

Модуль 7

РЕФОРМА СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЗАЛУЧЕННЯ ДОДАТКОВИХ ДЖЕРЕЛ НАДХОДЖЕННЯ ГРОШОВИХ КОШТІВ

(1,5 дні — 10 академічних годин)

Огляд теми: Нині в Україні використовуються нові різновиди джерел фінансових надходжень. Вони включають медичне страхування, партнерство з приватними компаніями, здачу аптекам приміщень у оренду, а також деякі види оплати за послуги медичних працівників, що надходять від пацієнтів. Проте, застосування даних фінансових моделей не є масово поширеним або достатньо усвідомленим. У теперішній час багато з чинних планів страхування здоров'я (відомих як лікарняні каси) реалізуються лише у незначних масштабах, покриваючи обмежену частину потреб пацієнтів. Разом з тим, у міру того, як зростатимуть масштаби застосування вищезгаданих фінансових моделей, важливо, щоб менеджери лікарняних кас, а також менеджери, які працюють у лікарнях, розуміли, яким чином має встановлюватись оплата за окремі послуги, які заходи мають бути вжиті з метою запобігання проблем і як саме забезпечити гарантії того, щоб такі каси задовольняли потреби суспільства, не перетворюючись на канал корупції і нецільового використання фондів.

Завдання модуля

1. Учасники мають усвідомити законні можливості для збільшення фінансових надходжень і зменшення витрат у системі охорони здоров'я.
2. Учасники повинні зрозуміти механізми і фінансові наслідки таких альтернативних варіантів, навчитися їхньому продуктивному використанню на практиці.
3. Учасники мають усвідомити, що чинна система фінансування медицини спрямована на сплату за хворобу, а не на здоров'я пацієнта.

ЗМІСТ МОДУЛЯ

Лекція 1 (2 академічні години).

*Реформа системи фінансування закладів охорони здоров'я
(В. Пашенко).*

Практичний випадок 1 (3 академічні години).

*Реформування первинної медико-санітарної допомоги
на засадах нових форм господарсько-правових відносин
(В. Пашенко).*

Лекція 2 (2 академічні години).

*Лікарняна каса як форма соціального захисту населення і
додаткове джерело фінансування медичного закладу
(В. Пашенко).*

Практичний випадок 2 (3 академічні години).

*Організація лікарняної каси.
(В. Пашенко)*

Лекція 1

РЕФОРМА СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Віктор Пащенко

1

РЕФОРМА СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Пащенко В.М., доц. НМПО імені П.Л. Шупика

2

ДЕРЖАВНА СИСТЕМА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Згідно з бюджетним кодексом фінансування охорони здоров'я здійснюється децентралізовано бюджетами різних рівнів.

До видатків, що здійснюються з Державного бюджету України, належать видатки на амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну допомогу в багатопрофільних поліклініках і лікарнях, що виконують загальнодержавні функції.

З бюджету АРК фінансуються медичні заклади республіканського і обласного рівня, зокрема амбулаторно-поліклінічна і стаціонарна допомога в багатопрофільних поліклініках і лікарнях, диспансерах, медичних центрах, центрах здоров'я тощо.

3

Продовження попереднього слайда

З бюджету області фінансуються медичні заклади обласного рівня, амбулаторно-поліклінічна і стаціонарна допомога в закладах широкого профілю, пологові будинки, швидка і невідкладна медична допомога.

До видатків, що здійснюються з бюджетів сіл, селищ, міст районного значення, належать видатки на первинну медико-санітарну амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну медичну допомогу в дільничих лікарнях, амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах.

4

ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Об'єм бюджетного фінансування, попри його зростання, залишається дефіцитним.

Відбувається поступове заміщення безоплатної медичної допомоги платною як офіційною, так неофіційною характеру.

Реформування і утримання первинної ланки медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики — сімейної медицини неможливе коштами селищних рад, зважаючи на їх складне економічне становище.

Як результат недостатнього фінансування більше 50% медичного обладнання матеріально і технічно застаріле. Україна посідає останні місця в світі, коли йдеться про високотехнологічне обладнання.

Продовження попереднього слайду

Процес закупівель нової техніки пов'язаний з зловживаннями:

5

- ігноруються потреби сільських амбулаторій і районних лікарень. Перевага надається дороговартісному обладнанню;
- нерідко обладнання купується за підвищеними цінами;
- закуплене обладнання вчасно не вводиться в експлуатацію;
- обладнання використовується неефективно;
- унаслідок неефективного використання обладнання не задовольняються потреби населення в сучасних медичних обстеженнях.

Продовження попереднього слайду

Дефіцит коштів породжує дефіцит медичних працівників. У м. Києві не вистачає 2700 лікарів, 13 500 медичних сестер.

6

Статус медичного закладу як бюджетної установи значно звужує господарську самостійність керівника, зокрема:

- визначати оптимальну штатну структуру медичного закладу в силу існування нормативів штатного забезпечення;
- визначати оптимальну кількість ліжок із структури ліжкового фонду;
- запроваджувати додаткові стимули для персоналу в силу існування, з одного боку, жорстких тарифних ставок, а з другого — нормативних обмежень по залученню позабюджетних надходжень;
- залучати додаткові джерела фінансування;
- розпоряджатися майном.

7

- Таким чином, недоліки не обмежуються тільки недостатнім фінансуванням, а мають системний характер і можуть бути подолані лише шляхом реформування охорони здоров'я як системи в цілому.
- Отже, для подолання кризових явищ потрібно не просто залучити додаткові кошти, а змінити систему господарювання і пов'язану з цим систему фінансування.

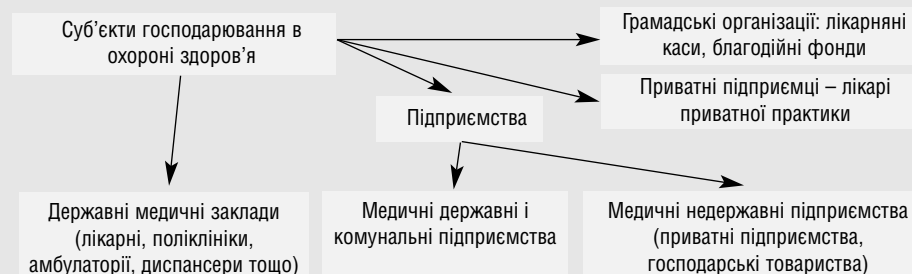
8

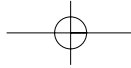
Оскільки права державних бюджетних установ, організацій порівняно з державним підприємством значно звужені, то деякі керівники медичних закладів хотіли б, в умовах недостатнього бюджетного фінансування і з метою збільшення можливостей по залученню додаткових джерел фінансування, розширити права медичного закладу шляхом одержання статусу медичного підприємства

Досвід країн колишнього СРСР (Вірменія, Естонія, Латвія, Литва), уряди яких надали право закладам охорони здоров'я бути самостійними об'єктами господарювання, доводить економічну ефективність такого рішення як інструмента підвищення якості і доступності медичної допомоги.

ВИДИ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЬСЬКОГО ПРАВА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

9





ОЗНАКИ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЬКОГО ПРАВА

Усі суб'єкти господарського права мають ряд ознак, що закріплені законодавчо:

- певну організаційно-правову форму;
- юридично відокремлене і закріплене за ними майно;
- господарську правосуб'єктність.

10

МЕТА ДІЯЛЬНОСТІ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЬКОГО ПРАВА

Кожен з видів суб'єктів господарського права створюється та діє з певною метою. Правовою формою, що регулює мету і предмет діяльності, є їхні установчі документи (установчий договір і статут). Право визначати цілі та предмет діяльності належить засновникам, які керуються законом, своїми інтересами і можливостями.

- Наприклад, підприємства створюються з метою одержання прибутку і мають право здійснювати будь-які види господарської діяльності, не забороненої законом (виробничої, науково-дослідної, комерційної).

11

Державні медичні заклади створюються державними органами для надання медичної допомоги населенню.

Метою діяльності громадської організації може бути задоволення і захист своїх законних соціальних, економічних, творчих, вікових, національних, культурних та інших спільних інтересів.

ПРАВА СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЬКОГО ПРАВА

Права суб'єктів можна кваліфікувати відповідно до їх змісту: засновницькі, майнові і права в галузі управління.

Засновницькі права ґрунтуються на положенні, визначеному в ст. 135 Господарського кодексу, згідно з якою власник "може використовувати майно для здійснення господарської та іншої, не забороненої законом, діяльності". Засновницькі права включають право на вільний вибір засновниками підприємства видів діяльності, право на вибір організаційно-правової форми підприємства, право на прийняття рішення про створення підприємства, право змінювати в установленому порядку як діяльність, так і форму підприємства.

12

МАЙНОВІ ПРАВА

До майнових прав можна віднести право власності на майно, право господарського відання або оперативного управління майном, можливість набувати на законних підставах майно – купувати, орендувати, одержувати в будь-який інший правомірний спосіб майно (рухоме і нерухоме); вести господарську і комерційну діяльність; бути у зв'язку з цим позивачем і відповідачем у суді, арбітражному суді.

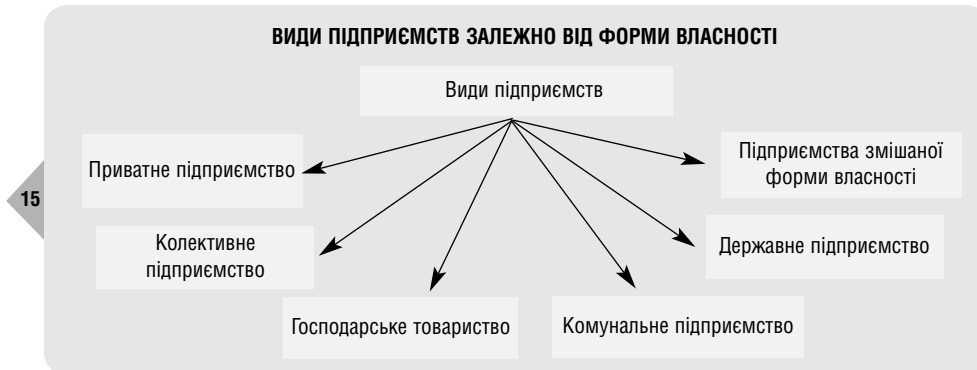
13

ПРАВА В ГАЛУЗІ УПРАВЛІННЯ

До управлінських належать права:

- самостійно визначати структуру підприємства, тобто кількість і склад його структурних підрозділів;
- приймати і змінювати статут та інші установчі документи;
- затверджувати положення про структурні підрозділи;
- формувати органи управління і контролювати їхню діяльність, призначати посадових осіб, визначати їхні обов'язки.

14



15

16

Підприємство – це самостійний господарський суб'єкт, створений і зареєстрований у встановленому законом порядку для здійснення господарської діяльності з метою задоволення суспільних потреб у товарі (продукції, роботах, послугах) і одержання прибутку.

17

ЗАСНУВАННЯ ПІДПРИЄМСТВ

Засновниками (співзасновниками) можуть бути фізичні і юридичні особи. Таким правом безпосередньо наділені власники майна, а також уповноважені ними органи.

Господарське законодавство регулює також способи створення підприємств. Підприємство може бути створене:

- згідно з рішенням одного чи кількох власників або уповноваженого ним/ними органу;
- внаслідок примусового поділу підприємства згідно з рішенням Антимонопольного комітету України;
- шляхом реорганізації діючого підприємства, тобто виділення із складу діючого підприємства одного або кількох структурних підрозділів за рішенням трудових колективів, якщо на те є згода власника чи уповноваженого ним органу.

18

РЕЄСТРАЦІЯ ПІДПРИЄМСТВ

За наявності всіх документів реєстрація підприємства здійснюється в термін не більше 5 робочих днів. Протягом цього часу заявнику видається свідоцтво про державну реєстрацію, що дає право відкривати рахунок в банку. Орган реєстрації має подати в 10-денний термін у відповідні податкові органи та органи державної статистики відомості про реєстрацію.

19

ПРАВА ПІДПРИЄМСТВА

1. Підприємство самостійно планує свою діяльність виходячи з державного замовлення, договорів з партнерами і ринкової ситуації.
2. Підприємство самостійно реалізує свою продукцію і визначає ціни, якщо інше не передбачене законом.
3. Підприємство самостійно визначає структуру управління і формує штатний розпис.
4. Власник підприємства, або уповноважений ним орган самостійно визначає фонд оплати праці та посадові оклади працівників.
5. Підприємство самостійно розпоряджається прибутком, що залишається після сплати податків
6. Підприємство самостійно здійснює зовнішньоекономічну діяльність
7. Підприємство взаємодіє з вищими органами на договірній основі.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО ДЕРЖАВНОГО ПІДПРИЄМСТВА

- Мета діяльності: одержання прибутку і виконання завдань, покладених на медичний заклад державою.
- Підприємство взаємодіє з керівними органами на договірній основі.
- Державне майно знаходиться на підприємстві на правах господарського відання.
- Підприємство відповідає по своїм зобов'язанням всіма активами свого балансу.
- Держава не відповідає по зобов'язанням підприємства.
- Державне медичне підприємство перебуває на самофінансуванні.

20

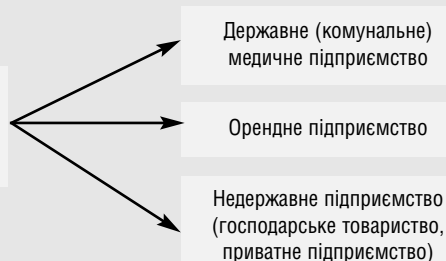
ХАРАКТЕРИСТИКА БЮДЖЕТНОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

- Мета діяльності: виконання завдань, покладених на медичний заклад державою.
- Медичний заклад взаємодіє з керівними органами на основі підпорядкування.
- Державне майно знаходиться в закладі на правах оперативного управління.
- Медичний заклад відповідає по своїм зобов'язанням фінансовими активами.
- У разі неможливості медичного закладу виконати свої зобов'язання за них відповідає держава.
- Державний медичний заклад фінансується з бюджету.

21

РЕФОРМУВАННЯ СТАТУСУ ДЕРЖАВНИХ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ

Напрямки реформування статусу державних (комунальних) медичних установ



22

У результаті порівняння статусу медичного закладу і медичного підприємства можна зробити висновки:

- для бюджетного закладу характерна більш жорстка, ніж для підприємства, регламентація з боку держави господарської і фінансової діяльності;
- якщо медичний заклад набуває статусу підприємства (навіть державного), то він має більше управлінських і майнових прав;
- свої взаємини з місцевою владою медичне підприємство будує на договірній основі. Фінансування гарантованого об'єму медичної допомоги населенню здійснюється за контрактом як державне замовлення згідно з законом України "Про поставки продукції для державних потреб".

23

ЗМІНА СТАТУСУ ДОЗВОЛЯЄ:

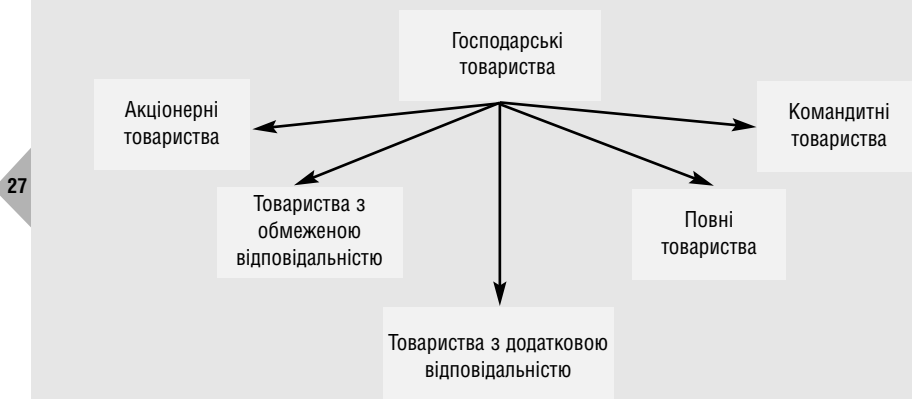
- 24
- конкретизувати і забезпечити фінансові зобов'язання держави перед пацієнтами;
 - реалізувати ініціативу керівників і підвищити ефективність використання ресурсів у галузі охорони здоров'я;
 - залучити до розвитку галузі позабюджетні кошти і поліпшити матеріально-технічний стан закладів охорони здоров'я;
 - створити стимули до продуктивної праці для медичних працівників і зберегти досвідчені кадри.

ОРЕНДНІ ПІДПРИЄМСТВА

- 25
- Орендним визнається підприємство, створене орендарем на основі оренди цілісного майнового комплексу існуючого державного (комунального) підприємства чи організації або їх структурного підрозділу з метою здійснення підприємницької діяльності.
 - У галузі охорони здоров'я орендарем є юридична особа, утворена членами трудового колективу медичного закладу, майновий комплекс якого є об'єктом оренди. Орендодавцем щодо майнових комплексів, що належать до державної або комунальної власності, є Фонд державного майна України і його регіональні відділення, а також органи, уповноважені місцевими радами управляти майном.

ПОРЯДОК СТВОРЕННЯ ОРЕНДНОГО ПІДПРИЄМСТВА

- 26
- Рішення трудового колективу медичного закладу про оренду цілісного майнового комплексу.
 - Заснування господарського товариства.
 - Господарське товариство звертається у відповідний орган управління охороною здоров'я з проханням підтримати ініціативу трудового колективу про передачу в оренду цілісного майнового комплексу медичного закладу.
 - Погодження рішення про оренду з державним чи місцевим органом управління охороною здоров'я.
 - Одержання дозволу на оренду майна від Кабінету Міністрів (для державних медичних закладів), або до місцевої ради (для медичних закладів комунальної власності).
 - Укладання договору про оренду між орендодавцем і орендарем.

ГОСПОДАРСЬКІ ТОВАРИСТВА В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

**ПРИВАТНА МЕДИЧНА ПРАКТИКА БЕЗ
ОРГАНІЗАЦІЇ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ
(ПІДПРИЄМСТВА)**

28

Лікар, який вирішив займатися приватною медичною практикою, повинен в обов'язковому порядку зареєструватись як суб'єкт підприємницької діяльності – фізична особа в органах державної реєстрації за місцем проживання.

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ФОРМИ
АМБУЛАТОРІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

- Амбулаторія як структурний підрозділ.
- Амбулаторія як самостійний господарський суб'єкт – юридична особа.
- Амбулаторія як бюджетна організація – медичний заклад.
- Амбулаторія як державне підприємство.
- Амбулаторія як недержавне підприємство.
- Амбулаторія сімейного лікаря – лікар-підприємець – фізична особа.

