодавства покладається на директора Підприємства. Нагляд та контроль за дотриманням законодавства про працю і правил охорони праці, а також іншого законодавства здійснюється в порядку, передбаченому чинним законодавством України.

6.5. Підприємство зобов'язується забезпечити громадянину, праця якого використовується, безпечні умови та охорону праці, її оплату не нижче встановленого у країні мінімального рів-

ня, а також соціальні, економічні гарантії, включаючи всі види обов'язкового страхування та соціальне забезпечення відповідно до вимог чинного законодавства.

7. КОМЕРЦІЙНА ТАЄМНИЦЯ

7.1. Під комерційною таємницею Підприємства розуміються відомості, пов'язані з виробництвом, технологічною інформацією, управлінням, фінансами та іншою діяльністю Підприємства, які не є державною таємницею, розголошення (передання, відплив тощо) яких може завдати шкоди його інтересам. Передання інформації будь-яким третім особам, опублікування або інше розголошення такої інформації може здійснюватися тільки в порядку, визначеному директором Підприємства.

7.2. Порядок визначення переліку відомостей, що становлять комерційну таємницю Підприємства, їх складу та обсягу, порядок захисту визначаються директором Підприємства з урахуванням вимог чинного законодавства України. Перелік відомостей, що не становлять комерційної таємниці, визначається чинним законодавством України. Поняття конфіденційної інформації про діяльність Підприємства і порядок її використання та захисту визначаються директором Підприємства.

8. ПОРЯДОК ВНЕСЕННЯ ЗМІН ДО СТАТУТУ ПІДПРИЄМСТВА

8.1. Внесення змін до Статуту Підприємства є компетенцією засновника Підприємства.

8.2. Зміни до Статуту Підприємства вносяться у випадках:

- зміни розміру статутного фонду Підприємства;
- зміни юридичної адреси Підприємства;
- зміни чинного законодавства України, які зумовлюють необхідність внесення змін у Статут;
- в інших випадках, передбачених чинним законодавством України, цим Статутом або визначених засновником.

9. ПРИПИНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА

9.1. Припинення діяльності Підприємства здійснюється шляхом його реорганізації (злиття, приєднання, поділу, виокремлення, перетворення) або ліквідації.

Рішення про припинення діяльності Підприємства приймається виключно засновником або іншим органом у випадках, передбачених чинним законодавством.

9.2. При реорганізації Підприємства вся сукупність його прав та обов'язків переходить до правонаступників.

9.3. Ліквідація Підприємства здійснюється призначеною засновником ліквідаційною комісією, а в разі ліквідації Підприємства за рішенням суду — ліквідаційною комісією, що призначається цими органами. З дня призначення ліквідаційної комісії до неї переходять повноваження з управління майном Підприємства.

9.4. Ліквідаційна комісія оцінює наявне майно Підприємства, виявляє його кредиторів та дебіторів, розраховується з ними, вживає заходів зі сплати боргів Підприємства третім особам, складає ліквідаційний баланс та подає його засновникові або органу, що призначив ліквідаційну комісію. Наявні грошові кошти Підприємства, включаючи надходження від розпродажу його майна, після розрахунків із бюджетом, банками та іншими кредиторами, а також оплати праці працівників є власністю засновника Підприємства і використовуються ним на власний розсуд.

9.5. Ліквідація Підприємства вважається завершеною, а Підприємство таким, що припинило діяльність, з моменту виключення Підприємства з державного реєстру.



ЗРАЗОК

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
Зборами учасників
Протокол № _____
від “ _____ ” _____ 200__ р.

СТАТУТ
товариства з обмеженою відповідальністю
“ _____ ”
(назва товариства)

МАУП

Київ 200__

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Товариство з обмеженою відповідальністю “_____” (надалі — Товариство) засноване шляхом об’єднання внесків Учасників відповідно до законів України “Про господарські товариства”, “Про власність”, “Про підприємництво”, “Про підприємства в Україні”, “Про зовнішньоекономічну діяльність” та іншого чинного законодавства України для здійснення господарської діяльності на основі повного господарського розрахунку, самофінансування та самоокупності.

1.2. Товариство є юридичною особою, має самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки в банківських установах, круглу печатку, кутовий штамп з власним найменуванням, фірмові бланки, знак для товарів та послуг, іншу атрибутику юридичної особи, має право від власного імені укладати договори, набувати майнових та пов’язаних з ними немайнових прав, виконувати обов’язки, бути позивачем та відповідачем у суді, арбітражному та третейському суді.

1.3. Товариство у своїй діяльності керується чинним законодавством України, Установчим договором, цим Статутом, а також внутрішніми правилами процедур, регламентами та іншими локальними нормативними актами.

1.4. Товариство набуває прав юридичної особи з дня його державної реєстрації.

1.5. Товариство може створювати дочірні підприємства з правом юридичної особи, відкривати філії та представництва з правом відкриття поточних та розрахункових рахунків, затверджувати відповідні положення.

2. НАЙМЕНУВАННЯ ТА МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ТОВАРИСТВА

2.1. Повне найменування Товариства:

2.1.1. Українською мовою:

Товариство з обмеженою відповідальністю “_____”.

2.1.2. Російською мовою:

Общество с ограниченной ответственностью “_____”.

2.2. Скорочене найменування Товариства:

2.2.1. Українською мовою: ТОВ “ _____ ”.

2.2.2. Російською мовою: ООО “ _____ ”.

2.3. Місцезнаходження Товариства: _____

3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТОВАРИСТВА ТА ЙОГО УЧАСНИКІВ

3.1. Товариство відповідає за своїми зобов'язаннями всім майном, на яке відповідно до закону може бути звернено стягнення на вимогу кредиторів.

3.2. Товариство не відповідає за зобов'язаннями держави, а держава не відповідає за зобов'язаннями Товариства.

3.3. Товариство не відповідальне за зобов'язаннями Учасників.

3.4. Учасники відповідальні за зобов'язаннями Товариства в межах їх вкладів. Учасники, які неповністю внесли вклади, відповідають за зобов'язаннями Товариства також у межах невнесеної частини вкладу.

3.5. Товариство не відповідає за зобов'язаннями створених ним юридичних осіб, а вони не відповідають за зобов'язаннями Товариства, крім випадків, передбачених законодавчими актами України.

4. МЕТА ТА ПРЕДМЕТ ДІЯЛЬНОСТІ ТОВАРИСТВА

4.1. Товариство створюється з метою отримання прибутку шляхом здійснення виробництва, торговельної та посередницької діяльності, виконання робіт та надання послуг, здійснення зовнішньоекономічної діяльності.

4.2. Предмет діяльності Товариства становлять:

Торгівля і послуги:

- торговельна діяльність, у тому числі оптова, дрібнооптова, роздрібна, комісійна, торговельно-закупівельна та торговельно-посередницька діяльність;
- створення оптово-роздрібних підприємств торгівлі та послуг населенню, продаж різноманітних товарів через власну торговельну мережу;

- оптова та роздрібна торгівля паливно-мастильними матеріалами;
- оптова та роздрібна торгівля тютюновими виробами;
- оптова та роздрібна торгівля продуктами харчування і харчовими добавками;
- оптова та роздрібна торгівля алкогольними напоями;
- оптова та роздрібна торгівля предметами гігієни і санітарії;
- оптова та роздрібна торгівля парфумерно-косметичними виробами;
- оптова та роздрібна торгівля товарами побутової хімії;
- оптова та роздрібна торгівля безалкогольними напоями, квасом та пивом;
- оптова та роздрібна торгівля товарами народного споживання;
- оптова та роздрібна торгівля іншими групами товарів;
- експорт-імпорт сировини, матеріалів, устаткування та обладнання, комплектуючих та запасних частин, товарів народного споживання (у тому числі одягу, взуття), продовольчих товарів, будівельних матеріалів тощо, у тому числі деревини;
- створення кафе, барів, ресторанів та інших підприємств громадського харчування, виробництво та реалізація піци, хлібобулочних та кондитерських виробів;
- реалізація через підприємства громадського харчування тютюнових виробів;
- реалізація через підприємства громадського харчування алкогольних напоїв;
- реалізація через підприємства громадського харчування безалкогольних та слабоалкогольних напоїв, квасу та пива;
- торгівля за каталогами, посилюва торгівля, торгівля товарами у кредит;
- надання посередницьких, комерційних, дилерських та дистрибуторських послуг виробничого та невиробничого характеру, здійснення угод з експорту-імпорту;
- виконання представницьких функцій і конкретних доручень підприємств, організацій та приватних осіб, надання агентських послуг;

- торговельно-посередницька, маклерська, брокерська діяльність;
- комісійна торгівля;
- надання послуг з маркетингу і реклами;
- надання митних послуг;
- надання юридичних послуг, проведення консультацій і роз'яснень з юридичних питань, усних і письмових довідок із законодавства;
- надання послуг у галузі маркетингу, інжинірингу, управління, реклами, підготовка кадрів (стажування);
- організація ділових поїздок за кордон підприємців і прийняття (включаючи повне обслуговування) представників іноземних ділових та громадських кіл в Україні;
- організація і проведення конференцій, симпозіумів, виставок, аукціонів, конкурсів, концертів, а також заходів зі зв'язків із громадськістю та співвітчизниками за кордоном;
- організація готельної справи;
- надання послуг у галузі комунікацій (телефон, телеграф, електронна пошта та ін.);
- організація та проведення аукціонів, ярмарок, виставок, семінарів, конференцій, фестивалів;
- створення і утримання ігорних закладів;
- шоу-діяльність (дискотеки, концерти, театралізовані постановки, продюсерська діяльність, випуск та прокат аудіо- та відеокасет та компакт-дисків та ін.);
- організація та проведення азартних ігор та лотерей у порядку, встановленому законодавством країни;
- надання послуг з охорони державної, колективної і приватної власності, а також охорони громадян;
- ремонт електропобутового обладнання;
- відкриття обмінних пунктів валют на підставі агентської угоди з банком;
- купівля, продаж, оренда об'єктів нерухомості.