30

РЕЄСТРАЦІЯ ПІДПРИЄМЦЯ

29

- Підприємець має зареєструватися:
 - у органах державної реєстрації СПД;
 - у органах державної податкової адміністрації;
 - у органах Пенсійного фонду України, Фонду соціального страхування;
- у разі використання найманої праці обов'язковою є реєстрація в органах фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття, а також в органах Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань;
- одержати печатку і штампи;
- відкрити рахунок у банку.

**ВЗАЄМИНИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ – ПРИВАТНОГО
ПІДПРИЄМЦЯ З ОРГАНАМИ ВЛАДИ**

- Сімейний лікар – приватний підприємець будує свої відносини з місцевими органами влади (адміністрацією) на договірній основі.
- Бюджетні кошти сімейному лікарю виділяються за подушним нормативом. Така оплата за надані послуги (за рахунок бюджетних коштів) визначається як часткове фондоутримання.
- На одержані кошти лікар утримує орендований будинок і обладнання, проводить поточний ремонт, сплачує за використання енергоносіїв і комунальні послуги, забезпечує амбулаторію потрібними медикаментами для невідкладної допомоги, виплачує заробітну плату найманим працівникам.

31

Коментарі до слайдів

Слайд 1. Реформа системи фінансування закладів охорони здоров'я.

Слайд 2. Згідно з бюджетним кодексом фінансування охорони здоров'я здійснюється децентралізовано бюджетами різних рівнів.

1. До видатків, що здійснюються з державного бюджету України належать видатки:

- на первинну медико-санітарну допомогу, амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну допомогу в багатoproфільних поліклініках і лікарнях, що виконують загальнодержавні функції;
- спеціалізовану і високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну медичну допомогу в спеціалізованих лікарнях, центрах, госпіталях;
- санаторно-курортну медичну допомогу для дітей, ветеранів, хворих на туберкульоз;
- санітарно-епідеміологічний нагляд.

2. З бюджету АРК фінансуються медичні заклади республіканського і обласного рівня, зокрема первинна медико-санітарна допомога, амбулаторно-поліклінічна і стаціонарна допомога в багатoproфільних поліклініках і лікарнях, диспансерах, медичних центрах, будинки дитини, станції переливання крові, центри здоров'я тощо.

Слайд 3. (продовження попереднього слайду).

3. З бюджету області фінансуються медичні заклади республіканського і обласного рівня, зокрема первинна медико-санітарна допомога, амбулаторно-поліклінічна і стаціонарна допомога в закладах широкого профілю, пологові будинки, швидка і невідкладна медична допомога.

4. До видатків, що здійснюються з бюджетів сіл, селищ, міст районного значення належать видатки на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну медичну допомогу в дільничних лікарнях, амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах.

Слайд 4. Стан фінансування системи охорони здоров'я України характеризується такими особливостями:

1) об'єм бюджетного фінансування, незважаючи на його зростання, залишається дефіцитним і, за даними експертів, становить від половини до третини потреби. Консолідований бюджет становить в 2008 р. 32,1 млрд грн або 3,6% від ВВП. Таким чином на 1 людину припадає 689 грн (135 дол.).

Відбувається поступове заміщення безоплатної медичної допо-

моги платною як офіційного, так неофіційного характеру. Динаміка питомої ваги бюджетних і позабюджетних джерел фінансування відповідно до офіційних даних за останні 10 років свідчить про зростання в структурі надходжень позабюджетних джерел фінансування з 18% до 38%;

- 2) реформування і утримання первинної ланки медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики — сімейної медицини неможливе коштами селищних рад, зважаючи на їх скрутне економічне становище;
- 3) як результат недостатнього фінансування, більше 50% медичного обладнання — застаріле. Україна посідає останні місця в світі, коли йдеться про високотехнологічне обладнання.

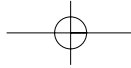
Слайд 5. Процес закупівель нової техніки пов'язаний із зловживаннями:

- ігноруються потреби сільських амбулаторій і районних лікарень. Перевага надається дороговартісному обладнанню, де практикують відкати до 40% вартості обладнання;
- нерідко обладнання купується за підвищеними цінами.
- закуплене обладнання вчасно не вводиться в експлуатацію. У 2007 р. на закупівлю обладнання було витрачено 347 млн грн. До вересня 2008 р. майже 70% обладнання не було введено в експлуатацію;
- обладнання введено в експлуатацію використовується неефективно, наприклад в ЄС на одному мамографі за зміну обстежують 50 хворих, в Україні — 6;
- внаслідок неефективного використання обладнання не задовольняються потреби населення в сучасних медичних обстеженнях.

Слайд 6. Дефіцит коштів породжує дефіцит медичних працівників. У м. Києві не вистачає 2700 лікарів, 13 500 медичних сестер. За останні роки за кордон виїхало 6 000 лікарів. Медичні сестри перевантажені, виконують до 40–50 крапельниць за зміну при заробітній платі 700–800 грн у місяць. Статус медичного закладу як бюджетної установи значно звужує господарську самостійність керівника, зокрема:

- визначати оптимальну штатну структуру медичного закладу в силу існування нормативів штатного забезпечення, що розробляються МОЗ України;
- визначати оптимальну кількість ліжок і структуру ліжкового фонду;
- запроваджувати додаткові стимули для персоналу в силу існування, з одного боку, жорстких тарифних ставок, а з іншого боку, — нормативних обмежень щодо залучення позабюджетних надходжень;
- залучати додаткові джерела фінансування;
- розпоряджатися майном.

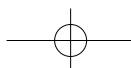
- Слайд 7.** Таким чином, недоліки не обмежуються тільки недостатнім фінансуванням, а мають системний характер і можуть бути подолані тільки шляхом реформування охорони здоров'я як системи в цілому. Отже, для подолання кризових явищ потрібно не просто залучити додаткові кошти, а змінити систему господарювання і пов'язану з цим систему фінансування.
- Слайд 8.** Оскільки права державних установ, організацій порівняно з державним підприємством значно звужені, то деякі керівники медичних закладів хотіли б, в умовах недостатнього бюджетного фінансування і з метою збільшення можливостей щодо залучення додаткових джерел фінансування, розширити права медичного закладу шляхом одержання статусу медичного підприємства. Особливо це стосується стоматологічної служби. Нині практика надання стоматологічних платних послуг у державних закладах охорони здоров'я у вигляді госпрозрахункової діяльності з юридичної точки зору розглядається як підприємницька діяльність. Виявилась суперечність між юридичною формою існування і фактичним змістом господарювання. За хронічним дефіцитом бюджетних коштів існування стоматологічних поліклінік як бюджетних закладів гальмує подальший розвиток стоматологічної служби в умовах ринкових відносин. Досвід країн колишнього СРСР (Вірменія, Естонія, Латвія, Литва), уряди яких надали право закладам охорони здоров'я бути самостійними об'єктами господарювання, свідчить про економічну ефективність такого рішення як інструмента підвищення якості і доступності медичної допомоги.
- Слайд 9.** У сфері економіки виникають і діють різні господарські відносини між самостійними господарюючими суб'єктами — суб'єктами господарського права, що пов'язані з їхньою господарською діяльністю. Суб'єкти господарювання самостійно здійснюють господарську діяльність, мають відокремлене майно і несуть відповідальність за своїми зобов'язаннями в межах цього майна, крім випадків, передбачених законом. Суб'єктами господарського права в галузі охорони здоров'я є всі види державних медичних закладів, що фінансуються з бюджету (лікарні, диспансери, поліклініки), державні медичні госпрозрахункові заклади, державні медичні підприємства, недержавні медичні підприємства різних організаційно-правових форм (акціонерних товариств, товариств з обмеженою відповідальністю тощо), дочірні підприємства.
- Слайд 10.** Всі суб'єкти господарського права мають ряд ознак, що закріплені законодавчо. Першою ознакою є організаційно-правова форма, яку можна визначити як передбачену або санкціоновану правом ор-



ганізаційну структуру, де здійснюється господарська чи управлінська діяльність суб'єкта господарського права. Другою ознакою суб'єкта господарського права є юридично відокремлене і закріплене за ним майно у формі основних фондів, обігових коштів, інших цінностей. У майновому відношенні суб'єкт господарського права є самостійним. Правовий статус (титул) майна визначається законами і статутом. Третьою ознакою суб'єкта господарського права є його господарська правосуб'єктність. Це означає, що суб'єкт господарського права має можливість набувати від свого імені майнові і особисті немайнові права, вступати в зобов'язання, виступати в судових органах. Суб'єкти господарського права (крім підрозділів організацій і громадян-підприємців) є юридичними особами.

Слайд 11. Кожен з видів суб'єктів господарського права створюється і діє з певною метою. Правовою формою, що регулює мету і предмет діяльності, є їхні установчі документи (установчий договір і статут). Право визначати цілі і предмет діяльності належить засновникам, які керуються законом, своїми інтересами і можливостями. Наприклад, підприємства є комерційними організаціями і, за законом, з метою одержання прибутку мають право здійснювати будь-які види господарської діяльності, не забороненої законом: виробничої, науково-дослідної, комерційної. Державні медичні заклади створюються державними органами для надання медичної допомоги населенню. Їх мета визначається статутом чи положенням, що затверджуються місцевою адміністрацією. Метою діяльності громадської організації може бути задоволення і захист своїх законних соціальних, економічних, творчих, вікових, національних, культурних та інших спільних інтересів

Слайд 12. Для досягнення визначених цілей і завдань усі юридичні особи наділені певними правами, захист яких гарантує держава. Права суб'єктів визначаються господарським законодавством залежно від їхніх видів: права підприємств у їхніх об'єднань, фінансових і посередницьких інститутів, медичних закладів, органів державної влади. Права суб'єктів можна кваліфікувати відповідно до їх змісту: засновницькі, майнові і права в галузі управління. Засновницькі права ґрунтуються на положенні, визначеному в ст. 135 Господарського кодексу, згідно з яким власник «може використовувати майно для здійснення господарської та іншої, не забороненої законом, діяльності». Засновницькі права включають право на вільний вибір засновниками підприємства видів діяльності, право на вибір організаційно-правової форми підприємства, право на прийняття рішення про створення



підприємства, право змінювати в установленому порядку як діяльність, так і форму підприємства.

Слайд 13. Майнові права суб'єктів поділяються на загальні і спеціальні. Загальні права підприємств, господарських об'єднань урегульовані на підставі ст. 133–139 Господарського кодексу. До загальних можна віднести права:

- мати майно на правах власності, повного господарського відання або оперативного управління, купувати основні фонди, обігові кошти, інші цінності, вартість яких відображається на самостійному балансі підприємства;
- вести господарську і комерційну діяльність; бути у зв'язку з цим позивачем і відповідачем у суді, арбітражному суді, захищати свої майнові права від імені підприємства;
- набувати на законних підставах майно — купувати, орендувати, одержувати в будь-який інший правомірний спосіб майно (рухоме і нерухоме);
- розпоряджатися майном згідно з статутом — продавати, обмінювати, здавати в оренду, заставляти, надавати тимчасово у безоплатне користування, списувати зношені основні фонди з балансу.

Крім розглянутих загальних прав, підприємства можуть мати і спеціальні майнові права в сфері випуску і обігу цінних паперів: акцій, облігацій підприємств, ощадних, інвестиційних сертифікатів, векселів. Підприємства мають право випускати тільки ті види цінних паперів, які визначені для них законом.

Слайд 14. Права в галузі управління. Підприємства та інші суб'єкти господарського права самостійно управляють своєю діяльністю і справами. Порядок здійснення управління регулюється статутними актами згідно з принципами, визначеними законодавством. Основним є принцип поєднання прав власника на господарське використання свого майна з самоуправлінням трудового колективу. Власник здійснює свої управлінські права як безпосередньо (приватне чи колективне підприємство), так і через уповноважені ним органи (державні підприємства, господарські товариства).

До управлінських належать права:

- самостійно визначати структуру підприємства, тобто кількість і склад його структурних підрозділів;
- приймати і змінювати статут та інші установчі документи;
- затверджувати положення про структурні підрозділи;
- формувати органи управління і контролювати їхню діяльність, призначати посадових осіб, визначати їхні обов'язки.

Склад і повноваження органів управління підприємства залежать

від форми власності, на якій підприємство засноване. Це питання визначається статутними документами.

Слайд 15. Законодавство України передбачає класифікацію підприємств за їхньою організаційно-правовою формою залежно від форм власності: приватні, колективні, державні, спільні та іноземні підприємства. Приватне підприємство — це організаційно-правова форма підприємства, заснованого на власності фізичної особи. У приватному підприємстві часто власність і управління майном не розмежовуються: власник підприємства часто одночасно є і підприємцем, який безпосередньо бере участь в управлінні підприємством.

Колективне підприємство — це організаційно-правова форма підприємства, заснованого на власності трудового колективу.

Господарське товариство створене шляхом об'єднання грошових коштів і майна фізичних і (або) юридичних осіб для заняття підприємницькою діяльністю.

Комунальне підприємство — це підприємство, засноване на власності відповідної територіальної громади, зокрема на власності району, міста, області.

Державне підприємство — це підприємство, що діє на основі державної власності.

Спільне підприємство створене на змішаній формі власності (на базі об'єднання майна різних форм власності).

Слайд 16. Поняття «підприємство» є узагальнюючим. Воно визначає підприємства як суб'єкти господарювання стосовно всіх форм і видів власності, а також є загальногалузевим, тобто визначає підприємства в промисловості, сільському господарстві, торгівлі, охороні здоров'я.

Таким чином, підприємство — це самостійний господарський суб'єкт, створений і зареєстрований у встановленому законом порядку для здійснення господарської діяльності з метою задоволення суспільних потреб у товарі (продукції, роботах, послугах) і одержання прибутку, що діє на підставі статуту, користується правами і виконує обов'язки щодо своєї діяльності, є юридичною особою, має самостійний баланс, рахунок в банку, печатку з назвою і відповідає за своїми зобов'язаннями всіма активами свого балансу.

Слайд 17. Засновниками (співзасновниками) можуть бути фізичні і юридичні особи, крім випадків, передбачених законодавчими актами України. Таким правом безпосередньо наділені власники майна, а також уповноважені ними органи. Засновники реалізують засновницькі права шляхом обрання організаційної форми підприємства; визначення цілей і предмета його діяльності; прийняття рішення про його створення; затвердження в установленому порядку статуту;

передачі безоплатно на баланс підприємства основних фондів і обігових коштів; формування органів управління, визначення у статуті їх повноважень.

Господарське законодавство регулює також способи створення підприємств. Підприємство може бути створене:

- згідно з рішенням одного чи кількох власників або уповноваженого ним/ними органу;
- внаслідок примусового поділу підприємства згідно з рішенням Антимонопольного комітету України;
- шляхом реорганізації діючого підприємства, тобто виділення із складу діючого підприємства одного або кількох структурних підрозділів за рішенням трудових колективів, якщо на те є згода власника чи уповноваженого ним органу.

Підприємства можуть створювати на території України і за її межами суб'єкти господарського права без права юридичної особи — свої відособлені підрозділи: філії, представництва, відділення тощо — з правом відкриття поточних і розрахункових рахунків.

Слайд 18. Державна реєстрація підприємств є обов'язковою і здійснюється відповідно до господарського кодексу.

Підприємство вважається створеним, набуває прав і обов'язків як юридична особа з дня його державної реєстрації.

За наявності всіх документів реєстрація підприємства здійснюється в термін не більше п'яти робочих днів. Протягом цього часу заявнику видається свідоцтво про державну реєстрацію, що дає право відкривати рахунок у банку. Орган реєстрації має подати в десятиденний термін у відповідні податкові органи і органи державної статистики відомості про реєстрацію.

Відмова у державній реєстрації можлива лише з двох підстав: у разі порушення встановленого законом порядку створення підприємств; у разі невідповідності установчих документів вимогам законодавства. Не допускається відмова в державній реєстрації підприємства з мотиву його недоцільності.

Скасування державної реєстрації може бути добровільним за заявою підприємства або примусовим на підставі рішення суду, арбітражного суду.

Слайд 19. Права підприємства щодо ведення господарської діяльності значно більші порівняно з правами бюджетної організації:

1. Підприємство самостійно планує свою діяльність, виходячи з державного замовлення, договорів з партнерами, ринкової ситуації, та визначає перспективу розвитку виробництва.
2. Підприємство самостійно реалізує свою продукцію і визначає ціни, якщо інше не передбачене законом.

3. Підприємство самостійно визначає структуру управління і формує штатний розпорядок.
4. Власник підприємства, або уповноважений ним орган, самостійно визначає фонд оплати праці і посадові оклади працівників, а також інші види доходів згідно з чинним законодавством. Трудові доходи найманого працівника визначаються трудовим договором. Підприємства можуть використовувати тарифні сітки, що встановлюються галузевими міністерствами як орієнтири.
5. Підприємство самостійно розпоряджається прибутком, що залишається після сплати податків.
6. Підприємство самостійно здійснює зовнішньоекономічну діяльність.
7. Підприємство взаємодіє з вищими органами на договірній основі.

Слайд 20. Господарська діяльність державного бюджетного медичного закладу має такі характеристики:

- 1) мета діяльності медичного закладу полягає у виконанні завдань, покладених на нього державою;
- 2) медичний заклад взаємодіє з керівними органами на основі підпорядкування;
- 3) державне майно перебуває в закладі на правах оперативного управління;
- 4) медичний заклад відповідає за своїми зобов'язаннями фінансовими активами;
- 5) у разі неможливості медичного закладу виконати свої зобов'язання за них відповідає держава;
- 6) державний медичний заклад фінансується з бюджету.

Статус бюджетної установи значно звужує можливості медичного закладу по залученню додаткових позабюджетних джерел фінансування і, як наслідок, не дозволяє забезпечувати конституційні права громадян на отримання доступної, кваліфікованої медичної допомоги на безоплатній основі

Слайд 21. Порівняно з бюджетним закладом медичне підприємство, навіть державне, має ширші майнові і управлінські права:

- 1) мета діяльності полягає не тільки у виконанні завдань, покладених на медичний заклад державою, але і в одержанні прибутку;
- 2) підприємство взаємодіє з керівними органами на договірній основі, а не на основі підпорядкування як бюджетна установа;
- 3) державне майно перебуває на підприємстві на правах господарського відання, а не оперативного управління;
- 4) підприємство відповідає по своїм зобов'язанням всіма активами свого балансу, на відміну від бюджетної установи, яка відповідає тільки фінансовими активами;

5) держава не відповідає по зобов'язанням підприємства.

Державне медичне підприємство перебуває на самофінансуванні.

Слайд 22. Реформування статусу державних медичних закладів відповідно до чинного законодавства може здійснюватися у трьох напрямках. Державне чи комунальне медичне підприємство (після державного, комунального закладу) — найбільш керований з боку держави медичний заклад, оскільки держава є власником майна і за законом як власник вирішує ключові питання діяльності.

Орендне підприємство, створене трудовим колективом шляхом оренди державного (комунального) майна медичного закладу, порівняно з державним підприємством має більше повноважень щодо господарської і фінансової діяльності, ніж державне (комунальне) підприємство.

Недержавне медичне підприємство повністю вільне у вирішенні питань господарської, фінансової діяльності відповідно до Господарського кодексу.

Слайд 23. В результаті порівняння статусу медичного закладу і медичного підприємства можна зробити висновки:

- 1) для бюджетного закладу характерна більш жорстка, ніж для підприємства, регламентація з боку держави господарської і фінансової діяльності;
- 2) якщо медичний заклад набуває статусу підприємства (навіть державного), то він має більше управлінських і майнових прав;
- 3) свої взаємини з місцевою владою медичне підприємство буде на договірній основі. Фінансування гарантованого об'єму медичної допомоги населенню здійснюється за контрактом, як державне замовлення згідно з Законом України «Про поставки продукції для державних потреб».

Слайд 24. Введення нової організаційно-правової форми дозволить забезпечити ефективне функціонування основної частини закладів охорони здоров'я:

- 1) конкретизувати і забезпечити фінансові зобов'язання держави перед пацієнтами;
- 2) реалізувати ініціативу керівників і підвищити ефективність використання ресурсів у галузі охорони здоров'я;
- 3) залучити до розвитку галузі позабюджетні кошти і поліпшити матеріально-технічний стан закладів охорони здоров'я;
- 4) створити стимули до продуктивної праці для медичних працівників і зберегти досвідчені кадри.

Слайд 25. Одним із шляхів отримання господарської самостійності є перехід трудового колективу медичного закладу на оренду майна цього закладу.

1. Орендним визнається підприємство, створене орендарем на основі оренди цілісного майнового комплексу існуючого державно-

го (комунального) підприємства чи організації або їх структурного підрозділу з метою здійснення підприємницької діяльності.

2. У галузі охорони здоров'я орендарем є юридична особа, утворена членами трудового колективу медичного закладу, майновий комплекс якого є об'єктом оренди. Орендадавцем щодо майнових комплексів, що належать до державної або комунальної власності, є Фонд державного майна України і його регіональні відділення, а також органи, уповноважені місцевими радами управляти майном.

В Україні перехід на оренду здійснив колектив Херсонської обласної стоматологічної поліклініки. Після переходу на оренду відповідно до укладеної угоди з обласною адміністрацією Херсонська обласна стоматполіклініка продовжувала виконувати організаційно-методичну, консультативну, інформаційно-аналітичну функцію. Автори відзначають, що за чотири роки роботи на оренді ця поліклініка досягла певних успіхів.

Слайд 26. Створення орендного підприємства здійснюється в кілька етапів:

- 1) рішення трудового колективу медичної установи про оренду цілісного майнового комплексу;
 - 2) заснування господарського товариства;
 - 3) господарське товариство звертається у відповідний орган управління охороною здоров'я з проханням підтримати ініціативу трудового колективу про передачу в оренду цілісного майнового комплексу медичного закладу;
 - 4) погодження рішення про оренду з державним чи місцевим органом управління охороною здоров'я;
 - 5) одержання дозволу на оренду майна від Кабінету Міністрів (для державних медичних закладів), або до місцевої ради (для медичних закладів комунальної власності);
 - 6) укладання договору про оренду між орендодавцем і орендарем.
- Наведена методика створення орендного підприємства була використана при переході на оренду Херсонської обласної стоматологічної поліклініки.

Слайд 27. Господарські товариства серед підприємств недержавної форми власності посідають в охороні здоров'я за своєю поширеністю перше місце.

Головною особливістю, за якою товариство відрізняється від інших суб'єктів права (не товариств) є об'єднання на підставі угоди майна і зусиль учасників — фізичних і/або юридичних осіб для спільної господарської діяльності з метою одержання прибутку. Всі товариства згідно з законом є юридичними особами, діють на підставі установчих документів, затверджених учасниками, мають власні назви із зазначенням організаційно-правової форми товариства.

- Слайд 28.** Однією з форм реформування первинної медико-санітарної допомоги є реєстрація дільничного лікаря як приватнопрактикуючого лікаря загальної практики — сімейної медицини. Лікар, який вирішив займатись приватною медичною практикою, повинен в обов'язковому порядку зареєструватись як суб'єкт підприємницької діяльності — фізична особа в органах державної реєстрації за місцем проживання.
- Слайд 29.** Обов'язковою умовою здійснення приватної медичної практики є реєстрація лікаря як приватного підприємця в органах місцевої влади:
- 1) в органах державної реєстрації СПД;
 - 2) в органах державної податкової адміністрації;
 - 3) в органах Пенсійного фонду України, Фонду соціального страхування;
 - 4) у разі використання найманої праці обов'язковою є реєстрація в органах Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття, а також в органах Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань;
 - 5) одержання печаток та штампів;
 - 6) відкриття рахунків у банку.
- Слайд 30.** Організаційно-правові форми лікарської амбулаторії:
- 1) амбулаторія як структурний підрозділ;
 - 2) амбулаторія як самостійний господарський суб'єкт — юридична особа;
 - 3) амбулаторія як бюджетна організація — медичний заклад;
 - 4) амбулаторія як державне підприємство;
 - 5) амбулаторія як недержавне підприємство;
 - 6) амбулаторія сімейного лікаря — лікар-підприємець — фізична особа.
- Слайд 31.** Взаємодія сімейного лікаря — приватного підприємця з органами влади.
1. Сімейний лікар — приватний підприємець будує свої відносини з місцевими органами влади (адміністрацією) на договірній основі.
 2. Бюджетні кошти сімейному лікареві виділяються за подушним нормативом. Така оплата за надані послуги (за рахунок бюджетних коштів) визначається як часткове фондоутримання.
 3. На одержані кошти лікар утримує орендований будинок і обладнання, проводить поточний ремонт, сплачує за використання енергоносіїв і комунальні послуги, забезпечує амбулаторію потрібними медикаментами для невідкладної допомоги, виплачує заробітну плату найманим працівникам.

Практичний випадок 1

РЕФОРМУВАННЯ
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
НА ЗАСАДАХ НОВИХ ФОРМ
ГОСПОДАРСЬКО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН

Віктор Пашенко

Микола Петрович неодноразово перегортав Господарський кодекс і думав, як він зміг би використати всю цю інформацію, щоб якось покращити фінансування своєї лікарні. Лікар ще перечитав кодекс, але ніяк не міг уявити, як можна втілити законодавство на практиці. Він був дуже невдоволений через те, що вже півроку як повернувся з шестимісячного циклу спеціалізації за фахом «Загальна лікарська практика — сімейна медицина», що проводився кафедрою сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти, одержав стільки корисної і цікавої нової інформації щодо покращання своєї роботи, але до цього часу ніяких зрушень не відбулося, тому що його лікарня з застарілим обладнанням і хронічним браком фінансування не давала йому змоги застосувати нові знання на практиці. Як можна проводити діагностичні обстеження серцево-судинних хворих, якщо навіть єдиний кардіограф поламаний і такий старий, що не підлягає ремонту? До якого часу можна користуватись апаратами Ріва-Роччі, коли є сучасні і зручні електронні апарати для вимірювання тиску? Немає сучасного лабораторного обладнання, стоматологічне крісло треба замінити.

Микола Петрович і його колеги потерпали через неможливість через обмеженість ресурсів реалізувати свої ідеї щодо впровадження сучасних медичних технологій профілактики і лікування. Дільнична лікарня обслуговувала 6,1 тис. населення. У складі лікарні був стаціонар на 20 ліжок, амбулаторія з кабінетами для прийому терапевтичних, хірургічних і акушерсько-гінекологічних хворих. У лікарні працював головний лікар, 2 сімейних лікарів, хірург на півставки, педіатр і 12 працівників середнього і молодшого медперсоналу. На території дільниці працювало 2 ФАПі. Незважаючи на брак коштів, сучасного обладнання і недостатне

забезпечення лікарськими засобами, медичний персонал приклав багато зусиль, усі знання і уміння в наданні медичної допомоги місцевому населенню.

Ще кілька місяців і бажання працювати по-новому, нове бачення своєї роботи, з яким Микола Петрович приїхав з навчання, зникне. Алі куди дінешся? Він з сумом подивився в невелике віконце свого кабінету, потім на квіти в горщиках, що стояли на підвіконні, охайно побілені свіжою крейдою стіни, чисто вимиту дерев'яну підлогу і подумав про Марію Іванівну, яка вже 35 років працює санітаркою. У неї завжди чисто, всі речі на місцях. Біля рукомийника завжди свіжий рушник, халати сумлінно випрасувані, корзинки очищені від сміття. Коли Микола Петрович прийшов сюди головним лікарем, Марія Іванівна вже працювала тут санітаркою. Працьовита, сумлінна, доброзичлива, привітна. Він почував себе винним через те, що як керівник не може преміювати її за наполегливу працю та старанність.

Микола Петрович згадав Алевтину Михайлівну, яка працювала акушеркою. Свою справу вона знає дуже добре, але під гарячу руку їй краще не попадатись. В Алевтини Михайлівни досить тяжке життя — велике господарство, двоє дітей, а чоловік не допомагає, тому що поїхав на заробітки. Їй доводиться тяжко працювати з раннього ранку до пізньої ночі. А вже на заробітну плату в лікарні нелегко прожити та ще й дітей треба вивчити. Чого ж дивуватися, що вона часто буває знервована.

У цьому році виникла проблема з ремонтом опалення. Треба міняти труби, бо вони надто старі і не витримують експлуатації. Ще трохи і в лікарні буде прохолодно. Минулого року запізнився з ремонтом опалення — взимку труби прорвало і хворі мало не замерзли. Паливо все дорожчає. А в котельні обладнання працює більше 40 років. Дуже витратне. От якби його поміняли на сучасне, автоматизоване. Палива треба було б менше майже наполовину. Іноді, постійні турботи і проблеми управління лікарнею змушували Миколу забувати про все на світі. Але існували деякі серйозні проблеми зі здоров'ям сільського населення, які треба було вирішувати всією спільнотою.

Лікар згадав минулі збори сільської ради, де він доповідав про захворюваність і стан медичної допомоги в районі. Особливо його турбував рівень травматизму на фермерських господарствах, де використовують найману працю. Господарі таких ферм зовсім не турбуються про стан безпеки праці своїх робітників. На папері все добре: робітники проінструктовані, підходи до небезпечних ділянок огорожені, рухомі частини механізмів захищені кожуха-

ми безпеки. А насправді велика кількість травм траплялася на цих фермах через недбалість людей. Ось на минулому тижні знову нещасний випадок — рука робітника потрапила під ніж соломорізки. Добре, що обійшлося без ампутації — вчасно надали первинну медичну допомогу і відправили до районної лікарні. Однак рівень травматизму все одно залишається високим і вимагає рішучих заходів. Без підтримки сільської ради травматизм не зменшити. Та й громадськість треба залучати. Якщо кожний не усвідомить відповідальність за свою ж безпеку, нічого не зрушить з місця.

Уже 20 років як Микола Петрович працює головним лікарем сільської дільничої лікарні. За цей час він уже встиг пережити спробу реорганізації лікарні в лікарську амбулаторію. Тоді на черзі було питання ліквідації ліжкового фонду. Чим більше Микола Петрович замислювався, тим більше розумів, що ніяк не можна ліквідувати вже існуючі ліжка. Він просто не зможе без них обійтися. Бо хто ж тоді потурбується про хворих людей похилого віку? Вони все життя пропрацювали в колгоспі і крім болячок нічого не нажили. А їхати лікуватись в центральну районну лікарню вони не хочуть навіть зараз. Кажуть, що помирати краще вдома. То ж двічі на рік Микола Петрович сам кладе їх у лікарню на два тижні і проводить курс профілактичного лікування, щоб підтримати їх здоров'я. Добре що він умовив їх пройти обстеження в обласному діагностичному центрі — тож знає тепер, як їм можна допомогти.

Частина ліжок Микола Петрович використовує як денний стаціонар — лікування майже теж саме, як у звичайному стаціонарі, але пацієнтам не треба залишатися на ніч, і ліжко-день коштує дешевше. Лікар спробував поширити досвід організації невеличких стаціонарів удома у людей, але з цього нічого не вийшло — район обслуговування надто великий, отже, часу на відвідування хворих витрачається дуже багато.

Сьогодні хворих на прийомі мало - хворіти сільськогосподарським робітникам ніколи, адже треба, поки погода, швидше зібрати врожай. А день сьогодні напрочуд гарний — теплий і сонячний. Микола Петрович поглянув через вікно свого кабінету на старий парк, високі сосни, альтанку, оповиту диким виноградом. Він завжди думав, що це було б чудовим місцем для реабілітаційного серцево-судинного центру для сільгоспробітників цього району. Адже всі природні умови для цього є. Цілюще повітря, поруч змішаний ліс, внизу річка чудові краєвиди, що відкриваються з пагорба. Ось тільки коштів треба багато. Бюджет ніяк не потягне такий тягар. Минулого року бізнесмени з області пропонували йому гроші за те, щоб погодився віддати частину

парку, де розташована лікарня, на зону відпочинку з рестораном і готелем. Обіцяли ремонт в лікарні зробити, допомогти з обладнанням, аби тільки дав на це згоду!

Але Микола Петрович вагався, тому що побоювався, що туди будуть приходити багато людей — гамір, музика на всю околицю і сміття навкруги. Це порушить спокій хворих, що в сонячну теплу погоду проводять час у затишному парку. До того ж, він мріяв у майбутньому створити тут районний реабілітаційний центр для хворих з серцево-судинною патологією. В цьому був його науковий інтерес. Поки що вдалось відбитися від зазіхань, але що буде далі? Слово Миколи Петровича в сільській раді було і залишається вагомим, голова до його думки завжди прислуховується, а чи надовго це? Надто великі гроші пропонують можновладці і ситуація може швидко змінитися.

Лікар ще раз переглянув свої папери, де був роздрукований досвід експерименту в м. Комсомольську. Міський відділ охорони здоров'я спромігся організувати надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах приватної практики і на таких самих засадах реструктурував усю систему. Микола Петрович знову подумав про те, яким чином таку модель можна застосувати у себе. Експеримент у Комсомольську одержав підтримку держави. А хто його підтримає?

Адже намагання зробити щось нове потягне за собою більше відповідальності, бо зараз при обмежених коштах, він ще може клопотати про збільшення фінансування і влада змушена згідно з законодавством час від часу виділяти гроші на потреби його закладу. А якщо лікарня стане самостійною господарчою одиницею, то він має виключно сам турбуватися про знаходження коштів. До того ж Микола Петрович не був упевнений, як сприйме його ініціативу колектив? Зараз у колективі всі рівні, бо працюють, хоч на різних посадах, але у одного роботодавця — держави. Якщо Микола Петрович буде підприємцем, то він сам стане роботодавцем. А це покладає деякі додаткові обов'язки і відповідальність.

Микола Петрович переглядає Господарський кодекс, знову гортає основи законодавства про охорону здоров'я і в його голові рояться думки. Можливо не варто ставати приватним підприємцем і брати в оренду майно? Може, достатньо змінити статус лікарні як медичного закладу на статус комунального підприємства? Адже комунальне підприємство має більше самостійності у питаннях розпорядження майном, маневрування коштами, залучення додаткових джерел фінансування і матеріального стимулювання працівників. А з часом, за потребою,

можна буде перейти на оренду. Микола Петрович присунув до себе клавіатуру комп'ютера, відкрив новий файл і надрукував: «Бізнес-план організації комунального підприємства «Калинівська сільська лікарня».

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. У чому полягають принципи чинної системи бюджетного фінансування охорони здоров'я?
2. Чи дає можливість система бюджетного фінансування здійснювати маневрування грошовими коштами на місцевому рівні і якщо так, то в яких межах?
3. Які можливості у головного лікаря щодо залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування медичної допомоги?
4. Які існують переваги і недоліки прийняття пропозиції бізнесменів щодо оренди парку під зону відпочинку?
5. Хто виграє, а хто програє від створення рекреаційного центру? Подивіться на це очима Алевтини Михайлівни, Марії Іванівни, Миколи Петровича, сільськогосподарських працівників, пенсіонерів і обласної адміністрації?
6. Які існують переваги і недоліки реструктуризації лікарні за планом, утіленим у Комсомольську?
7. Яка відмінність у статусі бюджетного закладу охорони здоров'я і підприємства охорони здоров'я?
8. Хто виграє, а хто програє від реструктуризації, яку пропонує Микола Петрович? Як це відобразиться на Алевтині Михайлівні, Марії Іванівні, Миколі Петровичу, сільськогосподарських працівниках, пенсіонерах і обласній адміністрації, як зміняться їхні ролі у новій системі?
9. Хто буде протидіяти новій системі, а хто її підтримає? Як зможе Микола Петрович перетворити протидію на підтримку?
10. Як зможе головний лікар структурувати економічну діяльність за новою системою? Як він буде її використовувати для розв'язання існуючих проблем?

НАВЧАЛЬНІ НОТАТКИ

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

1. Учасники мають усвідомити, як змінити фінансовий статус районних лікарень.
2. Учасники повинні усвідомити підходи до реформування лікарняної фінансової системи, виходячи з чинного українського законодавства з метою залучення додаткового фінансування і поліпшення якості медичних послуг, що надаються населенню у сільській місцевості.
На основі попереднього обговорення слухачі — керівники медичних закладів мають дійти висновків:
 - 1) поточний статус медичних закладів не відповідає сучасним ринковим умовам і системі медичного страхування у майбутньому. Покращення якості ПМСД, збільшення фінансування галузі, підвищення мотивації до ефективної праці медичних працівників неможливе в межах чинної командно-адміністративної системи, що залишилась у спадок з радянських часів;
 - 2) для суттєвих змін у системі організації ПМСД потрібно змінити організаційно-правову форму господарської діяльності;
 - 3) для перетворення сільської районної лікарні ПМСД на комунальне підприємство слід розробити і представити бізнес-план відповідним органам влади для обґрунтування змінення організаційно-правової форми господарської діяльності медичного закладу.