Рекламно-видавнича діяльність:

- рекламна діяльність, у тому числі виготовлення рекламної продукції;
- аудіо-, відео-, кіно- і поліграфічна реклама;

- виробництво і розміщення візуальної реклами;
- випуск та реалізація друкованих засобів масової інформації;
- надання будь-яких видів рекламних послуг, проведення рекламних кампаній;
- видавнича діяльність;
- художні, поліграфічні, граверні, граверно-ливарні роботи, виготовлення кліше, друкованої та іншої продукції;
- організація теле- і радіопрограм, включаючи придбання власного ефірного часу;
- організація зйомки, постановки, виробництва, прокату та реалізації відео- та кінопродукції;
- видавництво рекламно-інформаційних бюлетенів;
- підготовка інформаційно-аналітичних матеріалів на замовлення підприємств і організацій;
- інформаційні послуги.

Інші види діяльності:

- виготовлення та реалізація продукції побутової хімії;
- виготовлення та реалізація парфумерно-косметичної продукції;
- виготовлення та реалізація медикаментів, біопрепаратів та медичного обладнання;
- виготовлення та реалізація хімічних речовин;
- заготівля, переробка та реалізація нафтопродуктів;
- виготовлення нестандартного обладнання;
- виготовлення та реалізація горілчаних, лікерних та коньячних виробів;
- деревообробне виробництво;
- організація лісорозробок та переробки деревини, виготовлення, купівля та реалізація пиломатеріалів, меблів та інших виробів із деревини;
- виробнича діяльність з переробки пластмас;
- металообробне виробництво та реалізація продуктів металообробки;
- збирання, заготівля, переробка, купівля, продаж брухту та відходів чорних металів;
- збирання, заготівля, переробка, купівля, продаж брухту та відходів кольорових металів;
- швейне виробництво;

- видобування, розробка, експлуатація і переробка корисних копалин;
- ремонт, обслуговування метало- та деревообробного технологічного обладнання;
- виробництво засобів автоматизації, зв'язку, іншого обладнання та виробів з електронними компонентами;
- вирощування лікарських, декоративних, квіткових та декоративно-кущових рослин і насіння;
- збирання і заготівля дикорослих рослин, плодів, грибів, мхів, фруктів, лікарських трав, їх соків, меду, насіння різних рослин, дерев, іншої лікарської сировини та їх первинна обробка;
- рибальство, переробне виробництво і реалізація;
- садівництво та реалізація його продуктів;
- виготовлення та реалізація хутряних виробів;
- виробництво, збереження та переробка сільськогосподарської і харчової продукції;
- закупівля у населення, селянських (фермерських) господарств, колективних сільськогосподарських підприємств, інших господарств сільськогосподарської продукції і сировини, виробів підсобних господарств та промислів, дикорослих плодів, ягід, грибів, лікарсько-технічної сировини для наступної переробки та реалізації за безготівковий рахунок і готівку;
- виробництво продовольчих та непродовольчих товарів із закупленої сільськогосподарської продукції, дикорослої та іншої сировини, а також із сировинних матеріалів, що централізовано виділяються державою або в іншому порядку, не забороненому чинним законодавством України;
- науково-дослідні роботи;
- закупівля та реалізація промислових товарів народного споживання, агропромислової та господарської продукції, виробів народних промислів та ремесел;
- розробка різноманітної конструкторської та технологічної документації, програмного продукту, організація пускових та ремонтних робіт;
- патентування, супроводження відкриттів, раціоналізаторських пропозицій;

- організація і здійснення збирання, переробки, а також реалізація вторинної сировини та відходів виробництва;
- закупівля, переробка та реалізація товарів і сировини чорної та кольорової металургії;
- переробка відходів гальванічного виробництва та реалізація продуктів цієї переробки;
- пошук (розвідка) та експлуатація корисних копалин;
- виготовлення спирту, пива та вина;
- виготовлення тютюнових виробів;
- виробництво, ремонт і реалізація спортивної, мисливської та вогнепальної зброї і боєприпасів до неї, а також холодної зброї;
- виготовлення та реалізація спеціальних засобів, заряджених речовинами сльозоточивої та дратівливої дії, індивідуального захисту, активного захисту та засобів для виконання спеціальних операцій і оперативно-розшукових заходів;
- видобування дорогоцінних металів і дорогоцінного каміння, виготовлення і реалізація виробів з подальшим використанням або реалізацією;
- збирання, переробка твердих і рідких відходів виробництв, що містять дорогоцінні метали і дорогоцінне каміння та їх брукту.

Будівництво:

- будівельно-монтажні, ремонтно-будівельні та підрядні роботи;
- будівництво і експлуатація готелів та кемпінгів, інших комунальних закладів, дизайн, розробка та виготовлення інтер'єрів громадських, житлових та інших приміщень, виробництво будівельних матеріалів, включаючи цеглу, облицювальну плитку;
- проектування, будівництво, реконструкція, реставрація, ремонт, а також подальша експлуатація об'єктів промислового, агропромислового, громадського, культурно-побутового та іншого призначення;
- виробництво будівельних матеріалів та конструкцій і їх реалізація;
- технічне оснащення механізмів, обладнання, будівель та споруд;

- виготовлення і монтаж технологічного обладнання, будівельних конструкцій та інженерних комунікацій;
- будівництво і технічне обслуговування загальнодержавних мереж передавання даних та документального зв'язку;
- будівництво та технічне обслуговування передавальних станцій супутникового зв'язку;
- ремонтні та реставраційні роботи;
- будівельні, проектні, ремонтні, оздоблювальні, монтажні та сантехнічні роботи.

Транспорт:

- створення СТО і реалізація автомобілів, запчастин;
- надання транспортних послуг;
- внутрішні та міжнародні перевезення пасажирів і вантажів повітряним, річковим, морським, залізничним і морським транспортом;
- створення центрів з прокату, ремонту і обслуговування різноманітної техніки та обладнання, у тому числі нових і комісійних автомобілів вітчизняного та зарубіжного виробництва (з їх подальшою реалізацією);
- реалізація автотранспортних засобів підприємствам та громадянам як за готівку, так і за безготівковий рахунок;
- надання експедиційних послуг;
- організація та експлуатація автогосподарств, автозупинок, автозаправних станцій та автосервісних центрів, автопрокату.

Туристична діяльність:

- організація прийняття та обслуговування іноземних туристів в Україні (міжнародний туризм);
- організація прийняття та обслуговування вітчизняних туристів в Україні (внутрішній туризм);
- організація туристичних поїздок за межі України (зарубіжний туризм);
- екскурсійна діяльність;
- організація масового та оздоровчо-спортивного туризму;
- організація санаторно-курортного обслуговування.

Інформатика та комп'ютеризація:

- науково-дослідні, експериментальні та впроваджувальні роботи в галузі комп'ютерних систем, інформаційних технологій та комунікацій;
- розробка, адаптація, супроводження і експлуатація програмних та апаратних засобів обчислювальної техніки, автоматизації, управління і зв'язку;
- програмне забезпечення (програмно-технічні робочі місця);
- виробництво радіоелектронної апаратури, засобів обчислювальної техніки, у тому числі з використанням імпортованих елементів, вузлів та програмних продуктів;
- обслуговування засобів та систем обчислювальної, електронної та оргтехніки;
- розробка, впровадження та експлуатація комп'ютерних мереж, розподілених баз та банків даних, а також надання доступу до них на комерційній основі;
- взаємодія зі світовими комп'ютерними мережами на комерційних та некомерційних засадах, надання доступу та широкого спектра інформаційного сервісу до світових інформаційних фондів;
- створення та підтримка он-лайнних та інформаційних фондів різного профілю, а також надання доступу до них на комерційній основі;
- ремонт комп'ютерів, аудіовізуальної техніки та побутової електроніки;
- інші види діяльності, які не суперечать чинному законодавству.

Окремі види діяльності здійснюються за наявності ліцензії відповідно до чинного законодавства України.

5. ПРАВА І ОBOB'ЯЗКИ ТОВАРИСТВА ТА ЙОГО УЧАСНИКІВ

5.1. Учасники Товариства мають право:

5.1.1. Брати участь в управлінні справами Товариства.

5.1.2. Отримувати дивіденди від діяльності Товариства. Таке право мають особи, які є Учасниками Товариства на початок виплати дивідендів.

5.1.3. Брати участь у діяльності Товариства на підставі трудового договору (контракту) або за договором цивільно-правового характеру.

5.1.4. Висувати на розгляд органів управління Товариства пропозиції з питань діяльності Товариства.

5.1.5. Придбати у пріоритетному порядку продукцію, роботи та послуги, що виробляються Товариством.

5.1.6. Одержувати дані та відомості про діяльність Товариства, стан його майна, розміри прибутків та збитків. На вимогу Учасника Товариство зобов'язане надавати йому для ознайомлення річні баланси, звіти Товариства про його діяльність, протоколи зборів.

5.1.7. Обирати та бути обраними до органів управління Товариства.

5.1.8. Вийти з Товариства у встановленому порядку.

5.1.9. Набувати інших прав, передбачених чинним законодавством України.

5.2. Учасники Товариства зобов'язані:

5.2.1. Додержувати установчих документів Товариства, виконувати рішення Зборів Учасників та інших органів управління Товариства.

5.2.2. Виконувати свої зобов'язання перед Товариством.

5.2.3. Не розголошувати комерційну таємницю та конфіденційну інформацію про діяльність Товариства.

5.2.4. Сприяти Товариству в його діяльності.

5.2.5. Своєчасно вносити вклади в розмірі, порядку та засобами, передбаченими цим Статутом та Договором про подовження діяльності.

5.2.6. Утримуватися від будь-якої діяльності, що може зашкодити Товариству шкоду.

5.2.7. Виконувати інші обов'язки, передбачені чинним законодавством України.

5.3. Для виконання завдань та досягнення цілей, передбачених Статутом, Товариство має право:

5.3.1. Від власного імені укладати угоди (договори, контракти), у тому числі угоди купівлі-продажу, міни (бартеру), підляду, оренди, схову, доручення, набувати майнових та особистих немайнових прав, виступати позивачем та відповідачем у суді та

арбітражному суді, здійснювати інші дії, що не суперечать чинному законодавству України.

5.3.2. Випускати, реалізовувати, купувати власні цінні папери.

5.3.3. Страхувати власне майно.

5.3.4. Передавати юридичним та фізичним особами, у тому числі безкоштовно, продавати, обмінювати, здавати в оренду, надавати в тимчасове користування споруди, обладнання, транспортні засоби та інші матеріальні цінності.

5.3.5. Створювати на території України та за її межами філії і представництва, засновувати у встановленому законом порядку дочірні підприємства і брати участь у заснуванні та діяльності господарських товариств і об'єднань, у тому числі спільно з іноземними особами.

5.3.6. Самостійно встановлювати ціни на товари, роботи та послуги, що реалізуються, виконуються та надаються Товариством.

5.3.7. Направляти, в тому числі й за кордон, у відрядження для стажування і на перепідготовку фахівців для навчання та ознайомлення з досвідом організації діяльності фірм, бірж, банків, брати участь у переговорах, встановлювати ділові контакти.

5.3.8. Залучати для виконання робіт (надання послуг) фахівців, у тому числі й іноземних, на підставі договору підядру, доручення, трудових угод та інших договорів з оплатою праці за домовленістю сторін.

5.3.9. На підставі доручень здійснювати представництво інтересів юридичних та фізичних осіб як українських, так й іноземних.

5.3.10. Відраховувати кошти на будівництво житла, об'єктів соціально-культурного і побутового призначення для засновників та працівників Товариства.

5.3.11. Користуватися на договірній основі банківським кредитом та надавати банку право використовувати свої вільні грошові кошти.

5.3.12. Приймати на роботу працівників на умовах договорів (контрактів), самостійно встановлювати для своїх працівників додаткові відпустки та інші пільги, не заборонені чинним законодавством України.

5.3.13. За встановленим законодавством порядком вступати у зовнішньоекономічні відносини, самостійно виконувати експортно-імпортні операції.

5.3.14. Отримувати позику від Учасників та інших фізичних і юридичних осіб у встановленому законодавством України порядку.

5.3.15. Надавати безпроцентні позики працівникам та Учасникам у порядку, передбаченому законодавством.

5.3.16. Здійснювати інші дії, не заборонені чинним законодавством України.

5.4. *Товариство зобов'язане:*

5.4.1. Охороняти навколишнє середовище від забруднення та інших шкідливих впливів.

5.4.2. Забезпечувати безпеку виробництва, санітарно-гігієнічні норми і вимоги щодо захисту здоров'я працівників, населення та споживачів продукції.

5.4.3. Виконувати інші обов'язки, передбачені чинним законодавством України.

6. СТАТУТНИЙ ФОНД

6.1. Для забезпечення діяльності Товариства Статутний фонд може утворюватися з грошових коштів, матеріальних цінностей (будівлі, споруди, обладнання тощо), прав користування землею, водою та іншими природними ресурсами, а також будь-якими майновими правами (у тому числі на інтелектуальну власність).

6.2. Для забезпечення діяльності Товариства за рахунок вкладів Учасників сформовано Статутний фонд у розмірі _____ грн, порядок формування та розподілу якого визначається в Договорі про створення та діяльність Товариства.

6.3. До моменту реєстрації Товариства кожний з Учасників зобов'язаний внести не менше 30 % вкладу, а решту вкладу — не пізніше року після реєстрації Товариства. У разі невиконання цього зобов'язання у встановлений строк Учасник сплачує за час прострочення 10 % річних із суми недовнесеного вкладу.

6.4. Учасник Товариства може за згодою решти Учасників відступити свою частку (її частину) одному чи кільком Учасникам цього ж Товариства або третім особам. Учасники Товариства користуються переважним правом придбання частки (її части-

ни) Учасника, який її відступив, пропорційно їх часткам у Статутному фонді Товариства або в іншому погодженому між ними розмірі.

6.5. Передання частки (її частини) третім особам можливе тільки після повного внесення вкладу Учасником, який її відступає.

6.6. При переданні частки (її частини) третій особі відбувається одночасний перехід до неї всіх прав та обов'язків, що належали Учаснику, який відступив її повністю або частково.

6.7. Частка Учасника Товариства після повного внесення ним вкладу може бути придбана безпосередньо Товариством. У цьому разі воно зобов'язане передати її іншим Учасникам або третім особам у строк, що не перевищує одного року. Протягом цього періоду розподіл прибутку, а також голосування і визначення кворуму на Зборах Учасників здійснюються без урахування частки, придбаної Товариством.

6.8. Учасники, які не повністю внесли вклади, відповідають за зобов'язаннями Товариства також у межах невнесеної частини вкладу.

7. ФОНДИ ТОВАРИСТВА

7.1. У Товаристві створюється Резервний фонд у розмірі 25 % Статутного фонду. Розмір щорічних відрахувань до Резервного (страхового) фонду не може бути менший від 5 % суми чистого прибутку.

Обов'язкові відрахування поновлюються, якщо Резервний (страховий) фонд було витрачено повністю або частково.

7.2. Резервний фонд призначається для покриття непередбачуваних збитків. Витрата Резервного (страхового) фонду здійснюється за розпорядженням Зборів Учасників.

7.3. Товариство крім Резервного фонду може створювати й інші. Порядок створення, використання, поповнення та ліквідації фондів регулюється спеціальними положеннями про них, що затверджуються Зборами Учасників.

8. РОЗПОДІЛ ПРИБУТКІВ ТА ЗБИТКІВ

8.1. Чистий прибуток, що одержаний після сплати процентів за кредитами банків, податків та інших платежів до бюджету, залишається в повному розпорядженні Товариства, яке визначає напрями його використання.

8.2. Частка прибутку (дивідендів) виплачується один раз на рік за підсумками календарного року.

8.3. Дивіденди сплачуються протягом першого кварталу року, який йде після звітного.

8.4. Умови сплати дивідендів можуть змінюватися згідно з рішенням Зборів Учасників.

8.5. Збитки, що виникли у процесі здійснення діяльності Товариством, покриваються насамперед за рахунок Резервного фонду.

8.6. У разі недостатності коштів Резервного фонду Збори Учасників можуть прийняти рішення спрямувати на покриття збитків кошти з інших фондів.

9. ОРГАНИ УПРАВЛІННЯ ТОВАРИСТВОМ ТА ЇХ ПОСАДОВІ ОСОБИ

9.1. Вищим органом Товариства є Збори Учасників, які обирають Голову Товариства. Головою Товариства може бути тільки Учасник Товариства.

9.2. *Проведення Зборів:*

9.2.1. Учасники повідомляються про проведення Зборів Учасників персонально із зазначенням часу, місця проведення зборів та порядку денного. Повідомлення повинно бути зроблено не менше як за тридцять днів до скликання Зборів Учасників.

9.2.2. Будь-хто з Учасників Товариства має право вимагати розгляду питання на Зборах Учасників за умови, що воно було ним поставлено не пізніше як за 25 днів до початку зборів.

Не пізніше як за 7 днів до скликання Зборів Учасникам Товариства повинна бути надана можливість ознайомитися з документами, внесеними до порядку денного.

9.2.3. Учасники зборів, які беруть участь у Зборах, реєструються з зазначенням кількості голосів, які має кожний Учасник. Цей перелік підписується Головою та секретарем Зборів.

9.3. Компетенція Зборів Учасників Товариства:

9.3.1. Визначення основних напрямів діяльності Товариства і затвердження його планів та звітів про їх виконання.

9.3.2. Внесення змін до Статуту Товариства.

9.3.3. Встановлення розміру, форми і порядку внесення Учасниками додаткових вкладів.

9.3.4. Вирішення питання про придбання Товариством частки Учасника.

9.3.5. Обрання та відкликання членів Ревізійної комісії.

9.3.6. Призначення та звільнення Директора Товариства.

9.3.7. Затвердження річних результатів діяльності Товариства, включаючи його дочірні підприємства; затвердження звітів і висновків Ревізійної комісії, порядку розподілу прибутку, строку та порядку виплати частки прибутку (дивідендів); визначення порядку покриття збитків.

9.3.8. Створення, реорганізація і ліквідація дочірніх підприємств, філій та представництв, затвердження їх статутів та положень.

9.3.9. Винесення рішень про притягнення до майнової відповідальності посадових осіб Товариства.

9.3.10. Визначення умов оплати праці посадових осіб Товариства, його дочірніх підприємств, філій та представництв.

9.3.11. Виключення Учасника з Товариства.

9.3.12. Затвердження правил процедури та інших внутрішніх документів Товариства, визначення організаційної структури Товариства, затвердження Положень про фонди, які створюються в Товаристві.

9.3.13. Прийняття рішення про припинення діяльності Товариства, призначення ліквідаційної комісії, затвердження ліквідаційного балансу.

9.3.14. Затвердження договорів (угод), укладених на суму понад 1000000 грн.

9.4. *Прийняття рішення Зборами Учасників.*

9.4.1. Збори Учасників вважаються повноважними, якщо на них присутні Учасники (представники Учасників), що володіють у сукупності понад 60 % голосів, а з питань, що потребують одностайності, — усі Учасники.

Брати участь у Зборах Учасників з правом дорадчого голосу можуть члени виконавчих органів, які не є Учасниками Товариства.

9.4.2. З питань визначення основних напрямів діяльності Товариства, затвердження його планів та звітів про їх виконання, внесення змін у Статут, а також при вирішенні питання про виключення Учасника з Товариства необхідна одностайність. З решти питань рішення приймаються простою більшістю голосів.

9.4.3. З питань, не включених до порядку денного, рішення можуть прийматися тільки за згодою всіх Учасників, присутніх на зборах.