ПЛАН ДІЙ

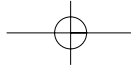
1. Підготувати бізнес-план проекту «Сільська дільнична лікарня» з метою організації медичного комунального підприємства, в якому висвітлити і обґрунтувати такі питання:
 - демографічний стан і потреба в ПМСД населення дільниці;
 - об'єми ПМСД, що зараз надається, характеристика матеріально-технічної бази;
 - визначити об'єм медичної допомоги і номенклатуру послуг, що будуть надаватися в рамках ПМСД на дільниці після створення комунального підприємства;
 - охарактеризувати медичні технології, що будуть використовуватися, потребу в обладнанні, інструментах, витратних матеріалах тощо;
 - визначити і обґрунтувати вибрану організаційно-правову форму нової господарської діяльності;
 - охарактеризувати потребу в персоналі, розробити заходи для професійного росту;

- як залучити кваліфікованих спеціалістів;
 - визначити потребу в коштах для поточної діяльності лікарні і джерела її фінансування;
 - охарактеризувати можливі системні і несистемні ризики і запропонувати заходи щодо їх уникнення;
 - визначити можливості залучення до реалізації інноваційних проектів зовнішніх інвесторів;
 - розробити прогностичні показники фінансової діяльності медичного комунального підприємства «Сільська дільнична лікарня»
1. Провести серед колективу роз'яснювальну роботу з обґрунтуванням переваг переходу дільничної лікарні на статус медичного комунального підприємства.
 2. На зборах трудового колективу прийняти рішення про бажану форму переходу на нову організаційно-правову базу господарської діяльності.
 3. Після погодження з місцевим відділом охорони здоров'я, подати заяву сільській раді, що є власником майна сільської дільничної лікарні, про зміну статусу медичного закладу з бюджетної організації на медичне комунальне підприємство.
 4. У встановленому законом порядку зареєструвати в органах державної реєстрації медичне комунальне підприємство.

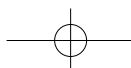
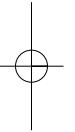
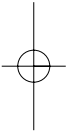
ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Перехід на нові форми господарювання дозволить:

- 1) збільшити об'єм фінансування сільської лікарської дільниці за рахунок додаткових джерел. У складі джерел фінансування передбачаються:
 - бюджетні за державні кошти і контрактом;
 - кошти, одержані за попередніми договорами за додаткове медичне обслуговування робітників фермерських господарств і підприємств;
 - кошти за надані медичні послуги за межами гарантованого рівня медичного обслуговування, визначеного державним замовленням;
 - кошти благодійних організацій і медичних страхових фондів (лікарняних кас);
 - кошти за послуги населенню немедичного характеру;
 - благодійні внески громадян;
- 2) запровадити систему фінансування за принципом часткового фондоутримання, що буде стимулювати медичних працівників на проведення кампанії профілактичних заходів і зміцнення здоров'я населення, а не тільки лікування хворих.
- 3) запровадити систему оплати праці і матеріального стимулювання медичних працівників залежно від об'єму і якості наданої ними медичної допомоги;



- 4) оновити матеріально-технічну базу, повністю забезпечити лікарську дільницю обладнанням згідно з затвердженим переліком, доукомплектувати санітарним транспортом;
- 5) упровадити різні форми підвищення кваліфікації, включаючи участь у міжнародних проектах, конференціях, семінарах;
- 6) запровадити сучасні інформаційні технології — електронну базу даних населення дільниці, ведення облікової і звітної документації на комп'ютері, вихід в Інтернет, телемедицину;
- 7) запровадити бізнес-проект створення центру реабілітаційної терапії;
- 8) збільшити доступність ПМСД для населення територіальних дільниць, сконцентрувати увагу на профілактичних заходах, збільшити обсяг ПМСД на дільниці і, як результат, зменшити рівень госпіталізації, викликів швидкої допомоги і звернення до «вузьких» спеціалістів, замість лікування сімейними лікарями і терапевтами.



Додаток**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ФОРМИ
ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я****1. Суб'єкти господарського права**

У сфері економіки виникають і діють різні господарські відносини між самостійними господарюючими суб'єктами — суб'єктами господарського права, що пов'язані з їх господарською діяльністю. Суб'єкти господарювання самостійно здійснюють господарську діяльність, мають відокремлене майно і несуть відповідальність за своїми зобов'язаннями в межах цього майна, крім випадків, передбачених законом.

Суб'єктами господарського права в галузі охорони здоров'я є всі види державних медичних закладів, що фінансуються з бюджету (лікарні, диспансери, поліклініки), державні медичні госпрозрахункові заклади, державні медичні підприємства, недержавні медичні підприємства різних організаційно-правових форм (акціонерних товариств, товариств з обмеженою відповідальністю тощо), дочірні підприємства (наприклад, санаторії і будинки відпочинку акціонерного товариства «Укрпрофздоровниця»), приватнопрактикуючі лікарі, зареєстровані як суб'єкти підприємницької діяльності (схема 1).

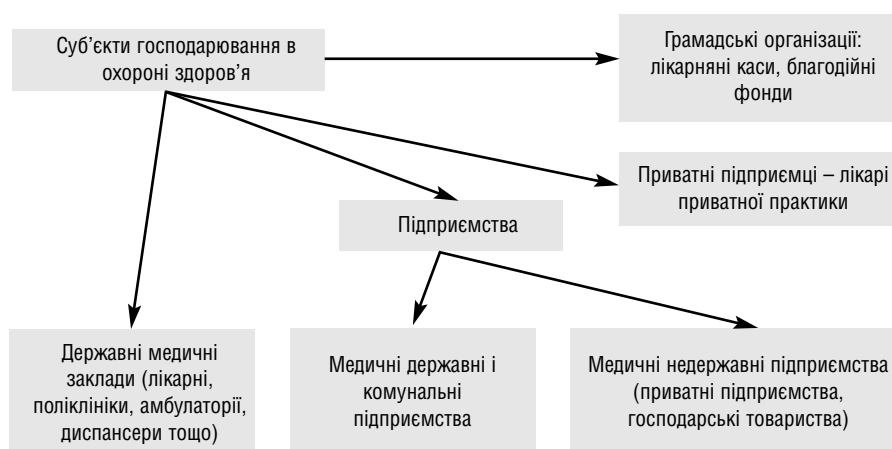


Схема 1. Види суб'єктів господарського права в охороні здоров'я

2. Медичні підприємства в охороні здоров'я

Поняття «підприємство» є узагальнюючим. Воно визначає підприємства як суб'єкти господарювання стосовно всіх форм і видів власності, а також є загальногалузевим, тобто визначає підприємства в промисловості, сільському господарстві, торгівлі, охороні здоров'я. Ст. 16 розділу 3 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» визначає, що заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами і організаціями з різними формами власності, а також приватними особами за наявності потрібної матеріально-технічної бази і кваліфікованих спеціалістів. Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації і акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної практики визначається законодавчими актами України.

Правовий статус підприємств в охороні здоров'я мають усі недержавні медичні заклади: медико-санітарні частини промислових підприємств, що приватизувались; санаторії, курорти, будинки відпочинку Акціонерного товариства «Укрпрофздоровниця», всі лікувальні заклади колективної і приватної форми власності, створені фізичними і юридичними недержавними особами.

Підприємство як самостійний господарюючий суб'єкт відповідно до Господарського кодексу здійснює виробничу, науково-дослідну і комерційну діяльність з метою одержання прибутку (на відміну від неприбуткових організацій — об'єднань громадян, політичних партій тощо). У той же час Господарський кодекс України передбачає, що підприємства можуть створюватися також для здійснення господарської некомерційної діяльності. Самостійність у прийнятті господарських рішень є однією з основних і необхідних умов діяльності підприємства. Це означає, що згідно Господарського кодексу підприємство «має право з власної ініціативи приймати будь-які рішення, що не суперечать законодавству України».

Підприємство — це статутний господарський суб'єкт. Статут підприємства як локальний акт господарського законодавства визначає цілі і предмет діяльності окремого підприємства, відхилятися від яких без зміни статуту підприємству заборонено. Статут визначає також межі спеціальної правоздатності підприємства як юридичної особи.

Підприємство має необхідне для його господарської діяльності майно — основні і обігові кошти, інші цінності, якими воно користується, володіє і розпоряджається на праві власності чи повного господарського відання. Це майно юридично відокремлене, як правило, від майна власника підприємства і закріплене за ним як за суб'єктом права. Основні і обігові кошти знаходяться на самостійному балансі. По своїм зобов'язанням підприємство відповідає всіма активами свого балансу. Держава не відповідає по зобов'язанням підприємства, а підприємство по зобов'язанням держави.

Як господарюючий суб'єкт з правами юридичної особи підприємство починає діяти від дня його державної реєстрації.

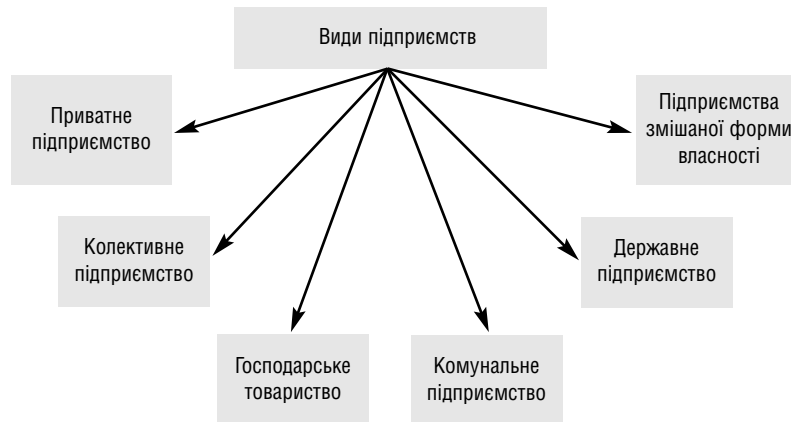


Схема 2. Види підприємств залежно від форми власності

Таким чином, підприємство — це самостійний господарський суб'єкт, створений і зареєстрований у встановленому законом порядку для здійснення господарської діяльності з метою задоволення суспільних потреб у товарі (продукції, роботах, послугах) і одержання прибутку, що діє на підставі статуту, користується правами і виконує обов'язки щодо своєї діяльності, є юридичною особою, має самостійний баланс, рахунок у банку, печатку з назвою і відповідає по своїм зобов'язанням всіма активами свого балансу.

Законодавство України передбачає класифікацію підприємств за їх організаційно-правовою формою залежно від форм власності: приватні, колективні, державні, спільні та іноземні підприємства (схема 2).

Приватне підприємство — це організаційно-правова форма підприємства, заснованого на власності фізичної особи. У приватному підприємстві часто власність і управління майном не розмежовуються — власник підприємства часто одночасно є і підприємцем, який безпосередньо бере участь в управлінні підприємством.

Колективне підприємство — це організаційно-правова форма підприємства, заснованого на власності трудового колективу. До них відносяться:

- колективні підприємства, створені трудовим колективом у результаті приватизації державного підприємства;
- підприємства, засновані на власності об'єднання громадян (наприклад, профспілок, громадські, релігійні організації), створені господарським об'єднанням.

Господарське товариство створене шляхом об'єднання грошових коштів і майна фізичних і (або) юридичних осіб для заняття підприємницькою діяльністю.

Комунальне підприємство, засноване на власності відповідної територіальної громади, зокрема на власності району, міста, області.

Державне підприємство — підприємство, що діє на основі державної власності.

Підприємство змішаної форми — це підприємство, створене на змішаній формі власності (на базі об'єднання майна різних форм власності).

Особливим видом державного підприємства, заснованого на державній власності, є казенне підприємство. Майно, що є у державній власності і закріплене за казенним підприємством, належить йому не на праві повного господарського відання, а на праві оперативного управління. Здійснюючи право оперативного управління, казенне підприємство володіє і користується зазначеним майном. Розпоряджатися закріпленим за ним на праві оперативного управління державним майном, що належить до основних фондів підприємства, казенне підприємство може лише з дозволу органу, уповноваженого управляти відповідним державним майном. Особливості управління іншим державним майном казенного підприємства визначаються у його статуті.

Спільне підприємство — це організаційна форма підприємства, заснованого за законами України на основі об'єднання майна різних форм власності (так звана змішана форма власності). Спільні підприємства, як правило, мають форму господарських товариств. Засновниками спільних підприємств можуть бути юридичні особи і громадяни України та інших держав. Залежно від цього є два види спільних підприємств: а) звичайні (національні) спільні підприємства; б) спільні підприємства з іноземними інвестиціями.

Спільне підприємство з іноземними інвестиціями — це підприємство будь-якої організаційно-правової форми, іноземна інвестиція якого в статутному фонді становить не менше 10 відсотків. Підприємство набуває статусу підприємства з іноземними інвестиціями з дня зарахування іноземної інвестиції на його баланс. Правове становище і діяльність таких підприємств, крім Господарського кодексу, регулюються законом України від 19.03.1996 р. «Про режим іноземного інвестування» і законом України від 16.04.1991 р. «Про зовнішньоекономічну діяльність».

Іноземне підприємство — це організаційно-правова форма підприємства з місцем знаходження в Україні, створеного як суб'єкт права згідно з законодавством іноземної держави, майно якого повністю є у власності іноземних громадян, юридичних осіб або держави. Порядок створення і внутрішньої діяльності підприємства регулюється законодавством країни, якій воно належить. Законодавство України не регулює цих відносин. Разом з тим на іноземні підприємства поширюється національний правовий режим господарської діяльності.

Залежно від способу утворення (заснування) і формування статутного фонду підприємства поділяються на унітарні і корпоративні.

Унітарне підприємство створюється одним засновником, який виділяє необхідне для цього майно, формує відповідно до закону статутний фонд, не поділений на частки (паї), затверджує статут, розподіляє доходи, безпосередньо, або через керівника, який ним призначається, керує підприємством і

формує його трудовий колектив на засадах трудового найму, вирішує питання реорганізацій і ліквідації підприємства.

Унітарними є підприємства державні, комунальні, підприємства, засновані на власності об'єднання громадян, релігійної організації або на приватній власності засновника.

Корпоративне підприємство утворюється двома або більше засновниками за їх спільним рішенням (договором), діє на основі об'єднання майна і/або підприємницької чи трудової діяльності засновників (учасників), їх спільного управління справами, на основі корпоративних прав, у тому числі і через органи, що ними створюються, участі засновників (учасників) у розподілі доходів і ризиків підприємства.

Корпоративними є підприємства в формі господарського товариства та інші підприємства, засновані на приватній власності двох або більше осіб.

Створення підприємств, як спосіб їх фактичного виникнення і легітимізації, визначається загальними і спеціальними умовами господарського законодавства. Загальні умови поширюються на всі форми підприємств. Вони визначаються Господарським кодексом України і Цивільним кодексом України, що регулює загальні умови створення юридичної особи, в тому числі й підприємства. Спеціальні умови створення підприємств визначені законами про їх окремі види.

Засновниками (співзасновниками) можуть бути фізичні і юридичні особи, крім випадків, передбачених законодавчими актами України. Таким правом безпосередньо наділені власники майна, а також уповноважені ними органи.

Щодо підприємств загальнодержавної власності уповноваженими органами є підвідомчі Кабінету Міністрів України органи державної виконавчої влади: міністерства, державні комітети, інші центральні відомства. Вони приймають рішення про створення підприємств державної форми власності, затверджують статuti і контролюють їх дотримання, укладають і розривають контракти з керівником, контролюють ефективність використання закріпленого за ними майна, його збереження.

Щодо підприємств комунальної власності, то їх засновниками можуть бути обласні, районні, сільські, селищні і міські ради (пункт 30 ст. 26 закону України від 21.05.1997 р. «Про місцеве самоврядування в Україні»), а також місцеві державні адміністрації (пункт 1 ст. 9 закону України від 9.04.1999 р. «Про місцеві державні адміністрації»).

Засновники реалізують засновницькі права шляхом обрання організаційної форми підприємства; визначення цілей і предмета його діяльності; прийняття рішення про його створення; затвердження в установленому порядку статуту; передачі безоплатно на баланс підприємства основних фондів і обігових коштів; формування органів управління, визначення у статуті їх повноважень.

Господарське законодавство регулює також способи створення підприємств. Підприємство може бути створене:

- згідно з рішенням одного чи кількох власників або уповноваженого ним/ними органу;
- внаслідок примусового поділу підприємства згідно з рішенням Антимонопольного комітету України;
- шляхом реорганізації діючого підприємства, тобто виділення із складу діючого підприємства одного або кількох структурних підрозділів за рішенням трудових колективів, якщо на те є згода власника чи уповноваженого ним органу.

Підприємства можуть створювати на території України і за її межами суб'єкти господарського права без права юридичної особи - свої відособлені підрозділи: філії, представництва, відділення тощо з правом відкриття поточних і розрахункових рахунків.

Підприємства створюються і діють як суб'єкти господарського права на основі установчих документів. Установчі документи є локальними нормативними актами, що набувають юридичної сили внаслідок затвердження їх засновниками підприємства.

Згідно Господарського кодексу до установчих документів належать:

- рішення одного чи кількох власників або уповноваженого ним/ними органу про створення підприємства;
- статут підприємства.

Зміст установчих документів визначається ст. 57 Господарського кодексу, а для господарських товариств ст. 4, 37, 51, 65, 67 і 76 закону «Про господарські товариства». При розробленні установчих документів варто користуватися типовими формами установчих документів: типові статuti державного, казенного підприємства, господарського товариства тощо.

Обов'язковими даними, що повинні містити установчі документи, є:

- назва (завод, майстерня) і вид підприємства;
- зазначення власника (засновників, учасників) і місцезнаходження підприємства;
- предмет і мета діяльності підприємства;
- юридичний статус підприємства (самостійний баланс, поточні рахунки, фірмова марка чи знак);
- перелік органів управління, порядок їх формування і компетенція;
- контрольні органи (ревізійна комісія, спостерігальна рада);
- порядок припинення діяльності підприємства.

Крім обов'язкових даних установчі документи можуть містити інші відомості, що регулюють діяльність підприємства і не суперечать чинному законодавству.

Державна реєстрація підприємств є обов'язковою і здійснюється згідно з Господарським кодексом, законом України «Про державну реєстрацію юридичних та фізичних осіб-підприємців» від 15.05.2003 р. № 755-IV.

За наявності всіх документів реєстрація підприємства здійснюється в термін не більше п'яти робочих днів. Протягом цього часу заявнику видається свідоцтво

во про державну реєстрацію, що дає право відкривати рахунок в банку. Орган реєстрації має подати в десятиденний термін у відповідні податкові органи і органи державної статистики відомості про реєстрацію.