9.4.4. Кожний з Учасників Товариства на Зборах Учасників має кількість голосів, пропорційну розміру його частки у Статутному фонді. Голосування на Зборах Учасників відбувається за принципом — на один відсоток Статутного фонду припадає один голос.

9.4.5. Учасник може передати свої повноваження представнику.

9.4.6. Представники Учасників можуть бути постійними або призначеними на певний строк. Учасник має право в будь-який час замінити свого представника у Зборах Учасників, сповістивши про це інших Учасників.

Учасник Товариства має право передати свої повноваження на Зборах іншому Учаснику або представникові іншого Учасника Товариства.

9.5. *Скликання Зборів Учасників.*

9.5.1. Збори Учасників Товариства скликаються Головою Товариства два рази на рік.

9.5.2. У разі неплатоспроможності Товариства, а також виникнення загрози значного скорочення статутного фонду Головою Товариства скликаються позачергові Збори Учасників.

9.5.3. Учасники Товариства, що володіють у сукупності понад 20 % голосів, мають право вимагати скликання позачергових Зборів Учасників у будь-який час і з будь-якого приводу, що стосується діяльності Товариства. Якщо протягом 25 днів Голова Товариства не виконав зазначеної вимоги, вони мають право самі скликати Збори Учасників.

9.6. *Виконавчим органом Товариства, що управляє його повною діяльністю, є Директор.*

9.6.1. Директор вирішує всі питання діяльності Товариства, крім віднесених до компетенції Зборів Учасників. Збори Учас-

ників можуть прийняти рішення про передання частини прав, що належать їм, у компетенцію Директора.

9.6.2. Директор підзвітний Зборам Учасників і організує виконання їх рішень. Директор не має права приймати рішення, обов'язкові для Учасників Товариства.

9.6.3. Директор не може бути одночасно Головою Зборів Учасників.

9.6.4. *Директор має право:*

- без довіреності виконувати дії від імені Товариства;
- укладати угоди та чинити юридичні дії від імені Товариства, давати доручення, відкривати та використовувати рахунки Товариства в установах банків;
- видавати Правила внутрішнього трудового розпорядку;
- приймати та звільняти працівників;
- вирішувати інші питання в межах прав, наданих йому Зборами Учасників.

9.7. Контроль за фінансовою та господарською діяльністю Товариства здійснюється Ревізійною комісією, що утворюється Зборами Учасників з їх числа в кількості не менше трьох осіб строком на 2 роки. Директор не може бути членом Ревізійної комісії.

9.7.1. Діяльність Директора перевіряє Ревізійна комісія за дорученням Зборів Учасників, з власної ініціативи або на вимогу Учасників Товариства. Ревізійна комісія має право вимагати від посадових осіб Товариства подання всіх необхідних матеріалів, бухгалтерських чи інших документів, особистих пояснень.

9.7.2. Ревізійна комісія доповідає результати виконаних нею перевірок Зборам Учасників.

9.7.3. Ревізійна комісія складає висновок за річними звітами та балансами. Без висновку Ревізійної комісії Збори Учасників Товариства не мають права затверджувати річний баланс Товариства.

9.7.4. Ревізійна комісія в разі виявлення зловживання посадовими особами Товариства або виникнення загрози суттєвим інтересам Товариства може вимагати від Голови Товариства скликання позачергових Зборів Учасників.

9.8. *Посадові особи Товариства.*

9.8.1. Посадовими особами Товариства є Директор та Голова Ревізійної комісії.

10. ВИХІД УЧАСНИКА З ТОВАРИСТВА

10.1. Учасник має право вийти зі складу Учасників Товариства за власним бажанням на підставі його заяви.

10.2. При виході Учасника з Товариства йому сплачується вартість частини майна Товариства, пропорційна його частці у Статутному фонді. Виплата здійснюється після затвердження звіту за рік, в якому він вийшов з Товариства, і у строк до 12 місяців з дня виходу. На вимогу Учасника та за згодою Товариства його вклад до Статутного фонду може бути повернутий повністю або частково в натуральній формі.

Учаснику, який вибув, виплачується належна йому частка прибутку, одержаного Товариством в поточному році до моменту його виходу. Майно, передане Учасником Товариству тільки в користування, повертається в натуральній формі без винагороди.

10.3. При реорганізації юридичної особи — Учасника Товариства або у зв'язку зі смертю громадянина — Учасника Товариства правонаступники (спадкоємці) мають переважне право вступу до Товариства.

При відмові правонаступника (спадкоємця) від вступу до Товариства або відмові Товариства у прийнятті до нього правонаступника (спадкоємця) йому видається у грошовій або натуральній формі частка в майні, яка належала реорганізованій особі (спадкодавцю), вартість якої визначається на день реорганізації (смерті) Учасника. У цих випадках розмір Статутного фонду підлягає зменшенню.

10.4. Учасника Товариства, який систематично не виконує або неналежним способом виконує обов'язки, або перешкоджає своїми діями досягненню цілей товариства, може бути виключено з Товариства на основі одностайно прийнятого рішення Зборів Учасників Товариства. При цьому цей Учасник (його представник) у голосуванні участі не бере. Виключення Учасника з Товариства призводить до наслідків, передбачених п. 10.2.

11. ФІНАНСОВО-ГОСПОДАРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ

11.1. Для досягнення статутної мети Товариство:

11.1.1. Відкриває розрахунковий та інші рахунки в будь-яких фінансово-кредитних установах та проводить через них усі

касові та кредитно-розрахункові операції в національній та іноземній валюті, за безготівковим розрахунком без обмежень сум платежів. Форми розрахунків визначаються Товариством за узгодженням з усіма контрагентами та з урахуванням вимог чинного законодавства.

11.1.2. Вивчає кон'юнктуру ринку товарів та послуг.

11.1.3. Здійснює види діяльності, передбачені Статутом.

11.1.4. Набуває, отримує в оренду чи на лізингових умовах техніку, будівлі, споруди та інше майно, необхідне для статутної діяльності.

11.1.5. Отримує від будь-яких фінансово-кредитних установ кредити на договірних умовах.

11.1.6. Самостійно встановлює порядок і умови отримання та передання майна, а також ціни, ставки, тарифи та розцінки на товари, послуги та роботи, що реалізуються, надаються чи виконуються Товариством.

11.1.7. Організовує підготовку та підвищення кваліфікації кадрів за всіма напрямками своєї діяльності.

11.1.8. Входить в об'єднання, створює різні види спільних підприємств, господарських товариств, а також бере участь в їх діяльності.

12. ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ

12.1. Товариство є самостійним учасником зовнішньоекономічної діяльності згідно з чинним законодавством, здійснює ділові контакти із зарубіжними фірмами, організаціями, установами з питань, що входять у комерційні інтереси Товариства.

12.2. Товариство має право здійснювати будь-які незаборонені чинним законодавством України зовнішньоекономічні угоди (договори, контракти).

12.3. Товариство у встановленому законодавством порядку засновує свої філії, дочірні підприємства та представництва за кордоном.

12.4. Товариство відряджає за кордон та приймає в Україні національні та зарубіжні організації, а також спеціалістів для вирішення питань, пов'язаних з діяльністю Товариства.

12.5. Товариство здійснює підготовку та стажування за кордоном спеціалістів як для власних потреб, так і для потреб Учасників.

13. ОБЛІК ТА КОНТРОЛЬ

13.1. Товариство здійснює оперативний та бухгалтерський облік результатів своєї діяльності, веде статистичну звітність у встановленому порядку, несе відповідальність за їх достовірність і подає їх державним органам згідно зі встановленими формами та строками.

13.2. У разі потреби до перевірок фінансової та господарської діяльності Товариства можуть залучатися спеціалізовані служби, у тому числі й аудиторські.

14. ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

14.1. Спори між Учасниками Товариства вирішуються шляхом переговорів. У разі недосягнення згоди спір вирішується у порядку, передбаченому чинним законодавством України.

14.2. Спори за участю Товариства з українськими та іноземними юридичними й фізичними особами розглядаються згідно із законодавством, чинним на території України, арбітражним судом або судом, а за наявності договору між Сторонами, які сперечаються, — третейським судом.

15. ПРИПИНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТОВАРИСТВА

15.1. Припинення діяльності Товариства відбувається шляхом реорганізації (злиття, приєднання, поділу, відокремлення, перетворення) або ліквідації.

15.2. Реорганізація Товариства відбувається за рішенням Зборів Учасників. При реорганізації Товариства відбувається перехід усіх належних Товариству прав та обов'язків до його правонаступників.

15.3. Товариство ліквідується в таких випадках:

15.3.1. За рішенням Зборів Учасників.

15.3.2. На підставі рішення суду або арбітражного суду за поданням органів, що контролюють діяльність Товариства, у разі систематичного або грубого порушення ним законодавства.

15.3.3. У випадку визнання Товариства банкрутом.

15.3.4. В інших випадках, передбачених чинним законодавством України.

15.4. Ліквідація Товариства здійснюється призначеною ним ліквідаційною комісією, а в разі банкрутства та припинення діяльності Товариства за рішенням суду чи арбітражного суду — ліквідаційною комісією, призначеною цими органами в порядку, передбаченому законодавством України. З моменту призначення ліквідаційної комісії до неї переходять повноваження з управління справами Товариства.

15.5. Грошові кошти, що залишаються в Товаристві, виручка від продажу його майна при ліквідації включно після розрахунків з оплати праці працівників Товариства та виконання зобов'язань перед бюджетом, банком, власниками облігацій, випущених Товариством, та іншими кредиторами розподіляються ліквідаційною комісією між Учасниками Товариства пропорційно частці кожного у Статутному фонді Товариства.

15.6. Майно, передане Товариству Учасниками в користування, повертається в натуральній формі без винагороди.

15.7. Ліквідація вважається завершеною, а Товариство таким, що припинило свою діяльність, з моменту внесення запису про це до Державного реєстру.

16. ІНШІ ПИТАННЯ

16.1. В усьому, що не врегульовано цим Статутом та Установчим договором Товариства, Учасники керуються чинним законодавством України.