Відмова у державній реєстрації можлива лише з двох підстав: у разі порушення встановленого законом порядку створення підприємств; у разі невідповідності установчих документів вимогам законодавства. Не допускається відмова в державній реєстрації підприємства з мотиву його недоцільності.

Скасування державної реєстрації може бути добровільним за заявою підприємства або примусовим на підставі рішення суду, арбітражного суду у випадках:

- визнання недійсними або такими, що суперечать чинному законодавству, установчих документів;
- здійснення діяльності, що суперечить установчим документам і чинному законодавству України;
- у разі несвоечасного повідомлення підприємства про зміну свого місцезнаходження;
- визнання підприємства банкрутом (у випадках, передбачених законодавством);
- неподання протягом року до органів державної податкової служби податкових декларацій, бухгалтерської звітності згідно з законодавством.

Скасування державної реєстрації підприємства припиняє його підприємницьку діяльність і є підставою для його ліквідації як господарюючого суб'єкта.

Управління підприємством здійснюється відповідно до статуту на основі поєднання прав власника щодо господарського використання свого майна і самоврядування трудового колективу. Власник здійснює свої права управління безпосередньо або через уповноважені ним органи. Призначення і обрання керівника підприємства є правом власника майна. Вищим органом управління колективного підприємства є загальні збори власників майна. Виконавчі функції виконує правління, яке вибирається загальними зборами.

Основним показником діяльності підприємства є його прибуток. Порядок використання прибутку визначає власник або уповноважений ним орган відповідно до статуту підприємства. Вплив держави на напрями використання прибутку здійснюється через податки. У разі, якщо це передбачено статутом, частина прибутку може передаватися членам трудового колективу.

Власник або уповноважений ним орган самостійно встановлює фонд оплати праці, систему і розміри заробітної плати, а також інші види доходів згідно з чинним законодавством. Трудові доходи найманого працівника визначаються трудовим договором. Підприємства можуть використовувати тарифні сітки, що встановлюються галузевими міністерствами, як орієнтири.

Підприємства самостійно планують свою діяльність і визначають перспективу розвитку виробництва. Основу планів становлять державні замовлення і договори з партнерами. У всіх сферах господарську діяльність з іншими під-

приємствами, громадянами підприємство будує на договірній основі. Свою продукцію підприємства реалізують за цінами, що встановлюються самостійно, на договірній основі і за державними цінами, якщо це передбачено законом.

Припинення діяльності підприємств може здійснюватися шляхом ліквідації або реорганізації. У разі реорганізації підприємства всі його права і обов'язки переходять до правонаступника (правонаступників). Закон визначає п'ять правових способів реорганізації підприємства: злиття, приєднання, поділ, виділ і перетворення.

Ліквідація підприємства регулюється законодавством і включає такі заходи:

- створення ліквідаційної комісії;
- встановлення порядку і термінів ліквідації, термінів задоволення претензій;
- виявлення дебіторів і кредиторів, стягнення дебіторської заборгованості;
- інвентаризація і оцінювання майна, реалізація майна і розрахунки з кредиторами, складання ліквідаційного балансу.

Майнові претензії кредиторів до підприємства, що ліквідується, задовольняються з його майна. Черговість задоволення претензій встановлюється законодавством і статутом.

3. Правовий статус державного медичного закладу і перспективи його реформування

Нині заклади охорони здоров'я України, що перебувають у державній (тобто загальнодержавній або муніципальній) власності, функціонують як бюджетні заклади. Як відомо, бюджетні медичні заклади працюють в умовах гострого бюджетного дефіциту. У той же час статус бюджетного закладу значно звужує можливості медичного закладу по залученню додаткових позабюджетних джерел фінансування і, як наслідок, не дозволяє забезпечувати конституційні права громадян на отримання доступної, кваліфікованої медичної допомоги на безоплатній основі.

Так, наприклад, обмеженим є право керівника закладу охорони здоров'я - бюджетного закладу:

- визначати оптимальну штатну структуру медичного закладу в силу існування нормативів штатного забезпечення, що розробляються МОЗ України;
- визначати оптимальну кількість ліжок і структуру ліжкового фонду;
- запроваджувати додаткові стимули для персоналу в силу існування, з одного боку, жорстких тарифних ставок, а з іншого боку, — нормативних обмежень по залученню позабюджетних надходжень.

Майно медичних державних бюджетних закладів та організацій, що відносяться до основних фондів, належить їм за правом оперативного управління.

Обсяг прав таких закладів і організацій щодо майна, що перебуває у них на балансі, значно вужчий порівняно з правом повного господарського відання, яке мають державні підприємства.

Державні бюджетні заклади витрачають виділені їм кошти за бюджетними кошторисами відповідно до їх призначення. Основним документом, що визначає загальний обсяг, цільове надходження, використання і помісячний розподіл коштів закладу є «Положення про складання єдиного кошторису доходів та видатків бюджетної установи (організації)», затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 9.01.2000 р. № 17.

Оскільки права державних закладів, організацій порівняно з державним підприємством значно звужені, то деякі керівники медичних закладів хотіли б, в умовах недостатнього бюджетного фінансування і з метою розширення можливостей по залученню додаткових джерел фінансування, розширити права медичного закладу шляхом одержання статусу медичного підприємства. Особливо це торкається стоматологічної служби. На даний час практика надання стоматологічних платних послуг у державних закладах охорони здоров'я у вигляді госпрозрахункової діяльності з юридичної точки зору розглядається як підприємницька діяльність. Виявилася суперечність між юридичною формою існування і фактичним змістом господарювання. За хронічним дефіцитом бюджетних коштів існування стоматологічних поліклінік як бюджетних закладів гальмує подальший розвиток стоматологічної служби в умовах ринкових відносин.

Реформування статусу державних медичних закладів відповідно до чинного законодавства може здійснюватися у трьох напрямках (схема 3).

Державне чи комунальне медичне підприємство (після державного, комунального закладу) є найбільш керованим з боку держави медичним закладом, оскільки держава є власником майна і за законом як власник вирішує ключові питання діяльності.

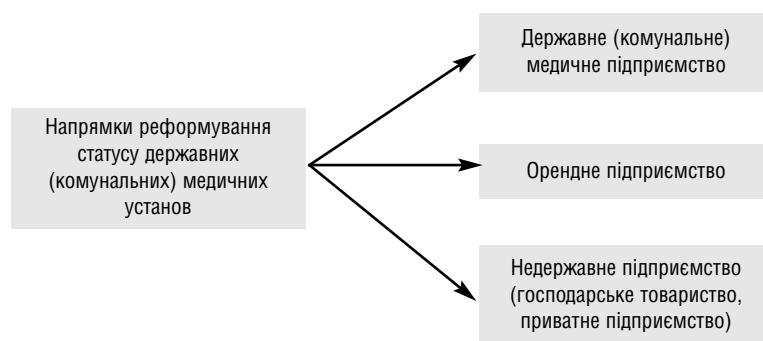


Схема 3. Напрямки реформування статусу державних (комунальних) медичних установ

Орендне підприємство — це підприємство, створене трудовим колективом шляхом оренди державного (комунального) майна медичного закладу, порівняно з державним підприємством має більше повноважень щодо господарської та фінансової діяльності, ніж державне (комунальне) підприємство.

Недержавне медичне підприємство повністю вільне у вирішенні питань господарської, фінансової діяльності згідно Господарського кодексу і закону України «Про господарські товариства».

Нині статус комунального медичного підприємства одержали територіально-медичне об'єднання Старокиївського району м. Києва, стоматологічна поліклініка Солом'янського району м. Києва, статус орендного підприємства має Херсонська обласна стоматологічна поліклініка, статус господарського товариства, створеного шляхом приватизації комунального майна, має Вінницька обласна стоматологічна поліклініка.

Досвід країн колишнього СРСР (Вірменія, Естонія, Латвія, Литва), уряди яких надали право закладам охорони здоров'я бути більш самостійними суб'єктами господарювання, свідчить про ефективність такого рішення як інструмента підвищення рівня і доступності медичної допомоги.

4. Державні і комунальні медичні підприємства

Державні і комунальні медичні підприємства можуть бути створені шляхом реорганізації діючих державних (комунальних) бюджетних закладів, або шляхом створення нових у розпорядчому порядку на базі відокремленої частини державної (комунальної) власності. Орган, до сфери якого входить підприємство, є представником власника і виконує його функції, в межах, визначених Господарським кодексом України та іншими законодавчими актами.

Державні медичні підприємства створюються постановою Кабінету Міністрів України, комунальні — рішенням відповідних територіальних громад (обласних, районних, міських, селищних рад). Статутний фонд медичного підприємства створюється до реєстрації підприємства як об'єкта господарювання відповідним органом охорони здоров'я, до сфери управління якого воно входить. Назва медичного державного підприємства повинна містити слова «державне підприємство», назва медичного комунального підприємства — «комунальне підприємство», а також указівку на орган влади, до сфери управління якого входить дане підприємство (Міністерство охорони здоров'я чи орган місцевого самоврядування).

Медичне підприємство очолює керівник підприємства, який призначається відповідним органом управління і є підзвітним даному органу. Державне (комунальне) підприємство не несе відповідальності за зобов'язання власника і відповідного органу управління. В той же час держава чи орган, до сфери управління якого належить підприємство, не несе відповідальності по зобов'язанням підприємства, крім випадків, передбачених Господарським кодексом та іншими законами.

Державні (комунальні) медичні підприємства зобов'язані приймати і виконувати доведені до них Міністерством охорони здоров'я, органами місцевої влади в установленому законом порядку державні завдання і державні замовлення щодо надання відповідним категоріям населення безоплатної (за рахунок бюджетних коштів) медичної допомоги в певному гарантованому об'ємі. Ці замовлення слід урахувувати при плануванні своєї лікувально-профілактичної роботи, визначенні перспектив розвитку медичних підприємств.

Держава здійснює належні їй повноваження власника майна, що є державною власністю і закріплене за державним підприємством у формі нормативно-правового регулювання. Під правовим режимом майна розуміють закріплену правовими нормами структуру майна, порядок його придбання (формування), використання і вибуття, а також звернення на нього стягнення кредиторів.

Майно, що є державною власністю, належить державному підприємству на правах повного господарського відання. Здійснюючи право повного господарського відання, підприємство, якщо інше не передбачено чинним законодавством і його статутом, має право продавати і передавати іншим підприємствам, організаціям і закладам, обмінювати, здавати в оренду, надавати безоплатно у тимчасове користування або у позику належні йому будинки, устаткування, транспортні засоби, інвентар та інші матеріальні цінності, а також списувати їх з балансу.

Оскільки державне підприємство є суб'єктом повного господарського відання майном, а не суб'єктом права власності, щодо державних підприємств діє спеціальна категорія — правовий режим майна державного підприємства. Це означає, що державні підприємства керуються спеціальними правилами заснування, утворення і управління майном відповідно до своїх статутів, що затверджуються уповноваженими органами.

Майно державних підприємств та бюджетних організацій поділяється за своїм цільовим призначенням на однорідні групи (фонди). Господарський кодекс визначає три такі групи: основні фонди, обігові кошти, інші цінності, вартість яких відображається у самостійному балансі (табл. 4).

З позиції господарської діяльності як для держави, так і для медичного закладу, є важливим, чи є медичний заклад бюджетним закладом, чи медичним підприємством.

Для бюджетного закладу характерна більш жорстка, ніж для підприємства, регламентація з боку держави господарської і фінансової діяльності.

Наприклад, оплата праці медичних працівників регламентується тарифною сіткою, а кошти, одержані від позабюджетної діяльності, мають бути спрямовані на фінансування недофінансованих статей бюджету. Державне майно перебуває на балансі закладу на правах оперативного управління.

Якщо медичний заклад набуває статусу підприємства (навіть державного), то він має більше управлінських і майнових прав.

Майно перебуває на балансі підприємства на праві повного господарського відання, що значно ширше, ніж право оперативного управління. Це дає

Таблиця 4. Відмінність у статусі медичного закладу і медичного підприємства

№ п/п	Державний медичний заклад	Державне медичне підприємство
1	Мета діяльності: виконання завдань, покладених на медичний заклад державою	Медичний заклад взаємодіє з керівними органами на основі підпорядкування
2	Мета діяльності: одержання прибутку і виконання завдань, покладених на медичний заклад державою	Підприємство взаємодіє з керівними органами на договірній основі
3	Державне майно перебуває у закладі на правах оперативного управління	Державне майно перебуває на підприємстві на правах повного господарського відання
4	Медичний заклад відповідає по своїм зобов'язанням фінансовими активами	Підприємство відповідає по своїм зобов'язанням усіма активами свого балансу
5	У разі неможливості медичного закладу виконати свої зобов'язання за них відповідає держава.	Держава не відповідає по зобов'язанням підприємства
6	Державний медичний заклад фінансується з бюджету	Державне медичне підприємство перебуває на самофінансуванні

зможу адекватно реагувати на зміни в соціально-економічній ситуації суспільства, залучати додаткові джерела фінансування.

Свої взаємини з місцевою владою медичне підприємство будує на договірній основі. **Фінансування гарантованого об'єму медичної допомоги населенню здійснюється за контрактом** як державне замовлення згідно з Законом України «Про поставки продукції для державних потреб».

Медичний заклад поза державним замовленням вільний у виборі напрямів діяльності, форм і методів організації і оплати праці, що дає можливість досягти високої мотивації в діяльності медичних працівників. Держава і місцеві органи не мають права вмішуватися в оперативну діяльність медичного підприємства. Права медичного закладу як самостійного господарського суб'єкта визначаються законодавством, статутом і договором.

Окрім державного замовлення, медичне підприємство планує свою діяльність на основі договорів з медичними страховими фондами; лікувально-профілактичними закладами, діяльність яких територіально поширюється на прикріплене до лікарської амбулаторії населення; підприємствами, закладами і організаціями на додаткове медичне обслуговування працюючих і членів їхніх сімей, а також на основі попиту населення на медичні послуги.

Можливість трансформації закладів охорони здоров'я у державні (комунальні) підприємства дозволить:

- конкретизувати і забезпечити фінансово зобов'язання держави перед пацієнтами;
- реалізувати ініціативу керівників і підвищити ефективність використання ресурсів у галузі охорони здоров'я;

- залучити до розвитку галузі позабюджетні кошти і поліпшити матеріально-технічний стан закладів охорони здоров'я;
- створити стимули до продуктивної праці для медичних працівників і зберегти досвідчені кадри.

Уведення нової організаційно-правової форми дозволить забезпечити ефективне функціонування основної частини закладів охорони здоров'я. Разом з тим, для окремих закладів охорони здоров'я (санітарно-епідеміологічної служби, швидкої допомоги, онкології та інших) доцільне збереження статусу закладу, оскільки тут принципово важливо зберегти можливість керування діяльністю цих організацій з боку держави.

Прикладом реорганізації медичного комунального закладу в комунальне медичне підприємство є перетворення рішенням Київради стоматологічної поліклініки Солом'янського р-ну м. Києва в медичне підприємство «Київський центр нових технологій у стоматології».

5. Орендні підприємства в охороні здоров'я

Орендним визнається підприємство, створене орендарем на основі оренди цілісного майнового комплексу існуючого державного (комунального) підприємства чи організації або їх структурного підрозділу з метою здійснення підприємницької діяльності.

У галузі охорони здоров'я орендарем є юридична особа, утворена членами трудового колективу медичного закладу, майновий комплекс якого є об'єктом оренди. Орендодавцем майнових комплексів, що належать до державної або комунальної власності, є Фонд державного майна України і його регіональні відділення, а також органи, уповноважені місцевими радами управляти майном.

Створення орендного підприємства регулюється чинним законодавством:

- Господарським кодексом України (ст. 115);
- законом України «Про оренду державного та комунального майна» (ст. 8);
- «Основами законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 16);
- законом України, «Про господарські товариства»;
- декретом КМ України № 26-92 від 31.12.92 р. «Про перелік майнових комплексів державних підприємств, організацій, передача в оренду яких не допускається» (у списку немає організацій, закладів охорони здоров'я);
- законом України «Про державну реєстрацію юридичних і фізичних осіб-підприємців» від 15.05.2003 р. № 755-IV.

Порядок створення орендного підприємства

1. Рішення трудового колективу медичного закладу про оренду цілісного майнового комплексу вважається прийнятим, якщо за нього проголосують біль-

ше половини членів трудового колективу медичного закладу.

2. Після прийняття рішення про оренду цілісного майнового комплексу члени трудового колективу медичного закладу засновують відповідно до чинного законодавства господарське товариство.
3. До реєстрації в установленому порядку статуту господарського товариства кожен член трудового колективу медичного закладу, цілісний майновий комплекс якого передається в оренду, має право вступити у зазначене господарське товариство на підставі особистої заяви.
4. Створене членами трудового колективу господарське товариство має переважне перед іншими фізичними і юридичними особами право на укладання договору оренди.
5. Господарське товариство, створене членами трудового колективу, звертається у відповідний орган управління охороною здоров'я, у віданні якого перебуває даний медичний заклад, з проханням підтримати ініціативу трудового колективу про передачу в оренду цілісного майнового комплексу медичного закладу.
6. Після погодження з державним чи місцевим органом управління охороною здоров'я оренди цілісного майнового комплексу господарське товариство звертається за дозволом до Кабінету Міністрів (для державних медичних закладів), або до місцевої ради (для медичних закладів комунальної власності). Питання оренди вирішується постановою КМ України або рішенням сесії місцевої ради.
7. На підставі рішення КМ України чи відповідної ради між орендодавцем і орендарем підписується договір оренди на певний термін. Орендне підприємство стає правонаступником прав і зобов'язань медичного закладу. Наведена методика створення орендного підприємства була використана при переході на оренду Херсонської обласної стоматологічної поліклініки. Після переходу на оренду відповідно до укладеної угоди з обласною адміністрацією Херсонська обласна стоматполіклініка продовжувала виконувати організаційно-методичну, консультативну, інформаційно-аналітичну функцію.

Автори відзначають, що за чотири роки роботи на оренді обласна стоматологічна поліклініка досягла певних успіхів:

- оповністю збережений і поповнений кваліфікований персонал поліклініки;
- з'явилася можливість устаткувати поліклініку сучасним обладнанням, інструментами, медикаментами;
- у поліклініці використаний сучасний дизайн, своєчасно проводиться поточний ремонт;
- упроваджуються нові сучасні технології діагностики і лікування;
- своєчасно проводиться підвищення кваліфікації персоналу, в тому числі і за кордоном;
- збільшений на 20% об'єм допомоги населенню як за зверненням у поліклініку, так і по пересувним кабінетам;

- заробітна плата медичним працівникам нараховується не за тарифним окладом, а за об'ємом виконаної роботи.
- забезпечений соціальний захист співробітників;
- у вигляді податків та інших обов'язкових платежів у дохід бюджету щорічно перераховується 500 тис. грн і скорочені витрати бюджету на утримання поліклініки на 300 тис. грн.

За технічним оснащенням, рівнем надання стоматологічної допомоги населенню, за оцінкою керівників, поліклініка одна серед кращих в Україні. На сьогоднішній день у Херсонській області 9 стоматологічних поліклінік перебуває в оренді трудових колективів. Рішенням апаратної наради МОЗ України від 11.10.99 р. даний напрям реформування був визнаний ефективним і рекомендований для впровадження.

б. Господарські товариства в охороні здоров'я

Господарські товариства серед підприємств недержавної форми власності посідають в охороні здоров'я за своєю поширеністю перше місце. До них відносяться закриті і відкриті акціонерні товариства, що створені на базі медико-санітарних частин промислових підприємств, які приватизувалися, і велика кількість товариств з обмеженою відповідальністю, що створені фізичними і юридичними особами.

Господарські статутні товариства кваліфіковано законом як організаційно-правову форму підприємства, заснованого на колективній власності. Ця форма має суттєві особливості щодо створення, діяльності і юридичного статусу. Тому товариства діють на підставі закону України від 19.09.1991 р. «Про господарські товариства», що визначає поняття, види, правила створення і діяльності товариства, а також права і обов'язки всіх засновників і учасників. Статутні підприємства є різновидом підприємств, тому вони діють також на підставі законодавства про підприємства.

Головною особливістю, за якою товариство відрізняється від інших суб'єктів права (не товариств) є об'єднання на підставі угоди майна і зусиль учасників - фізичних і/або юридичних осіб для спільної господарської діяльності з метою одержання прибутку. Всі товариства згідно з законом є юридичними особами, діють на підставі установчих документів, затверджених учасниками, мають власні назви із зазначенням організаційно-правової форми товариства.

За способом формування капіталів товариства поділяють на акціонерні і неакціонерні. За ступенем відповідальності розрізняють товариства: а) з обмеженою відповідальністю; б) з додатковою відповідальністю; в) повні; г) командитні (схема 4). Акціонерні товариства, товариства з обмеженою і додатковою відповідальністю створюються і діють на основі установчого договору і статуту. Це статутні господарючі суб'єкти — підприємства колективної власності. Повне і командитне товариства діють на підставі установчих договорів.

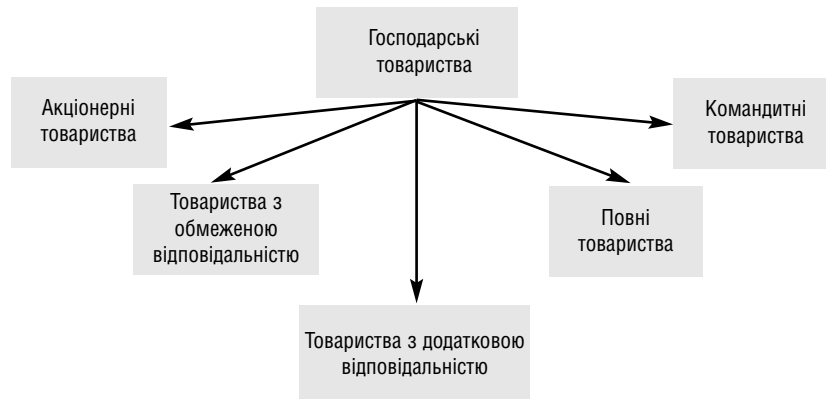


Схема 4. Види господарських товариств

Таким чином, категорія господарюючих суб'єктів типу господарських товариств об'єднує загальні ознаки всіх видів товариств і особливі ознаки окремих їх видів, що відповідним чином закріплені в законі «Про господарські товариства».

Акціонерним визначається засноване на установчому договорі і статуті товариство, що має статутний фонд, поділений на визначену кількість акцій рівної номінальної вартості, і несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства, а кожний учасник — у межах вартості своєї акції. З визначення впливають особливості акціонерного товариства як юридичної особи.

1. Статутний фонд акціонерного товариства має акціонерну природу: формується шляхом емісії і продажу акцій фізичним і/або юридичним особам.
2. Акціонерні товариства мають публічний статус емітентів цінних паперів (акцій, облігацій). Акції відкритих акціонерних товариств допускаються до вільного продажу на умовах, визначених законом «Про цінні папери та фондову біржу», іншими актами про фондовий ринок.
3. Фізичні і юридичні особи, які придбали акції акціонерних товариств, набувають статусу акціонерів, а власники іменних акцій реєструються у відповідному реєстрі.
4. Відповідальність акціонерів обмежена вартістю належних їм акцій.

Акція акціонерного товариства має такі характеристики:

- свідчить про право володіння частиною майна акціонерного товариства;
- дає право брати участь в управлінні акціонерним товариством;
- дає право на частину прибутку акціонерного товариства в формі дивідендів;
- засвідчує права на частину майна акціонерного товариства при його ліквідації;
- дає право розпоряджатися своєю акцією — продати, передавати, наслідувати тощо.

Акціонерне товариство має право створювати дочірні підприємства,

наділяти їх майном, що належить товариству, призначати керівника і реалізувати інші права власника дочірнього підприємства. Законодавством передбачено, що акціонерні товариства мають фірмову марку і товарний знак, які затверджуються правлінням і реєструються в Торгово-промисловій палаті України.

За способом функціонування акцій закон розрізняє відкриті і закриті акціонерні товариства. Акції відкритих товариств можуть розповсюджуватися як шляхом відкритої підписки, так і шляхом куплі-продажу на біржі чи позабіржовому ринку цінних паперів. У закритому акціонерному товаристві акції розподіляються між засновниками і не можуть розповсюджуватися шляхом підписки або купівлі-продажу на біржі.

Недержавні юридичні особи можуть бути засновниками акціонерних товариств практично без обмежень, якщо їхніми статутами (положеннями) не встановлено заборони займатися підприємницькою діяльністю.

Державні юридичні особи (заклади і організації) можуть бути засновниками й учасниками акціонерних товариств за принципом «кому дозволено» (дозвільний принцип). Засновниками акціонерних товариств дозволено бути підвідомчим Кабінету Міністрів України міністерствам, державним комітетам, іншим центральним органам державної виконавчої влади, що уповноважені управляти майном загальнодержавної власності. Обласні державні адміністрації можуть бути засновниками акціонерних товариств (з боку власника) на базі комунальної власності. Держателями акцій, що є державною власністю, визначено органи приватизації — Фонд державного майна України, його регіональні відділення і представництва.

Державні підприємства відповідно до Декрету Кабінету Міністрів України від 31.12.1992 р. «Про впорядкування діяльності суб'єктів підприємницької діяльності, створених за участю державних підприємств» безпосередньо не можуть бути засновниками акціонерних товариств (крім банків).

Товариство з обмеженою відповідальністю є найпоширенішим видом господарських товариств у економіці України. Відповідно до ст. 50 закону України «Про господарські товариства» товариством з обмеженою відповідальністю визнається таке, що має статутний фонд, поділений на частки, розмір яких устанавлюється установчими документами, відповідає по своїх зобов'язаннях всіма активами свого балансу, а кожний учасник тільки в межах своєї частки. Таким чином, відповідальність товариства обмежена його активами, а відповідальність учасників — межами своїх вкладів до статутного фонду.

У товаристві з обмеженою відповідальністю створюється статутний фонд у розмірі не менше суми, еквівалентної 100 мінімальним заробітним платам, виходячи з ставки мінімальної заробітної плати, діючої на момент створення товариства.

Вищим органом товариства з обмеженою відповідальністю є збори учасників. До компетенції зборів належить:

- визначення основних напрямів діяльності товариства, затвердження його

- планів і звітів про їх виконання (вирішується одностайно);
- внесення змін до статуту товариства (вирішується одностайно);
- обрання і відкликання членів виконавчого органу і ревізійної комісії;
- затвердження річних результатів діяльності товариства, звітів і висновків ревізійної комісії, порядку розподілу прибутку;
- створення, реорганізація, ліквідація дочірніх підприємств, філій і представництв, затвердження їх статутів і положень;
- затвердження організаційної структури товариства і внутрішніх документів;
- виключення учасника товариства (вирішується одностайно);
- визначення умов оплати праці службових осіб підприємства;
- прийняття рішення про припинення діяльності товариства.

Статутом товариства до компетенції зборів учасників можуть бути віднесені й інші питання.

Збори учасників товариства з обмеженою відповідальністю скликаються не рідше двох разів на рік і вважаються повноважними, якщо на них присутні учасники, які володіють у сукупності більш як 60 відсотками голосів. Учасники мають кількість голосів пропорційно розміру їх часток у статутному фонді.

У товаристві з обмеженою відповідальністю створюється виконавчий орган — колегіальний (дирекція) або одноособовий (директор). Дирекцію очолює генеральний директор. Членами виконавчого органу можуть бути також і особи, які не є учасниками товариства. Дирекція (директор) вирішує всі питання діяльності підприємства, за винятком тих, що входять до виключної компетенції зборів учасників. Повноваження директора (дирекції) визначаються ст. 62 закону України «Про господарські підприємства» і установчими документами підприємства.

Контроль за діяльністю товариства здійснює ревізійна комісія, що утворюється зборами учасників товариства з їх числа у кількості не менше трьох осіб.

Товариство з додатковою відповідальністю має статус, аналогічний статусу товариства з обмеженою відповідальністю, за винятком того, що учасники товариства з додатковою відповідальністю відповідають за борги товариства своїми внесками до статутного фонду, а при недостатності цих сум — додатково належним їм майном у розмірі, кратному внеску кожного учасника.

Повним товариством згідно з ст. 66 закону України «Про господарські товариства» визнається таке товариство, всі учасники якого займаються спільною підприємницькою діяльністю і несуть солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства всім своїм майном. Механізм солідарної відповідальності полягає в тому, що в разі ліквідації повного товариства і нестачі майна для сплати всіх боргів, учасники повинні відшкодувати борги своїм майном незалежно від розміру своєї частки в майні товариства.

Повне товариство створюється і діє на підставі установчого договору (статуту цей вид товариства не має). Ведення справ товариства може здійснювати-

ся або всіма учасниками, або одним, або кількома з них, які виступають від імені товариства. Учасники, яким було доручено ведення справ повного товариства, зобов'язані надавати решті учасників на їх вимогу повну інформацію про дії, що виконуються від імені та в інтересах товариства.

Оскільки всі учасники повного товариства займаються спільною підприємницькою діяльністю, вони не мають права від свого імені і в своїх інтересах здійснювати угоди, однорідні з цілями діяльності товариства, а також брати участь в інших товариствах (крім акціонерних), що мають однорідну з повним товариством мету діяльності. У разі порушення цієї вимоги, учасник товариства повинен компенсувати збитки, заподіяні товариству.

У назві товариства повинна бути назва чи прізвище одного з учасників. Наприклад, «Воронін і Ко», «Гермес і Ко». З одержаного товариством прибутку податки не стягуються, прибуток ділять між собою учасники, а потім кожен сплачує податки окремо.

Командитне товариство можна кваліфікувати як товариство змішаного типу, в якому є один або більше учасників, що здійснюють управління підприємством і несуть солідарну відповідальність по зобов'язаннях товариства всім своїм майном, а також один або більше учасників, відповідальність яких обмежується вкладом у майно товариства.

Права і обов'язки учасників аналогічні правам і обов'язкам учасників повного товариства. Вкладники не беруть участі в управлінні товариством. Розмір прибутку, що отримує вкладник, визначається сумою його вкладу.

Вкладники командитного товариства мають право:

- діяти від імені товариства тільки в разі наявності доручення і згідно з ним;
- вимагати першочергового повернення вкладу (по відношенню до учасників з повною відповідальністю) у випадку ліквідації товариства;
- вимагати подання їм річних звітів і балансів, а також забезпечення можливості їх перевірки.

Для прикладу можна розглянути статут обласної стоматологічної поліклініки, що була приватизована трудовим колективом.

7. Приватна медична практика без організації юридичної особи (підприємства)

Нині у зв'язку з уведенням в дію спрощеної системи оподаткування, обліку і звітності (єдиного податку) суб'єктів малого підприємництва, згідно з Указом Президента України від 03.07.98 р. № 727/98 приватна лікарська практика у формі підприємництва без організації юридичної особи набула значного поширення. Підприємницькою діяльністю без створення юридичної особи (підприємства) мають право займатися громадяни України та інших держав, не обмежені законом у правоздатності і дієздатності.

Лікар, що вирішив займатися приватною медичною практикою, повинен в

обов'язковому порядку зареєструватись як суб'єкт підприємницької діяльності — фізична особа в органах державної реєстрації за місцем проживання.

Реєстрація суб'єкта підприємницької діяльності в органах державної реєстрації. Порядок державної реєстрації суб'єктів підприємницької діяльності визначений положенням про державну реєстрацію суб'єктів підприємницької діяльності, затвердженим постановою КМУ від 25.05.1998 р. № 740, зі змінами і доповненнями.

Для реєстрації фізичній особі потрібно подати до органу державної реєстрації такі документи:

- 1) реєстраційну картку, що одночасно є заявою про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності;
- 2) довідку (чи її копію) про включення до державного реєстру фізичних осіб — платників податків, що підтверджує присвоєння ідентифікаційного номера фізичній особі;
- 3) дві фотографії;
- 4) документ, що підтверджує внесення плати за державну реєстрацію (квитанцію).

Крім того, необхідно пред'явити документ, що засвідчує особу (паспорт).

Плата за державну реєстрацію фізичної особи як суб'єкта підприємницької діяльності становить 1,5 неоподаткованого мінімуму доходів громадян.

За наявності усіх вищезазначених документів орган державної реєстрації зобов'язаний протягом не більше десяти робочих днів з дня подання документів видати суб'єкту господарювання свідоцтво про його державну реєстрацію.

Реєстрація в органах державної податкової адміністрації. Відповідно до інструкції про порядок обліку платників податків, затвердженої наказом ДПАУ від 19.02.98 р. № 80, фізичні особи — суб'єкти підприємницької діяльності після одержання свідоцтва про державну реєстрацію зобов'язані в 5-денний термін звернутися до органів податкової служби за місцем проживання для взяття на облік. Для цього слід подати заяву за затвердженою формою (№ 5-ООП), копію свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності — фізичної особи, а також пред'явити документ, що засвідчує особу (паспорт). Після взяття на облік податкова адміністрація видає підприємцю відповідну довідку за формою № 4 ОПП, що є обов'язковою умовою для відкриття рахунків в установах банків.

Реєстрація в органах Пенсійного фонду України. Відповідно до закону України «Про обов'язкове державне пенсійне страхування» від 09.07.2003 р. № 1058-IV, Інструкції про порядок обчислення і сплати збору до Пенсійного фонду України № 21-1 від 19.12.2003 р. суб'єкти підприємницької діяльності, що сплачують страхові внески на обов'язкове державне пенсійне страхування, зобов'язані зареєструватись за постійним місцем проживання в органах Пенсійного фонду України в 10-денний термін із дня одержання свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності, або з дня укладання угоди з найманими працівниками.

Для реєстрації подаються такі документи:

- 1) заява затвердженого зразка;
- 2) завірена копія (ксерокопія) свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності;
- 3) завірена копія (ксерокопія) довідки про присвоєння ідентифікаційного номера з Державного реєстру фізичних осіб — платників податків та інших обов'язкових платежів;
- 4) завірені копії (ксерокопії) угод про наймання на роботу фізичних осіб, якщо такі є.

Після реєстрації протягом 10 днів платнику внесків в Пенсійний фонд видається відповідне свідоцтво про реєстрацію.

Реєстрація в органах Фонду соціального страхування України по тимчасовій втраті працездатності для суб'єктів підприємницької діяльності — фізичних осіб є обов'язковою, якщо вони використовують працю найманих працівників (згідно з п. 2 ст. 27 закону України «Про обов'язкове державне соціальне страхування в зв'язку з тимчасовою втратою працездатності і витратами, зумовленими народженням і похованням» від 18.01.2001 р. № 2240-III, а також Інструкції про порядок надходження, облік і витрачання коштів Фонду соціального страхування України, затвердженої постановою № 16 Правління Фонду соціального страхування України від 26.06.2001 р.).

Фізичні особи - суб'єкти підприємницької діяльності для реєстрації подають заяву за встановленою формою, де зазначають свої паспортні дані і адресу. Платнику привласнюється реєстраційний номер і видається повідомлення про реєстрацію. Конкретний термін реєстрації в органах Фонду соціального забезпечення для новозареєстрованих підприємців, як платників збору до Фонду соціального страхування, не встановлено. Однак для новостворених підприємств передбачений 10-денний термін реєстрації. Тому рекомендується і приватним підприємцям дотримуватися цього терміну. Якщо приватний підприємець уклав трудову угоду з найманим працівником, то він має зареєструватися в органах Пенсійного фонду в 10-денний термін.

Фізичні особи — суб'єкти підприємницької діяльності, які не використовують працю найманих робітників, сплачують збір на обов'язкове соціальне страхування на добровільних засадах. Реєстрація і відповідно внесення внесків до Фонду дає можливість приватному підприємцю одержувати допомогу, що виплачується Фондом, зокрема, в зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, пологами чи при народженні дитини.

Реєстрація в органах Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття, а також в органах Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань України для підприємців, які використовують найману працю, є обов'язковою. Реєстрація підприємців, які не використовують найману працю, в цих фондах є добровільною.

Одержання печаток і штампів. Для здійснення господарської діяльності (придбання обладнання, матеріалів) приватному лікареві треба мати відповідні печатки і штампи як самостійного суб'єкта підприємницької діяльності. Для одержання дозволу на виготовлення відповідних печаток і штампів приватний підприємець повинен подати до відповідного органу внутрішніх справ заяву, копію свідоцтва про державну реєстрацію, два екземпляри зразків печатки і штампів, квитанцію про сплату збору за видачу дозволу на виготовлення печатки.

Протягом 5 робочих днів орган внутрішніх справ зобов'язаний видати дозвіл на виготовлення печатки, чи письмову відмову з зазначенням причин, зумовлених законодавством України.

Відкриття рахунків у банку. Порядок відкриття банками рахунків визначається Інструкцією «Про відкриття, використання та закриття рахунків у національній та іноземній валюті», затвердженою постановою Правління Національного банку України від 12.11.2003 р. № 492.