ПІДПИСИ ТА РЕКВІЗИТИ ЗАСНОВНИКІВ

Паспорт _____

Виданий _____

(дата)

Прописаний за адресою

КИЇВСЬКА МІСЬКА РАДА
VII сесія XXIII скликання

РІШЕННЯ

№ 366/1342 від 5 липня 2001 р.

**Про Методику розрахунку і порядок використання
орендної плати за користування майном
територіальної громади м. Києва**

(Із змінами, внесеними згідно з Рішеннями Київміськради
№ 154/1588 від 29.11.2001 р., № 280/1714 від 14.03.2002 р.,
№ 107/267 від 28.11.2002 р., № 438/598 від 29.05.2003 р.,
№ 601/761 від 10.07.2003 р.)

Відповідно до пункту 24 частини першої статті 26 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” (280/97-ВР) та частини другої статті 19 Закону України “Про оренду державного і комунального майна” (2269–12) і з метою подальшого впорядкування орендних відносин, підвищення ефективності використання об’єктів права комунальної власності територіальної громади м. Києва Київська міська рада **ВИРІШИЛА**:

1. Затвердити Методику розрахунку і порядок використання орендної плати за користування майном територіальної громади м. Києва згідно з додатком.

2. Орендні ставки, затверджені цим рішенням, застосовуються для розрахунку розмірів орендної плати за договорами, що укладаються після набрання чинності цього рішення.

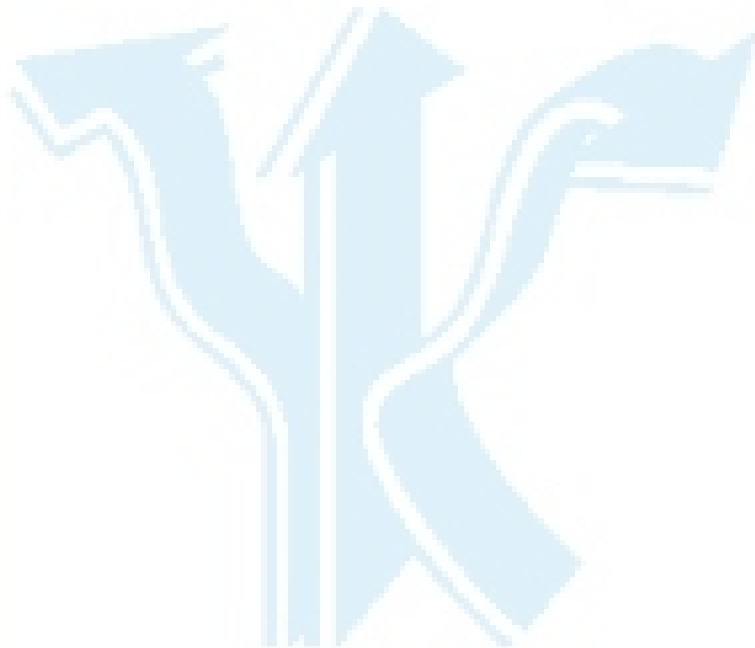
(Пункт 2 із змінами, внесеними згідно з рішенням Київської міської ради від 14.03.2002 р. № 280/1714)

3. Вважати таким, що втратило чинність, розпорядження Київського міського голови “Про деякі питання оренди об’єктів права комунальної власності в м. Києві” від 04.08.2000 № 484-МГ.

4. Контроль за виконанням цього рішення покласти на постійну комісію Київради з питань бюджету, фінансів та соціально-економічного розвитку і постійну комісію Київради з питань власності.

Міський голова

О. Омельченко



МАУП

Методика розрахунку і порядок використання орендної плати за користування майном територіальної громади м. Києва

1. Методику розрахунку і порядок використання орендної плати за користування майном територіальної громади м. Києва (далі — Методика) розроблено з метою створення єдиного організаційно-економічного механізму управління та використання плати за оренду цілісних майнових комплексів комунальних підприємств, їх структурних підрозділів (філії, цеху, дільниці) та окремого індивідуально визначеного майна комунальних підприємств, організацій, установ, а також майна, що не ввійшло до статутних фондів господарських товариств, створених у процесі приватизації (корпоратизації).

2. Методика визначає механізм нарахування орендної плати за користування майном, що належить до комунальної власності територіальної громади м. Києва.

3. Орендна плата є платежем у формах, визначених законодавством України, які вносить орендар орендодавцеві незалежно від наслідків своєї господарської діяльності.

4. Укладенню договору оренди передують експертна оцінка об'єкта оренди.

5. Розмір орендної плати встановлюється Київрадою відповідно до пропозицій виконавчого органу Київради (Київської міської державної адміністрації).

6. Орендна плата за цією Методикою розраховується в такій послідовності:

- визначається розмір річної орендної плати;
- на основі розміру річної орендної плати встановлюється розмір орендної плати за перший місяць оренди, який фіксується в договорі оренди;
- з урахуванням розміру орендної плати за перший місяць оренди розраховується розмір орендної плати за наступні місяці оренди.

7. У разі, коли термін оренди менший чи більший за одну добу або за один місяць, то на основі розміру місячної орендної плати розраховується добова, а в разі необхідності — на основі розміру добової орендної плати розраховується погодинна орендна плата.

8. Розмір річної орендної плати за цілісні майнові комплекси може перевищувати 10 відсотків вартості орендованого майна, визначеної експертним шляхом.

У разі визначення орендаря на конкурсних засадах умовами конкурсу може бути передбачено більший розмір орендної плати.

9. Розмір орендної плати в разі оренди окремого індивідуально визначеного майна (крім нерухомого) встановлюється за згодою сторін, але не менше як 5 відсотків від вартості орендованого майна, визначеної експертним шляхом.

10. Орендна плата включає всі витрати орендодавця по утриманню майна. Додаткові платежі за користування орендованим майном, крім орендної плати, нарахуванню та стягненню не підлягають.

11. У разі оренди нерухомого майна розмір річної орендної плати визначається за формулою

$$O_{\text{пл}} = V_{\text{п}} C_{\text{ор}},$$

де $O_{\text{пл}}$ — розмір річної орендної плати, грн.;

$V_{\text{п}}$ — вартість орендованого майна, визначена експертним шляхом, грн.;

$C_{\text{ор}}$ — орендна ставка, визначена згідно з Додатком до Методики розрахунку і порядку використання орендної плати за користування майном територіальної громади м. Києва.

12. Якщо орендоване приміщення є частиною будівлі (споруди), то оцінка вартості цього приміщення проводиться безпосередньо або опосередковано з урахуванням вартості будівлі (споруди) в цілому за формулою

$$V_{\text{п}} = V_{\text{б}} : \Pi_{\text{б}} \Pi_{\text{п}},$$

де $V_{\text{п}}$ — вартість орендованого приміщення, яке є частиною будівлі (споруди), грн.;

$V_{\text{б}}$ — вартість будівлі (споруди) загалом, визначена експертно, грн.;

P_6 — площа будівлі (споруди) у цілому, кв. м;

$P_{\text{п}}$ — площа орендованого приміщення, кв. м.

13. Комунальні платежі за користування водою, опаленням, електроенергією тощо сплачуються орендарем відповідним постачальникам за окремими договорами або орендодавцю, якщо це визначено договором оренди.

14. Розмір місячної орендної плати за перший місяць після укладення договору оренди чи перегляду розміру орендної плати розраховується за формулою

$$O_{\text{пл.міс}} = O_{\text{пл}} : 12 I_{\text{п.р}} I_{\text{м}},$$

де $O_{\text{пл}}$ — річна орендна плата, визначена за цією Методикою, грн.;

$I_{\text{п.р}}$ — індекс інфляції за період з дати проведення експертної оцінки до дати укладення договору оренди або перегляду розміру орендної плати;

$I_{\text{м}}$ — індекс інфляції за перший місяць оренди.

15. Розмір орендної плати за кожний наступний місяць визначається шляхом коригування розміру місячної орендної плати за попередній місяць на індекс інфляції за поточний місяць.

16. Орендна плата сплачується орендарями щомісячно до десятого числа поточного місяця.

17. Суми зайвої перерахованої орендної плати зараховуються в рахунок наступних платежів або повертаються платникові у 5-денний термін від дня одержання його письмової заяви.

18. Тимчасове безоплатне користування майном передбачає повну компенсацію витрат на його утримання, включаючи експлуатаційні витрати.

19. Податок на додану вартість сплачується орендарями окремо від орендної плати в розмірах та порядку, встановлених чинним законодавством.

20. Нарахування плати за суборенду здійснюється орендарями. У разі, якщо плата за суборенду перевищує розмір орендної плати, різниця між ними перераховується орендодавцю.

21. Страхування орендованого майна здійснюється орендарем протягом місяця після укладення договору оренди на весь термін дії договору на користь орендодавця.

22. У разі несвоечасної сплати орендної плати орендар сплачує окремо від орендної плати пеню. Розмір пені визначається в

договорі оренди і не може перевищувати розміру, встановленого законодавством. Пеня зараховується на рахунок орендодавця і використовується відповідно до законодавства.

Видатки, пов'язані з примусовим стягненням заборгованості по орендній платі і пені, відносяться за рахунок боржника.

23. Орендна плата за цілісні майнові комплекси та за майно, що не увійшло до статутного фонду господарського товариства, створеного у процесі корпоратизації, перераховується до бюджету м. Києва.

Орендна плата за користування майном зараховується на розрахункові рахунки орендодавців.

24. Порядок використання орендної плати та розмір витрат орендодавця на утримання майна встановлюється рішенням Київради при затвердженні бюджету м. Києва на поточний рік, а також іншими рішеннями Київради.

Заступник міського голови —
секретар Київради

В. Яловий

МАУП

Додаток
до Методики розрахунку
і порядку використання орендної
плати за користування майном
територіальної громади м. Києва

**Орендні ставки за користування нерухомим майном
комунальної власності територіальної громади міста Києва**

№ пор.	Використання приміщень за функціональним призначенням	Річна орендна ставка у відсотках до вартості майна, визначеної експертно
1	Станції метрополітену, зупинки швидкісного трамваю, підземні переходи:	
	- торгівля готовими ліками	8
2	Заклади охорони здоров'я, культури, освіти, науки, фізкультури і спорту, інші організації та установи гуманітарної сфери	
	- які фінансуються та отримують кошти за рахунок державного або місцевого бюджетів	2
	- інші	6
3	Аптеки, які виготовляють ліки за рецептами, у частині площ, зайнятих з цією метою	2
4	Аптеки, які обслуговують виключно пільгові категорії населення	2
5	Комунальні підприємства (аптеки) аптечного об'єднання "Фармація"	2
6	Аптеки, які реалізують готові ліки	6
7	Комунальні підприємства: аптеки та аптечне об'єднання "Фармація"	3
8	Магазини "Оптика"	6

Зареєстровано
ухвалою виконкому

(назва районної Ради)

Ради народних депутатів

(області, міста)

від “___” _____ р.

№ _____

Голова виконкому

(П. І. Б.)

Затверджено засновником
(засновниками)

Директор

(назва підприємства,

(організації-засновника)

СТАТУТ

(повна назва малого підприємства)

1. Загальні положення

1.1. _____

(повна назва малого підприємства із зазначенням

виду діяльності) (далі — “Підприємство”)

(скорочена назва)

створено за ухвалою _____

(повна назва засновників юридичних осіб,

громадян із зазначенням, чи є це підприємство заново

створеним або виокремленим зі складу діючого)

(далі — “Засновники” або “Засновник”), зареєстровано ухвалою виконкому _____

районної Ради народних депутатів

(назва Ради)

від “___” _____ р. № _____ і здійснює свою

діяльність згідно з Конституцією і законами України “Про власність”, “Про підприємства”, “Про систему оподаткування”, пос-

тановою Кабінету Міністрів України від 22 вересня 1990 р. № 278 “Про заходи щодо створення і розвитку малих підприємств”, чинних нормативних актів і цього Статуту.

1.2. Підприємство є юридичною особою, має самостійний баланс, розрахунковий та інші рахунки в установі банків, печатку зі своєю назвою, кутовий штамп, бланки, товарний знак та інші реквізити.

1.3. Підприємство працює на принципах повного господарського розрахунку, самофінансування і самоврядування.

1.4. Держава, її органи, засновники (засновник) не несуть відповідальності за зобов'язаннями підприємства. Підприємство не відповідає за зобов'язаннями держави, її органів, засновників (засновника), а також інших підприємств, організацій, установ.

1.5. Юридична адреса підприємства: _____

_____ (поштовий індекс, область, місто, вулиця, будинок)

2. Завдання і функції підприємства

2.1. Головним завданням підприємства є (одним реченням викласти ГОЛОВНЕ завдання підприємства, яке визначається при створенні підприємства) _____

2.2. Для виконання свого головного завдання підприємство забезпечує: _____

(у цьому пункті необхідно викласти основні функції підприємства, якими воно забезпечує виконання головного завдання)

2.3. Підприємство має право створювати (засновувати) у своєму складі філії, цехи, майстерні та інші структурні одиниці і підрозділи, у тому числі ті, що мають статус юридичної особи.

2.4. Підприємство має право здійснювати зовнішньоекономічну діяльність згідно з чинним законодавством в обсязі своїх завдань і функцій, за винятком деяких видів, перелік яких визначений Кабінетом Міністрів України, брати участь у створенні спільних підприємств і об'єднань із зарубіжними організаціями і фірмами.

3. Майно підприємства

3.1. Майно підприємства становлять його основні фонди і обігові кошти, а також інші матеріальні цінності, вартість яких ві-

дображається у його незалежному балансі й належить йому за правом власності або повного господарського володіння, користування і розпорядження.

3.2. Джерелами формування майна підприємства є:

- статутний фонд, що його передають підприємству засновники (засновник), у порядку і обсязі, визначених установчим договором;
- доходи, отримані підприємством від господарської діяльності;
- кредити банків та інших кредиторів;
- пайові внески і вклади;
- доходи від реалізації акцій та інших цінних паперів;
- безвідплатні внески і пожертви організацій, установ, зарубіжних фірм, громадян;
- інші джерела, не заборонені чинним законодавством.

Підприємство може повністю або частково викупити орендоване майно. Умови, порядок і термін викупу визначаються відповідним договором. Викуп орендованого майна може бути здійснено або у формі одноразової сплати, або у формі кількох внесків.

3.3. Кошти підприємства використовуються для:

- організації, розвитку і розширення виробничої діяльності;
- оплати труда працівників підприємства;
- передання постійним членам трудового колективу частини чистого прибутку підприємства для створення їх особистих вкладів;
- участі в роботі спільних підприємств;
- придбання акцій та інших цінних паперів;
- розв'язання питань соціального розвитку, а також поліпшення умов праці, життя і здоров'я працівників.

3.4. Підприємство має право на забезпечення матеріально-технічними ресурсами, у тому числі за рахунок частини лімітів на матеріально-технічні ресурси, що розподіляються централізовано, порядком, визначеним установчим договором.

3.5. Підприємство як самостійний товаровиробник може виступати на ринку цінних паперів і випускати для мобілізації додаткових фінансових ресурсів акції, здійснювати цільові позики.

3.6. Норматив відрахувань підприємства до місцевого бюджету встановлюється відповідно до чинного законодавства виконкомом районної Ради народних депутатів, яка зареєструвала підприємство.

3.7. Фонди підприємства створюються згідно з чинним законодавством і використовуються ним незалежно. Кошти, не використані цього року, переносяться на наступний рік і вилученню не підлягають.

За необхідності підприємство самостійно утворює свій резервний фонд за рахунок господарського прибутку.

3.8. Порядок оподаткування підприємства визначено Законом України “Про систему оподаткування”.

4. Управління підприємством

4.1. Управління підприємством здійснюється на принципах широкої демократії і активної участі його працівників у розв’язанні питань діяльності підприємства, а також поєднанням прав трудового колективу і власника майна підприємства для господарського використання.

4.2. Основною формою здійснення повноважень трудового колективу підприємства є його загальні збори, які скликаються за необхідністю, але не рідше одного разу на рік.

4.3. Загальні збори трудового колективу:

- розв’язують питання відносно викупу майна;
- розв’язують за необхідністю питання, пов’язані з укладенням колективного договору з адміністрацією підприємства;
- обирають (відкликають) своїх представників до ради (правління) підприємства, заслуховують звіти з їх діяльності.

4.4. Права з розв’язання завдань управління підприємством засновниками делегуються раді (правлінню) підприємства, яка складається з однакового числа представників власників майна — засновників підприємства, що ними призначаються, і тих, що їх обирає його трудовий колектив. Термін повноважень ради (правління) підприємства — п’ять років.

Рада (правління) підприємства розв’язує віднесені до її компетенції питання на своїх засіданнях. Втручання ради (правління) до оперативно-розпорядчої діяльності адміністрації не допускається.

Засідання ради (правління) підприємства скликається за необхідністю, але не рідше, ніж двічі на рік.

4.5. Рада (правління) підприємства вважається правомочною для розгляду винесених на її засідання питань, якщо в засіданні беруть участь не менше двох третин її складу, а ухвали з розглянутих питань вважаються прийнятими, якщо за них проголосувало не менше двох третин членів ради (правління), що присутні на засіданні.

4.6. Рада (правління) підприємства:

- визначає загальні напрями економічного і соціального розвитку підприємства;
- визначає порядок розподілу прибутку, обсяги відрахувань до фондів підприємства і засновникам;
- розв'язує питання про зміни порядку внесення і обсягів статутного фонду;
- приймає ухвали про випуск або придбання цінних паперів;
- розв'язує питання про створення або припинення діяльності філій та інших відокремлених підрозділів підприємства;
- розглядає конфліктні ситуації, що виникають між адміністрацією підприємства і його трудовим колективом, вживає заходів для їх розв'язання;
- призначає директора підприємства;
- розв'язує питання про нових засновників підприємства;
- обирає голову ради (правління) і затверджує ревізійну комісію.

4.7. Директор підприємства призначається радою (правлінням) підприємства на термін своїх повноважень і затверджується засновниками (засновником).

4.8. Директор підприємства:

- самостійно розв'язує всі питання діяльності підприємства, за винятком тих, що віднесені цим Статутом до компетенції загальних зборів і ради (правління) підприємства;
- без доручення діє від імені підприємства, є представником його інтересів в усіх підприємствах, організаціях і органах;
- розпоряджається майном підприємства, укладає договори, видає доручення;

- відкриває в установах банків розрахунковий та інші рахунки підприємства;
- затверджує штат підприємства, видає накази, у тому числі про прийняття на роботу і звільнення з роботи, дає вказівки, що є обов'язковими для всіх працівників підприємства.

4.9. Ревізійна комісія є підзвітною раді (правлінню) підприємства і контролює дотримання Статуту підприємства, відповідність його діяльності законодавству. Ревізійна комісія виконує ревізії фінансово-господарської діяльності підприємства.

Результати ревізій підлягають поданню засновникові у вигляді копій.

4.10. Підрозділи підприємства очолюються їх керівниками, призначеними директором підприємства. Головний бухгалтер підприємства призначається на посаду і звільняється від неї відповідно до встановленого порядку.

4.11. Функціональні обов'язки і компетенції заступників директора, керівників служб визначаються відповідними положеннями, а також службовими інструкціями, затвердженими директором підприємства.

5. Організація і оплата праці

5.1. Підприємство здійснює організацію праці, заходи із забезпечення трудової і виробничої дисципліни, охорони праці, дотримання правил санітарії і техніки безпеки згідно з чинним законодавством.

5.2. Підприємство самостійно визначає загальну кількість працівників, їх професійний і кваліфікаційний склад, необхідність залучення тимчасових працівників і сумісників.