Для цього до банку слід подати такі документи:

- 1) заяву про відкриття поточного рахунку;
- 2) нотаріально завірену копію свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності;
- 3) нотаріально завірену копію документа, що підтверджує взяття на податковий облік;
- 4) довідку про реєстрацію в органах Пенсійного фонду;
- 5) картку зі зразком підпису, що проставляється в присутності працівника банку.

Протягом трьох робочих днів з дня відкриття поточного рахунку приватний підприємець повинен повідомити про це податковий орган за місцем реєстрації власника рахунку.

Для заняття приватною медичною практикою лікар повинен одержати ліцензію МОЗ України (розділ 1.3). Питання обліку, звітності, оподаткування діяльності приватного підприємця регулюються відповідними документами (додаток).

Приватно практикуючий лікар може обрати для себе загальну або спрощену систему оподаткування (єдиний податок). Для загальної системи оподаткування використовується 13% ставка оподаткування від одержаного доходу. При використанні спрощеної системи оподаткування (єдиного податку) ставка податку встановлюється місцевими органами і повинна знаходитись у межах від 20 до 200 грн залежно від виду діяльності. Ця сума сплачується незалежно від одержаного доходу.

8. Організаційно-правові форми діяльності амбулаторії загальної практики — сімейної медицини

Головною метою амбулаторії сімейного лікаря є задоволення потреб населення лікарської дільниці, сімей у всіх необхідних видах ПМСД, відповідно з

переліком її, в амбулаторії і вдома, а також наближення ПМСД до місця проживання контингенту, незалежно від віку, статі і характеру патології.

Предметом діяльності амбулаторії сімейного лікаря є:

- 1) організація раннього виявлення захворювань і лікування до одужання чи повної компенсації хворих з захворюваннями, що часто зустрічаються, у тому числі нетерапевтичного профілю;
- 2) визначення потреб осіб, які звернулися по спеціалізовану медичну допомогу вторинного і третинного рівнів і організація її надання при показаннях;
- 3) організація і проведення профілактичних і протиепідемічних заходів серед населення дільниці, в сім'ях, забезпечення в роботі синтезу лікувальної і профілактичної медицини;
- 4) інтеграція діяльності всіх спеціалістів, громадськості, населення дільниці щодо укріплення і охорони здоров'я і надання медичної допомоги.

Для досягнення поставленої мети амбулаторія сімейного лікаря виконує такі функції:

- 1) надання першої і невідкладної допомоги хворим при гострих раптових захворюваннях, травмах, отруєннях;
- 2) активне виявлення захворювань у населення дільниць (у сім'ях); приймає рішення по кожному хворому, на якому етапі повинна надаватися медична допомога;
- 3) здійснює лікувально-діагностичний, комплексний процес в амбулаторії і вдома по відношенню до осіб, які потребують допомоги на першому етапі; організує виїзну медичну допомогу;
- 4) організація надання медичної допомоги в денних стаціонарах, в амбулаторіях поліклінік, домашніх стаціонарах, лікування в лікарнях, пологових будинках; швидкої і невідкладної медичної допомоги; консультативної вторинної, третинної МСД та ін.;
- 5) здійснення комплексу профілактичних оздоровчих заходів на дільницях, залучаючи до їх проведення потрібні міжгалузеві служби, громадськість, населення;
- 6) здійснення комплексу профілактичних дій, включаючи постійний медичний нагляд за станом здоров'я обслуговуючого населення, санітарною освітою, навчанням пацієнтів методикам зміцнення здоров'я і профілактики захворювань, інші профілактичні засоби серед здорових (імунізація, психо-фармопрофілактика та ін.);
- 7) диспансеризація хворих з орієнтацією на нозологічну діагностику і медико-соціальну профілактику;
- 8) здійснення управління якістю і ефективністю медичної допомоги на закріпленій території; на основі вивчення захворюваності, смертності, демографічних даних, соціально-економічних обставин; розроблення стратегії надання медичної допомоги і проведення оздоровчих заходів;
- 9) організація експертизи тимчасової непрацездатності;

10) участь спільно з іншими органами і громадськими установами в організації медико-соціальної допомоги особам, які її потребують: введення спостереження за тяжкими хворими, групами підвищеного ризику за здоров'ям, тими, кого диспансеризовано.

11) участь в організації гігієнічного виховання всього закріпленого населення на дільницях і в сім'ях, проводить пропаганду по забезпеченню здорового способу життя відповідно до чинної соціально-економічної ситуації в регіоні.

Організація медичної допомоги на засадах сімейного лікаря має суттєві відмінності від організації медичної допомоги на засадах дільничного лікаря (табл. 5).

Амбулаторія сімейного лікаря може бути організована як підрозділ державного поліклінічного закладу, самостійний амбулаторно-поліклінічний заклад з правами юридичної особи всіх форм власності, що передбачені Господарським кодексом, також як самостійний господарський суб'єкт без організації юридичної особи на правах громадянина — підприємця — лікаря загальної практики (схема 5).

У багатьох країнах Зхідної Європи, переважно з системами соціального медичного страхування (Франція, Німеччина), лікарі загальної практики пра-

Таблиця 5. Відмінності в організації медичної допомоги на засадах дільничного і сімейного лікаря

Організація медичної допомоги на засадах дільничного лікаря	Організація медичної допомоги на засадах сімейного лікаря
1. Володіє знаннями і практичними навичками з загальної терапії	1. Володіє знаннями і практичними навичками не тільки з терапії, але і з суміжних спеціальностей: педіатрії, хірургії, акушерства-гінекології, оториноларингології, офтальмології тощо
2. Надає медичну допомогу за терапевтичною спеціальністю	2. Надає медичну допомогу за терапевтичною спеціальністю і в обмеженому об'ємі за вузькими спеціальностями.
3. Пацієнт не вибирає дільничного лікаря	3. Пацієнт вибирає сімейного лікаря. Обслуговування здійснюється за письмовою угодою
4. Обслуговує пацієнтів в межах робочого часу	4. Робочий час не нормований. Обслуговування пацієнтів здійснюється цілодобово
5. Може проживати за межами лікарської дільниці	5. Проживає на території лікарської дільниці.
6. Працює за трудовою угодою як найманий працівник	6. Може працювати як за трудовою угодою, так і за договором як приватний підприємець.

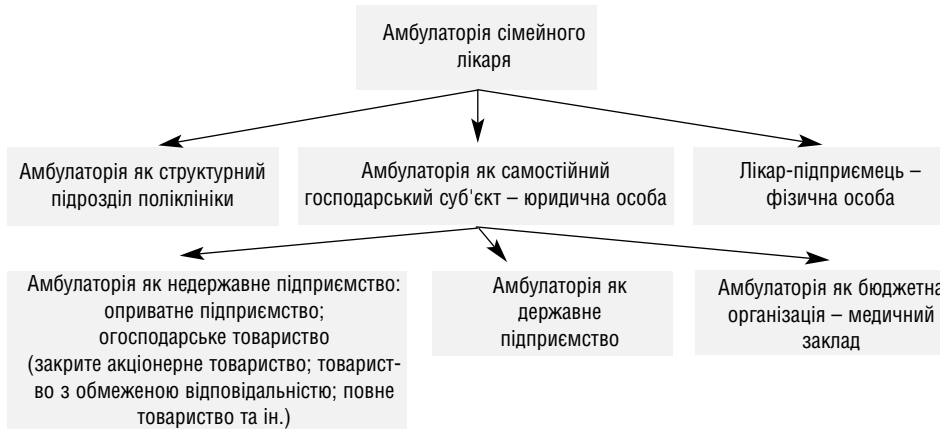


Схема 5. Організаційно-правові форми амбулаторії сімейного лікаря

цюють не як наймані працівники, а за контрактом як підприємці. Приватний інтерес лікаря загальної практики — підприємця має економічну і соціальну природу і полягає в одержанні прибутку від своєї діяльності і досягненні високого соціального статусу — визнанні свого професіоналізму з боку пацієнтів і колег. Головним завданням системи охорони здоров'я і державних органів управління в цих умовах є поєднання приватних інтересів лікарів загальної практики з інтересами суспільства в забезпеченні громадян кваліфікованою і доступною медичною допомогою. Це досягається завдяки прийнятим на національному рівні медичним стандартам і правилам з одного боку, і системою фінансування — з другого боку, що примушує лікарів діяти в інтересах пацієнтів.

Реформи охорони здоров'я, що проводяться в Центральній і Східній Європі, де переважна кількість лікарів працюють по найму, призводять до того, що в останній час вони стають більш самостійними. У деяких країнах лікарям загальної практики були надані значні повноваження по розпорядженню бюджетними коштами.

Системне реформування сфери охорони здоров'я розпочалося у 1997 р. у м. Комсомольську Полтавської області. Міською радою була прийнята «Концепція по забезпеченню населення м. Комсомольська медичною допомогою і раціоналізації системи охорони здоров'я в період фінансово-економічної кризи». Концепцією, зокрема передбачається:

- запровадити багатоканальність фінансування закладів охорони здоров'я;
- багатокладність власності при провідній ролі державних лікавально-профілактичних закладів;
- доступність ПМСД;
- розвиток сімейної медицини і групової сімейної практики.

У 1997 р. засноване комунальне підприємство «Комсомольська госпрозрахункова поліклініка», чим було започатковано багатокладність форм влас-

ності в галузі охорони здоров'я міста. У 2001 р. було створене ТМО, що поєднало в єдиний медичний простір мережу юридично незалежних ЛПЗ. До цієї мережі входять 11 приватних лікарів-практиків ЗМП/СМ, які взаємодіють з ТМО на основі договору.

Відповідно до складеного договору між дирекцією Комсомольського ТМО і лікарем ЗМП/СМ усю діяльність приватного лікаря-практика контролює аналітично-інформаційний відділ дирекції. Щоквартально аналізується звітна документація, постійно проводиться медичними статистиками перевірка вірогідності показників, а лікарем-експертом і міським педіатром проводиться експертний аналіз якості роботи сімейного лікаря серед населення. Медична документація закладу відповідає переліку форм, затверджених МОЗ України.

Кошторис видатків приватного сімейного лікаря-практика суттєво відрізняється від фінансування інших амбулаторій. Бюджетні кошти сімейному лікарю виділяються за подушним нормативом. Така оплата за надані послуги (за рахунок бюджетних коштів) визначається як часткове фондоутримання.

На одержані кошти лікар утримує орендований будинок і обладнання, проводить поточний ремонт, сплачує за використання енергоносіїв і комунальні послуги, забезпечує амбулаторію потрібними медикаментами для невідкладної допомоги. Він забезпечує дітей до 2-х років з малозабезпечених родин безкоштовним дитячим харчуванням, виплачує заробітну плату найманим працівникам, відшкодовує вартість медичних послуг, наданих мешканцям дільниці в ЛПЗ міста.

Приватний лікар самостійно формує штатний розклад амбулаторії, приймає і звільняє з роботи медичних працівників амбулаторії згідно з трудовим законодавством. Лікар має право отримувати додаткові кошти за рахунок наданих медичних послуг, не зумовлених договором. Кошти, що залишаються після проведення наведених вище витрат, є прибутком.

Як приватний підприємець, який знаходиться на єдиному податку, лікар щоквартально звітує перед податковою адміністрацією про свою фінансову діяльність, а також щомісячно перед бухгалтерією центральної міської лікарні і ТМО за цільове використання коштів.

Автори проекту відзначають, що за рахунок упровадження контрактної моделі роботи сімейних лікарів досягнуті позитивні результати:

- збільшена доступність ПМСД щодо населення територіальних дільниць;
- спостерігається позитивна динаміка зростання диспансерних груп по окремих нозологіям;
- зменшився рівень госпіталізації хворих до стаціонару;
- зменшилася кількість відвідувань до «вузьких» спеціалістів;
- зменшилася кількість викликів швидкої медичної допомоги.

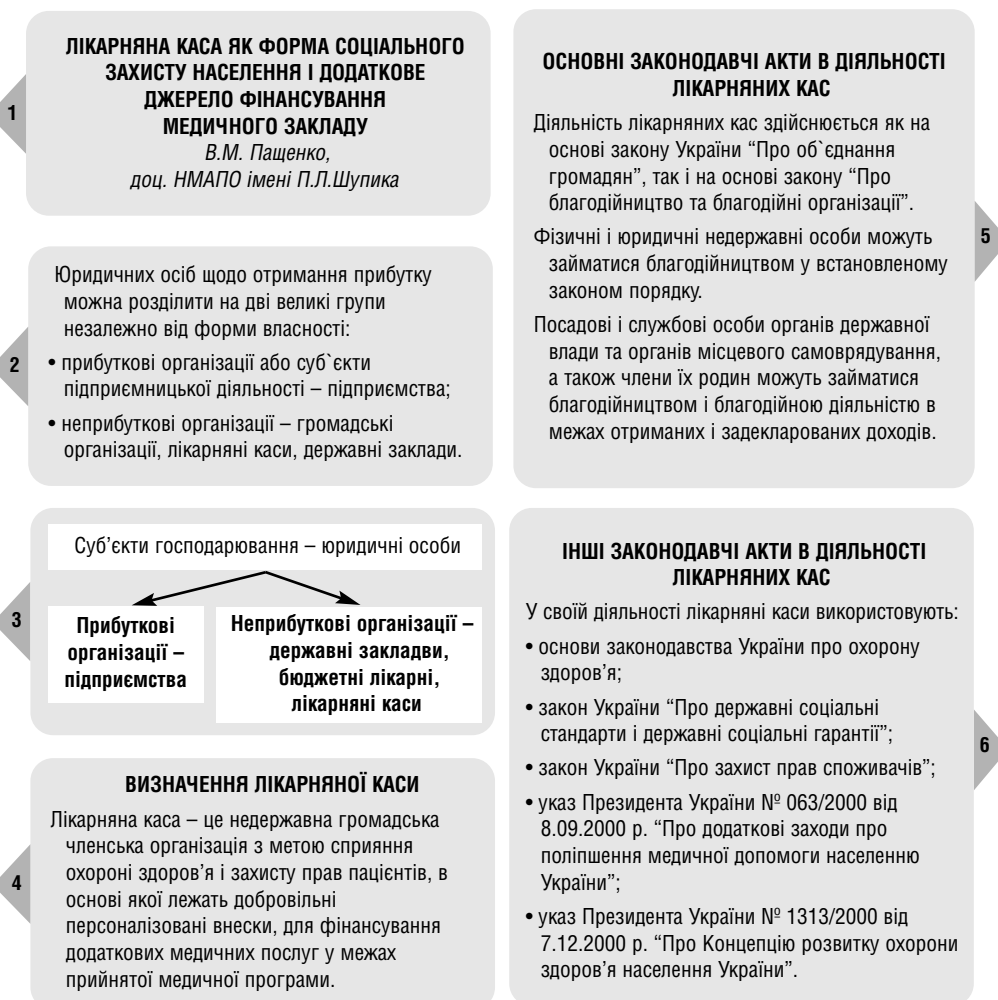
Охоплення населення міста ПМСД, що надають приватні лікарі ЗМП/СМ у 2002 р. становила 37%.

Як приклад можна розглянути статут дільничої лікарської амбулаторії сімейної медицини, організованої у формі державного підприємства.

Лекція 2

ЛІКАРНЯНА КАСА ЯК ФОРМА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ І ДОДАТКОВЕ ДЖЕРЕЛО ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Віктор Пащенко



ЛІКАРНЯНІ КАСИ – КРОК ДО СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

7

Лікарняні каси використовують технології медичного страхування: подібні схеми залучення і витрачання коштів, однакові принципи контролю за додержанням стандартів якості медичної допомоги, схожі контрактні взаємини з лікувальними закладами.

ЗАСНУВАННЯ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

8

Засновниками лікарняної каси як членської благодійної організації чи громадського об'єднання можуть бути фізичні особи – громадяни України, іноземні громадяни, особи без громадянства, які досягли 18 років (для молодіжних і дитячих організацій – 15 років).

Не можуть бути засновниками благодійної організації органи державної влади, органи місцевого самоврядування, державні і комунальні підприємства, установи і організації України, що фінансуються з бюджету.

ЛЕГАЛІЗАЦІЯ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ ЯК ГРОМАДСЬКОГО ОБ'ЄДНАННЯ

9

- Легалізація (офіційне визнання) об'єднань громадян є обов'язковою і здійснюється шляхом їх реєстрації або повідомлення про заснування.
- Діяльність об'єднань громадян, що не легалізовані, – протизаконна.
- У разі реєстрації об'єднання громадян набуває статусу юридичної особи.
- Про легалізацію (офіційне визнання) об'єднання громадян легалізуючий орган повідомляє у засобах масової інформації.
- Легалізацію громадської організації здійснює відповідно Міністерство юстиції України, місцеві органи державної виконавчої влади, виконавчі комітети сільських, селищних, міських рад народних депутатів. Міжнародні громадські організації обов'язково реєструються в Міністерстві юстиції України.

РЕЄСТРАЦІЯ ЛІКАРНЯНИХ КАС

10

- Державна реєстрація благодійних організацій відбувається в обласних, Київській і Севастопольській міських державних адміністраціях, а в Республіці Крим – урядом республіки.
- За державну реєстрацію благодійної організації вноситься плата, розмір якої встановлюється Кабінетом Міністрів України, але не може бути більшим 10 неоподаткованих мінімумів доходів громадян.

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ПОТРІБНИХ ДЛЯ ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ ЛІКАРНЯНИХ КАС

11

Для державної реєстрації благодійної організації подаються такі документи:

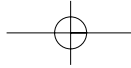
- заява засновників (засновника) чи їх уповноважених;
- статут (положення);
- протокол установчих зборів (з'їзду, конференції);
- відомості про засновника (засновників) і органи управління благодійної організації;
- відомості про місцеві відділення (філії, представництва) благодійної організації;
- документ, що засвідчує оплату коштів за державну реєстрацію.

СТАТУТ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

12

Основним документом, що регламентує діяльність лікарняної каси є статут або положення. У статуті визначається:

- назва організації (відмінна від існуючих), її статус, організаційно-правова форма і місцезнаходження;
- мета і завдання діяльності;
- джерела надходження та порядок використання коштів та іншого майна;
- права і обов'язки членів організації, порядок прийняття в члени і вибуття із неї;
- порядок утворення і діяльності статутних органів лікарняної каси і їх повноваження;
- порядок унесення змін і доповнень до статуту;
- порядок припинення діяльності, ліквідації чи реорганізації.



ПОВНОВАЖЕННЯ ЗАГАЛЬНИХ ЗБОРІВ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

Вищим органом управління лікарняної каси є загальні збори, з'їзд, конференція лікарняної каси.