5.3. Трудові доходи працівників підприємства визначаються відповідно до особистого трудового внеску кожного до кінцевого результату роботи підприємства, визначеними їм на підставі чинного законодавства формами оплати праці, регулюються податками і не обмежуються максимальними обсягами.

5.4. Частина чистого прибутку підприємства в розмірах і порядку, визначених його радою (правлінням), передається у власність членів трудового колективу, яка створює його внесок. На суму внеску членові трудового колективу можуть бути видані акції та інші цінні папери. Частина внеску (вартість акції), а та-

кож процентів (дивіденди) за акціями, облігаціями та іншими цінними паперами може виплачуватися членові трудового колективу щорічно після підбиття підсумків фінансового року в обсязі, визначеному радою (правлінням) підприємства.

5.5. Підприємство гарантує своїм працівникам проведення заходів із соціального забезпечення відповідно до закону, створення сприятливих умов праці; прискорення розвитку матеріальної бази соціальної сфери (у тому числі житлового будівництва), створення умов для здорового побуту, відпочинку працівників і їх сімей, надання своїм працівникам додаткових соціальних пільг у межах зароблених коштів.

6. Звіт, звітність і контроль

6.1. Підприємство виконує оперативний і бухгалтерський облік результатів своєї роботи, веде усталену статистичну звітність.

6.2. Комплексна ревізія фінансово-господарської діяльності підприємства може відбуватися з ініціативи засновників (засновника) і не частіше одного разу на рік.

6.3. Фінансовий рік підприємства встановлюється з 1 січня до 31 грудня календарного року. Перший фінансовий рік закінчується 31 грудня року початку діяльності підприємства.

7. Зовнішньоекономічна діяльність малого підприємства

7.1. З метою забезпечення виконання статутних завдань мале підприємство здійснює на основі валютної самооплатності експортно-імпорتنі операції безпосередньо або на договірній основі через посередництво інших зовнішньоекономічних організацій.

7.2. Мале підприємство може імпортувати за рахунок власних або позичених коштів сировину, матеріали, комплектуючі вироби, машини та устаткування, запасні частини, інші товари і послуги, необхідні для технічного переозброєння, розширення або реконструкції виробництва, охорони навколишнього середовища, виконання науково-дослідних робіт або для інших цілей, передбачених чинним законодавством.

7.3. Мале підприємство набуває права учасників зовнішньоекономічної діяльності й може здійснювати цю діяльність після реєстрації в Міністерстві зовнішньоекономічних зв'язків або через його уповноважених на місцях.

7.4. Мале підприємство за рахунок власних валютних коштів може відряджати спеціалістів та інших працівників для участі в переговорах з науково-технічних, виробничих, комерційних питань на міжнародних виставках, ярмарках, для обміну досвідом і здійснювати іншу діяльність згідно з законодавчими актами і цим Статутом.

7.5. Мале підприємство може виступати як учасник спільного підприємства при дотриманні вимог про порядок створення і діяльності цих підприємств на території країни.

7.6. Для розв'язання питань розвитку виробництва товарів народного споживання та інших завдань з дозволу Кабінету Міністрів України або у порядку, що ним визначений, мале підприємство може здійснювати безвалютні товарообмінні угоди, оформлені єдиним договором (бартерні угоди).

7.7. Мале підприємство може налагоджувати безпосередні виробничі та науково-технічні зв'язки з підприємствами і організаціями зарубіжних країн, а також здійснювати узбережну і прикордонну торгівлю згідно з правилами, встановленими для таких видів діяльності.

8. Реорганізація і припинення діяльності підприємства

8.1. Реорганізація або припинення діяльності підприємства виконується з ухвали засновників, які відповідно до чинного законодавства затверджують Статут малого підприємства, вносять у нього зміни і доповнення виконкому районної Ради народних депутатів, що зареєструвала підприємство, або за постановою суду або арбітражу.

8.2. Підприємство ліквідується у випадках:

- визнання його банкрутом;
- невиконання умов, передбачених законодавством і його Статутом;
- з інших підстав, що передбачаються законодавчими актами.

8.3. У випадку ліквідації Підприємства його майно і фінансові кошти після розрахунків з бюджетом та іншими кредиторами, виплати вартості вкладів працівникам підприємства (їх спадкоємцям) розподіляються поміж засновників і акціонерів пропорційно до їх паю у майні підприємства.

Форма № 1-ОПП

Заява
Для юридичних осіб (філій)

Номер реєстрації _____
в ДПА _____

Дата взяття на _____
облік в ДПА _____/_____/_____

_____ ОБЛІК
_____ ЗМІНИ
_____ ПЕРЕРЕЄСТРАЦІЯ

(ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)

1| Ідентифікаційний код за
ЄДРПОУ _____
або реєстраційний (обліковий)
номер платника податків _____

1a| Ідентифікаційний
код головного _____
підприємства за ЄДРПОУ
(для філії) _____

2| Повне найменування українською мовою (не більше 150 літер)

3| Скорочене найменування українською мовою (не більше 50 літер)

4| Назва ДПІ, в яку подається заява _____

Назва ДПІ, з якої вибув платник _____

ДАНІ ПРО РЕЄСТРАЦІЮ

Назва органу _____

4a| державної реєстрації _____

Дата реєстрації _____/_____/_____

Номер рішення про реєстрацію _____

Код та назва _____

форми власності _____

Код та назва організаційно-правової форми _____

_____**ОСНОВНИЙ ВИД ДІЯЛЬНОСТІ** Ознака ЗЕД* Назва виду діяльності
5 | Код _____

_____**НЕОСНОВНІ ВИДИ ДІЯЛЬНОСТІ**

5a | Код _____

Код _____

Код _____

|6| Код форми фінансування (бюджет — 1, госпрозрахунок — 2,
за рахунок членських внесків — 3, змішана — 4)

Код і назва органу управління _____

|7| Розмір статутного фонду в національній валюті (грн.) _____

* ЗЕД — зовнішньоекономічна діяльність.

Аркуш 1

МАУП

АДРЕСНІ ДАНІ ПЛАТНИКА ПОДАТКІВ

8| Місцезнаходження

Поштовий індекс _____

Країна _____

Область _____

Район _____

Місто _____

Вулиця _____

Будинок _____ / _____ Корпус _____

Офіс / Квартира _____

9| Дані про керівників

КЕРІВНИК: прізвище, ім'я, по батькові _____

ідентифікаційний номер _____

Паспорт: серія _____ номер _____ ким виданий _____

дата видачі _____

Телефон: службовий _____ домашній _____

Додаткові телефони _____ факс _____

ГОЛОВНИЙ БУХГАЛТЕР: прізвище, ім'я, по батькові _____

(бухгалтер чи інша особа, ідентифікаційний номер _____

на яку покладено обов'язки

з ведення бухгалтерського

обліку платника податків)

Паспорт: серія _____ номер _____ ким виданий _____

дата видачі _____

Телефон: службовий _____
домашній _____

Додаткові телефони _____ факс _____

[10] Кількість працюючих згідно зі штатним розписом на момент
взяття на облік _____

(П. І. Б. керівника) (підпис) (дата)

М. П.

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ _____
або реєстраційний (обліковий) номер _____

Аркуш 2

МАУП

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАСНОВНИКІВ
(для юридичних осіб)

Ідентифікаційний код засновника — _____
ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ за ЄДРПОУ _____

НАЗВА _____

Місцезнаходження

Поштовий індекс _____

Країна _____

Область _____

Район _____

Район міста _____

Місто _____

Вулиця _____

Будинок _____ / _____ Корпус _____

Офіс / Квартира _____

Телефон службовий _____ Факс _____

Назва ДПІ _____

Назва органу державної реєстрації _____

Дата _____

Номер рішення реєстрації _____ / _____ / _____
про реєстрацію _____

Внесок у статутний фонд (сума) _____

Назва валюти _____

Ідентифікаційний код засновника — _____

ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ за ЄДРПОУ _____

НАЗВА _____

Місцезнаходження

Поштовий індекс _____

Країна _____

Область _____

Район _____

Район міста _____

Місто _____

Вулиця _____

Будинок _____ / _____ Корпус _____

Офіс / Квартира _____

Телефон службовий _____ Факс _____

Назва ДПІ _____

Назва органу державної реєстрації _____

Дата _____

Номер рішення реєстрації _____ / _____ / _____

про реєстрацію _____

Внесок у статутний фонд (сума) _____

Назва валюти _____

У розділі “Інформація про засновників (для юридичних осіб)” філії надають інформацію тільки щодо платників податків, відокремленим підрозділом яких вони є; щодо платників податків, які перебувають у державній або комунальній власності, зазначається орган державної влади, об’єднання, установа, заклад, якому такий платник податків безпосередньо підпорядкований, підзвітний та/або який здійснює управління таким платником податків.

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ _____

або реєстраційний (обліковий) номер _____

Аркуш 3

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАСНОВНИКІВ*
(для фізичних осіб)

Ідентифікаційний код засновника — _____
ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ за ДРФО _____
ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ _____

Місце проживання

Поштовий індекс _____
Країна _____
Область _____
Район _____
Район міста _____
Місто _____
Вулиця _____
Будинок _____ / _____ Корпус _____
Офіс / Квартира _____

Телефон _____ Факс _____
Телефон службовий _____ домашній _____

Паспортні дані

Серія _____ Номер _____
Ким виданий _____ Коли виданий _____

Внесок у статутний фонд (сума) _____

Назва валюти _____

Ідентифікаційний код засновника — _____
ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ за ДРФО _____
ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я, ПО БАТЬКОВІ _____

Місце проживання

Поштовий індекс _____
Країна _____
Область _____

Район _____
Район міста _____
Місто _____
Вулиця _____
Будинок _____ / _____ Корпус _____
Офіс / Квартира _____

Телефон _____ Факс _____
Телефон службовий _____ домашній _____

Паспортні дані
Серія _____ Номер _____
Ким виданий _____ Коли виданий _____

Внесок у статутний фонд (сума) _____

Назва валюти _____

* Інформація про засновників (фізичних осіб) не подається,
якщо вони є членами трудового колективу.

Інформація про засновників може продовжуватись на наступних
аркушах.

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ _____
або реєстраційний (обліковий) номер _____

Аркуш 4

МАУП

Форма № 4-ОПП
(у редакції наказу ДПА України
від 3 квітня 2002 р. № 149)

від “ ___ ” _____ 20__ р. № ____

Довідка *
про взяття на облік платника податків

Повідомляємо, що платник податків -----
код за ЄДРПОУ/реєстраційний (обліковий) номер
із ТРДПАУ/номер ДРФО (потрібне підкреслити)

_____ (повне найменування або прізвище, ім'я, по батькові для фізичної
особи)

_____ (місцезнаходження (місце проживання))

Керівник _____
(прізвище, ім'я, по батькові та ідентифікаційний номер)

узятий на облік від “ ___ ” _____ р. № ____

у _____
(назва ДПП)

Керівник органу державної податкової служби _____
(підпис) (П. І. Б.)

Посадова особа, яка видає довідку _____
(підпис) (П. І. Б.)

М. П.

* Якщо платник податків є неприбутковою організацією, то дозволяється вказувати про це текстом “і є неприбутковою організацією” після назви ДПП.

Форма № 5-ОПП
(у редакції наказу ДПА України
від 14.05.2001 № 195)

ЗАЯВА
для фізичних осіб
(суб'єктів підприємницької чи приватної діяльності)

Номер реєстрації у ДПІ ----- | | Реєстрація
Дата взяття на облік | | Перереєстрація
у ДПІ -----/-----/----- || Зміни -----

1. Ідентифікаційний номер ДРФО -----
Прізвище _____
Ім'я _____
По батькові _____

2. Назва ДПІ, в яку |
| подається заява _____ |
| Назва ДПІ, з якої |
| вибув платник _____ |

3. Назва органу |
| державної реєстрації _____ |
| Дата реєстрації ----- ----- Номер свідоцтва |
| -----/-----/----- про реєстрацію _____ |

4. Основний вид діяльності Ознака ЗЕД Назва виду діяльності |
| за КВЕД |
| ----- |

| Код ----- |

4а. Неосновні види діяльності |
| за КВЕД |

| ----- |

| Код ----- |

| ----- |

| Код ----- |

-----|
Код -----
Код -----|
-----|
Код -----|

5. Місце проживання -----|
Поштовий індекс ----- Країна -----|
Область -----|
Район -----|
Місто -----|
Район міста -----|
Вулиця -----|
|
Будинок ---- / ---- Корпус ---- Офіс / квартира ----|
-----|
-----|
Контактні телефони----- Факс -----|

6. Місце роботи (якщо робота — за наймом) _____|
_____|

7. Паспортні дані:
серія _____ номер _____|
ким виданий _____ коли виданий _____
_____|
-----|

(прізвище, ім'я, по батькові) (підпис) (дата)

МАУП

ЗАЯВА
про відкриття поточного рахунка

Назва банку _____

Назва клієнта банку,
що відкриває рахунок _____
(повна і точна назва

юридичної особи/відокремленого підрозділу)

Ідентифікаційний код
за ЄДРПОУ
або реєстраційний
(обліковий) номер
за ТРДПАУ

Просимо відкрити _____ рахунок у _____.
(вид поточного рахунка) (вид валюти)

Із змістом Інструкції про порядок відкриття, використання і закриття рахунків у національній та іноземних валютах ознайомлені. Вимоги цієї Інструкції для нас обов'язкові.

Додаткова інформація (1) _____

Керівник _____
(посада) (підпис, прізвище, ініціали)

“___” _____ 200_ р.

М. П.

Відмітки банку

Відкрити _____
(вид поточного рахунка)
рахунок дозволяю

Документи на оформлення
відкриття рахунка перевірів
(посада і підпис
уповноваженої особи, на яку
покладено обов'язок
відкривати рахунки клієнтів)

Керівник
(уповноважена
керівником особа) _____
(підпис)

Дата відкриття рахунка
“ ___ ” _____ 200_ р.

№ балансового рахунка	№ особового рахунка

Головний бухгалтер
(інша відповідальна особа,
яка контролює правильність
присвоєння номера рахунка)

(підпис)

(1) Підлягає обов'язковому заповненню, якщо клієнт банку
(юридична особа або її відокремлений підрозділ) не використовує
найману працю і не є платником страхових внесків.

(Додаток 6.1 із змінами, внесеними згідно з Постановою Нацбанку
№ 110 від 04.04.2005)

МАУП

КАРТКА

із зразками підписів і відбитка печатки

Власник рахунка _____

Відмітка банку
Дозвіл на прийняття
зразків підписівПовна назва _____
_____Головний бухгалтер
(або інша уповноважена
на це особа банку)

Скорочена назва _____

(підпис)Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ

“___” _____ 200_ р.

Інші відмітки

Місцезнаходження _____

Тел. № _____

Назва організації, якій клієнт адміністративно підпорядкований _____
_____(міністерство, центральна кооперативна або
громадська організація)

Назва банку _____

Місцезнаходження банку _____

Наводимо зразки підписів і відбитка печатки, які просимо
вважати обов’язковими під час здійснення операцій за поточним
рахунком № _____.Чеки та інші розпорядження за рахунком просимо вважати
дійсними в разі наявності на них одного першого і одного другого
підписів.

Посада	Прізвище, ім'я та по батькові	Зразок підпису	Зразок відбитка печатки
Перший підпис			
Другий підпис			

Місце для відбитка печатки організації, що засвідчила повноваження та підписи клієнта

Повноваження та підписи керівника і головного бухгалтера, які діють відповідно до статуту (положення), засвідчую: _____

(посада і підпис керівника чи заступника керівника організації, який клієнт адміністративно підпорядкований)

Строк повноважень і підписи службових осіб, які тимчасово користуються правом першого або другого підпису, засвідчуємо:

Керівник

 Головний бухгалтер (1)

МАУП

Посвідчувальний напис
нотаріуса (2)
(форма № 58)

“ _____ ” р. я,
_____, нотаріус
(прізвище та ініціали)

(найменування нотаріальної

контори, нотаріального
округу)
Засвідчую справжність
підпису _____
(посада, найменування

юридичної особи, прізвище,
_____,
ім'я та по батькові
представника)

який зроблено в моїй
присутності
Особу представника
встановлено, повноваження
його перевірено.
Зареєстровано в реєстрі за
№ _____
Стягнуто _____
(державного мита, плати)

Нотаріус

печатка Підпис

Видані грошові чеки

дата	з №	до №	Дата	з №	до №
------	-----	------	------	-----	------

-
- (1) Підписи керівника і головного бухгалтера вимагаються у випадку, передбаченому пунктом 18.16 Інструкції про порядок відкриття, використання і закриття рахунків у національній та іноземних валютах.
 - (2) Вимагається за рахунками юридичних осіб і відокремлених підрозділів, якщо повноваження і підписи не засвідчені організацією, якій клієнт адміністративно підпорядкований.

(Додаток 6.2 у редакції Постанови Нацбанку № 110 від 04.04.2005)

ЗАЯВА
про відкриття поточного рахунка

Назва банку _____

Особа-підприємець,
яка відкриває рахунок _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

Ідентифікаційний номер за ДРФО | _____ |

Код економічної діяльності (1) _____

Назва виду економічної діяльності (1) _____

Прошу відкрити поточний рахунок у _____
(вид валюти)
для здійснення підприємницької діяльності.

Із змістом Інструкції про порядок відкриття, використання і закриття рахунків у національній та іноземних валютах ознайомлений. Вимоги цієї Інструкції для мене обов'язкові.

Додаткова інформація (2) _____
_____.

“ ___ ” _____ 200_ р. _____
(підпис власника рахунка)

Відмітки банку

Відкрити _____
(вид поточного рахунка)
рахунок дозволяю

Документи на оформлення
відкриття рахунка перевірів
(посада і підпис
уповноваженої особи, на яку
покладено обов'язок
відкривати рахунки клієнтів)

Керівник
(уповноважена
керівником особа) _____
(підпис)

Дата відкриття рахунка
"___" _____ 200_ р.

№ балансового рахунка	№ особового рахунка	Головний бухгалтер (інша відповідальна особа, яка контролює правильність присвоєння номера рахунка)

(підпис)

(1) Заповнюється клієнтом відповідно до наказу Державного комітету статистики України та Державної податкової адміністрації України від 15.02.2001 № 95/56.

(2) Підлягає обов'язковому заповненню, якщо клієнт банку фізична особа — підприємець не використовує працю найманих працівників.

МАУП

In the collective monograph general principles of forming of public policy and economy of health protection in Ukraine are reflected, the essence and principles of entrepreneurial activity is exposed, the complex analysis of normative-legislative base of realization of medical practice economic activity is given. Special attention is paid to organization of medical business, role of financial management in organization of activity of medical –preventive establishment.

For managers of medical preventive establishments of different organizational-legislative forms, for students of higher educational establishments and for everyone who is interested in medical business problems.

Наукове видання

Баєва Олена Вікторівна
Білінська Марина Миколаївна
Жаліло Любов Іванівна та ін.

**УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ
В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Колективна монографія

Scientific edition

Baeva, Olena V.
Bilinska, Marina M.
Zalilo, Ljubov I. and other

**MANAGEMENT OF INTREPRENEURIAL ACTIVITY
IN THE HEALTH PROTECTION BRANCH**

Collective monograph

Відповідальний редактор *С. Г. Рогузько*

Редактор *І. В. Хронюк*

Коректор *О. І. Маєвська*

Комп'ютерне верстання *А. В. Ясиновський*

Формлення обкладинки *О. О. Губанова*

Підп. до друку 31.10.06. Формат 60×84/16. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 21,85. Обл.-вид. арк. 21,75. Тираж 3000 пр. Зам. № 7-0048

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

*Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 8 від 23.02.2000*

Видавничо-поліграфічна компанія "Експрес-Поліграф"
04080 Київ-80, вул. Фрунзе, 47/2

Свідоцтво ДК № 247 від 16.11.2000