До компетенції вищого органу належить:

- затвердження статуту лікарняної каси і внесення змін до нього;
- обрання виконавчого та контрольного органу лікарняної каси;
- визначення основних програм і напрямів діяльності;
- затвердження положень про виконавчі і контролюючі органи лікарняної каси і порядку обрання делегатів на конференцію;
- затвердження порядку і розміру заробітної плати працівникам лікарняної каси;
- створення закладів, організацій підприємств лікарняної каси;
- прийняття рішення про реорганізацію чи ліквідацію лікарняної каси;
- вирішення інших питань, передбачених статутом (положенням).

Рішення конференції оформляється протоколом і підписується головою і секретарем конференції.

13

ВИКОНАВЧИЙ ОРГАН ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

- Виконавчим органом лікарняної каси є правління (комітет), що обирається загальними зборами і складається з членів лікарняної каси.
- Повноваження правління визначається статутом (положенням).
- Очолює правління його голова, який обирається членами правління.
- Засідання правління проводиться регулярно (один, чи кілька разів на місяць залежно від об'єму діяльності).
- Члени виконавчого органу лікарняної каси, крім голови правління, не одержують заробітної плати за свою роботу в цьому органі.
- Витрати, зумовлені виконанням статутних обов'язків у цих органах, можуть бути відшкодовані за рахунок коштів лікарняної каси за рішенням правління (комітету).

14

КОМПЕТЕНЦІЯ ПРАВЛІННЯ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

До компетенції правління належить:

- організація виконання рішень прийнятих на конференції;
- підготовка і скликання конференції;
- затвердження річних планів діяльності лікарняної каси;
- вирішення питань членства в лікарняній касі, розміру вступних і членських внесків;
- затвердження штатного розкладу працівників лікарняної каси, умов оплати праці найманих працівників;
- здійснення заходів щодо ефективного використання майна лікарняної каси;
- інші функції, передбачені статутом лікарняної каси та положенням про виконавчий орган.

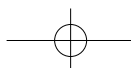
15

АДМІНІСТРАТИВНО-РОЗПОРЯДЧИЙ ОРГАН ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ (ДИРЕКЦІЯ)

Адміністративно-розпорядчий орган лікарняної каси (дирекція) створюється для здійснення поточної діяльності лікарняної каси (організаційної, фінансової, господарчої), зокрема:

- реалізації прийнятих програм надання медичної допомоги членам лікарняної каси (амбулаторної, стаціонарної, вдома тощо);
- медикаментозного забезпечення членів лікарняної каси (прийом, облік, видачу медикаментів для забезпечення лікувального процесу);
- подає на затвердження правління лікарняної каси коштовіс фінансово-господарських витрат;
- моніторинг і аналіз лікувально-діагностичного процесу членів лікарняної каси.

16



РОБОЧІ ГРУПИ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

Залежно від об'єму діяльності до складу адміністративно-виконавчого органу можуть створюватись робочі групи:

17

- 1) управлінська група – директор і його заступник (посада вводиться при кількості членів лікарняної каси більше 10 тис. осіб);
- 2) технологічна група в складі:
 - а) відділу контролю якості медичної допомоги і захисту прав пацієнтів;
 - б) центру медичного супроводу для організаційного, юридичного та інформаційного забезпечення членів лікарняної каси, які потребують медичної допомоги;
- 3) фінансово-господарча група в складі економіста-бухгалтера, касира, фармацевта.

ФОРМИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

- Систематична допомога хворим – членам лікарняної каси в медикаментозному і діагностичному забезпеченні.
- Фінансування конкретних цільових програм профілактики захворювань і впровадження нових методів лікування.
- Сприяння підготовці і підвищенню кваліфікації медичного персоналу.
- Здійснення благодійної матеріальної і фінансової допомоги хворим, які її потребують.
- Надання благодійної допомоги особистою працею, послугами.
- Допомога на основі договорів (контрактів) про благодійну діяльність.
- Дарування або дозвіл на безплатне (пільгове) використання об'єктів власності.
- Прийняття на себе витрат по безоплатному, повному або частковому утриманню об'єктів благодійництва.
- Захист прав та інтересів пацієнта по забезпеченню кваліфікованою медичною допомогою.

20

КОНТРОЛЮЮЧІ ОРГАНИ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

До контролюючих органів лікарняної каси належать:

18

- **ревізійна комісія лікарняної каси**, що здійснює контролюючі функції, шляхом проведення перевірок і ревізій фінансово-господарської діяльності лікарняної каси і подання їх результатів на розгляд загальних зборів (конференції) членів лікарняної каси. У разі потреби ревізійна комісія ініціює скликання позачергового засідання правління або конференції лікарняної каси;
- **наглядова рада, що здійснює розпорядчі і контролюючі функції** і представляє інтереси членів лікарняної каси в перерві між загальними зборами. Склад наглядової ради визначається конференцією з числа членів лікарняної каси.

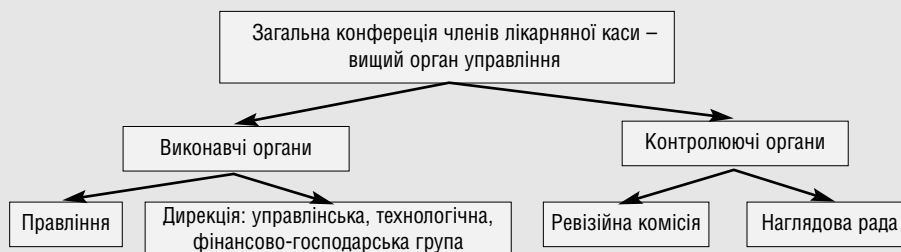
ПРОГРАМА „ШВИДКА ДОПОМОГА”:

- експрес-діагностика;
- надання швидкої і невідкладної медичної допомоги вдома – проведення екстрених лікувальних маніпуляцій і процедур;
- госпіталізація в стаціонар у спеціалізовані відділення, у т. ч. у реанімацію;
- проведення екстрених хірургічних операцій;
- надання екстренної допомоги висококваліфікованими фахівцями у вихідні та святкові дні, вечірній час у повному обсязі.

21

СТРУКТУРА УПРАВЛІННЯ ЛІКАРНЯНОЮ КАСОЮ

19



ПРОГРАМА „ПОЛІКЛІНІКА“:

22

- первинне медичне обстеження для визначення групи здоров'я і виявлення чинників ризику;
- лабораторні та інструментальні дослідження при виникненні гострих і загостренні хронічних захворювань, включаючи КТ;
- забезпечення медикаментами (за прийнятим переліком) при проведенні амбулаторного курсу лікування;
- надання консультативної допомоги лікарями різних спеціальностей, а за потреби – в інших лікувальних заходах.

ПРОГРАМА „СІМЕЙНИЙ ЛІКАР“

25

Амбулаторно-поліклінічний етап медичної допомоги – найскладніший з позицій медичного супроводу. Тому найбільш оптимальним у цій ситуації є поєднання функцій сімейного лікаря і довіреного лікаря лікарняної каси, оскільки сімейний лікар бере активну участь у лікуванні пацієнта і зацікавлений у його супроводі на всіх етапах медичної допомоги.

ПРОГРАМА „СТАЦІОНАР“:

23

- проведення діагностичних лабораторних і інструментальних досліджень згідно з медико-технологічними стандартами, консультація фахівців суміжних спеціальностей, у тому числі й в інших медичних закладах України;
- забезпечення лікарськими засобами, перев'язувальними матеріалами, предметами догляду, дієтичним харчуванням;
- хірургічне лікування, анестезіологічна допомога і організація післяопераційного догляду;
- лікування у відділеннях (палатах) інтенсивної терапії, реанімації.

ДОХОДИ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ ФОРМУЮТЬСЯ З:

26

- членських внесків засновників і членів лікарняної каси;
- цільових благодійних внесків (грантів);
- надходжень від збору пожертвувань, благодійних масових заходів, лотерей;
- доходів від депозитних вкладів, цінних паперів;
- доходів від власних підприємств, тощо.

Джерелом коштів не можуть бути кредити.

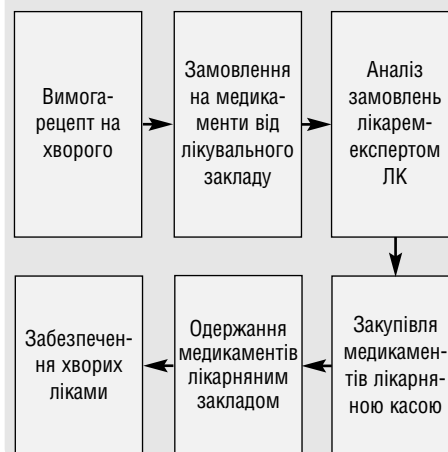
ПРОГРАМА „ПРОФІЛАКТИКА“

24

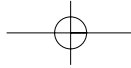
- проведення щорічного медичного профілактичного огляду з метою виявлення небезпечних захворювань: хвороб серцево-судинної системи, органів дихання, онкологічних захворювань тощо;
- проведення профілактики загострень хронічних захворювань, простудних та інших сезонних захворювань за допомогою лікарських засобів, вітамінних препаратів та імуномодуляторів;
- проведення реабілітаційних і санаторно-курортних заходів після лікування гострих і хронічних хвороб.

СХЕМА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЧЛЕНІВ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

27







Коментарі до слайдів

Слайд 1. Лікарняна каса як форма соціального захисту населення і додаткове джерело фінансування медичного закладу.

Слайд 2–3. Юридичних осіб щодо отримання прибутку можна розділити на дві великі групи незалежно від форми власності:

- прибуткові організації або суб`єкти підприємницької діяльності;
- неприбуткові організації.

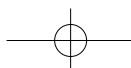
Згідно з п. 7.11.1 закону України «Про оподаткування прибутку підприємств» до неприбуткових організацій належать:

- а) органи державної влади України, органи місцевого самоврядування і створені ними заклади або організації, що утримуються за рахунок коштів відповідних бюджетів;
- б) благодійні фонди і благодійні організації в тому числі благодійні фонди та лікарняні каси;
- в) пенсійні фонди, кредитні спілки, утворені у порядку, визначеному законом;
- г) інші юридичні особи, діяльність яких не передбачає одержання прибутку згідно з нормами відповідних законів.

Слайд 4. Найбільший інтерес для охорони здоров`я представляють громадські організації: лікарняні каси і благодійні фонди, що в умовах хронічного дефіциту бюджетних коштів на функціонування охорони здоров`я є формою соціального захисту найбільш вразливих верств населення і додатковим джерелом фінансових коштів для охорони здоров`я.

Лікарняна каса — це недержавна громадська членська організація сприяння охороні здоров`я і захисту прав пацієнтів, в основі якої лежать добровільні персоналізовані внески, для фінансування додаткових медичних послуг у межах прийнятої медичної програми.

Слайд 5. Діяльність лікарняних кас може здійснюватися як на основі закону України «Про об`єднання громадян», так і на основі закону «Про благодійництво та благодійні організації». Серед створених лікарняних кас більшість (59%) створена відповідно до закону України «Про об`єднання громадян», 28% — згідно з законом «Про благодійництво та благодійні організації», близько 13% лікарняних кас посилаються на обидва закони. Існують деякі основні відмінності у статусі лікарняних кас, що керуються цими законами. Закон «Про об`єднання громадян» найбільшою мірою відповідає суті діяльності лікарняної каси як членської організації. У той же час, якщо в статуті лікарняної каси є посилання на обидва закони, то лікарняна каса може використовувати права, що визначені кожним із зазначених законів.



Фізичні і юридичні недержавні особи можуть займатися благодійництвом разом з відповідними благодійними організаціями, зареєстрованими в Установленому законом порядку. Посадові і службові особи органів державної влади і органів місцевого самоврядування, а також члени їх родин можуть займатися благодійництвом і благодійною діяльністю в межах отриманих і задекларованих доходів.

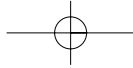
Слайд 6. У своїй діяльності лікарняні каси використовують:

- **основи законодавства України про охорону здоров'я**, де в ст. 18 передбачена можливість фінансування охорони здоров'я за рахунок фондів медичного страхування і благодійних фондів та інших джерел не заборонених законодавством;
- **закон України «Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії»**, що припускає можливість контролю за об'ємом і якістю медичної допомоги з боку громадських організацій у тому числі і лікарняних кас;
- **закон України «Про захист прав споживачів»**, що за відсутності законодавчої бази про захист прав пацієнтів дає можливість відстоювати права пацієнтів на належну якість і безпеку медичної послуги, потрібну вірогідну інформацію про якість послуги;
- **указ Президента України № 063/2000 від 8.09.2000 р. «Про додаткові заходи про поліпшення медичної допомоги населенню України»**, що рекомендує поширення досвіду роботи лікарняних кас;
- **указ Президента України № 1313/2000 від 7.12.2000 р. «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України»**, де йдеться про розвиток суспільно солідарного сектору охорони здоров'я.

Слайд 7. Лікарняні каси — крок до страхової медицини. Вони використовують технології медичного страхування: подібні схеми залучення і витрачання коштів, однакові принципи контролю за додержанням стандартів якості медичної допомоги, схожі контрактні взаємини з лікувальними закладами.

В умовах хронічного дефіциту бюджетних коштів на фінансування охорони здоров'я лікарняні каси можуть бути праобразом обов'язкового медичного соціального страхування і шляхом опанування навичок, необхідних для впровадження медичного страхування.

Діяльність лікарняних кас не обмежується тільки медичним супроводом пацієнтів—членів лікарняної каси. В багатьох випадках взаємодія лікарняних кас з медичними закладами має характер тривалого співробітництва. Лікарняні каси допомагають медич-



ним закладам у покращенні матеріально-технічної бази: придбанні потрібного обладнання, інструментів, ремонті приміщення тощо.

Слайд 8. Засновниками лікарної каси як членської благодійної організації чи громадського об'єднання можуть бути фізичні особи-громадяни України, іноземні громадяни, особи без громадянства, які досягли 18 років (для молодіжних і дитячих організацій — 15 років). Не можуть бути засновниками благодійної організації органи державної влади, органи місцевого самоврядування, державні і комунальні підприємства, заклади і організації України, що фінансуються з бюджету.

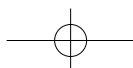
Членами лікарняної каси можуть стати всі громадяни, які досягли 18 років. Статутом може бути передбачене сімейне і колективне членство в лікарняній касі. При сімейному членстві за дітей до 18 років, а також дітей, які навчаються, сплачують батьки. Колективними членами можуть бути підприємства, заклади, організації незалежно від форми власності. Зазначені об'єкти господарювання можуть повністю або частково сплачувати внески за своїх співробітників.

Слайд 9. Легалізація (офіційне визнання) об'єднань громадян є обов'язковою і здійснюється шляхом їх реєстрації або повідомлення про заснування відповідно до Положення про порядок легалізації об'єднань громадян, затвердженого постановою Кабміну України від 26.02.93 р. № 140. Діяльність об'єднань громадян, що не легалізовані або примусово розпущені за рішенням суду, — протизаконна. У разі реєстрації об'єднання громадян набуває статусу юридичної особи. Про легалізацію (офіційне визнання) об'єднання громадян легалізуючий орган повідомляє у засобах масової інформації. Легалізацію громадської організації здійснює відповідно Міністерство юстиції України, місцеві органи державної виконавчої влади, виконавчі комітети сільських, селищних, міських рад народних депутатів. Міжнародні громадські організації обов'язково реєструються в Міністерстві юстиції України.

Слайд 10. Державна реєстрація благодійних організацій відбувається в обласних, Київській і Севастопольській міських державних адміністраціях, а в Республіці Крим — урядом республіки. За державну реєстрацію благодійної організації вноситься плата, розмір якої встановлюється Кабінетом Міністрів України, але не може бути більшим 10 неоподаткованих мінімумів доходів громадян.

Слайд 11. Для державної реєстрації благодійної організації подаються такі документи:

— заява засновників (засновника) чи їх уповноважених;



- статут (положення);
- протокол установчих зборів (з`їзду, конференції);
- відомості про засновника (засновників) і органи управління благодійної організації;
- відомості про місцеві відділення (філії, представництва) благодійної організації;
- документ, що засвідчує оплату коштів за державну реєстрацію.

Слайд 12. Основним документом, що регламентує діяльність лікарняної каси є статут або положення. У статуті визначається:

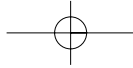
- назва організації (відмінна від існуючих), її статус, організаційно-правова форма і місцезнаходження;
- мета і завдання діяльності;
- джерела надходження і порядок використання коштів та іншого майна;
- права і обов`язки членів організації, порядок прийняття в члени і вибуття із неї;
- порядок утворення і діяльності статутних органів лікарняної каси і їх повноваження;
- порядок унесення змін і доповнень до статуту;
- порядок припинення діяльності, ліквідації чи реорганізації.

У статуті можуть бути передбачені інші положення, що стосуються особливостей створення і діяльності лікарняної каси. Статут лікарняної каси готується засновниками, приймається загальними зборами і затверджується місцевою адміністрацією.

Статут не повинен суперечити законодавству України.

Слайд 13. Вищим органом управління лікарняної каси є колегіальний орган (загальні збори, з`їзд, конференція), на яку скликаються делегати від членів лікарняної каси не рідше одного разу на рік. Колегіальний орган здійснює свої повноваження згідно зі статутом (положенням) лікарняної каси. Конференція правомочна вирішувати питання за наявності не менше 2/3 загального складу делегатів і може приймати рішення з будь-яких питань діяльності лікарняної каси. Виключно до компетенції вищого органу належить:

- затвердження статуту лікарняної каси і внесення змін до нього;
- обрання виконавчого і контрольного органу лікарняної каси;
- визначення основних напрямів діяльності;
- затвердження програми діяльності;
- затвердження положень про виконавчі і контролюючі органи лікарняної каси і порядку обрання делегатів на конференцію;
- затвердження порядку і розміру заробітної плати працівникам лікарняної каси;
- створення закладів, організацій підприємств лікарняної каси;



- прийняття рішення про реорганізацію чи ліквідацію лікарняної каси;
- вирішення інших питань, передбачених статутом (положенням). Рішення конференції оформляється протоколом і підписується головою і секретарем конференції.

Слайди 14–15. Виконавчий орган лікарняної каси і його повноваження.

Виконавчим органом лікарняної каси є правління (комітет), що вибирається загальними зборами і складається з членів лікарняної каси. Після обрання на конференції членів правління, останні вибирають зі свого складу голову. Повноваження правління (комітету) визначається статутом (положенням). Засідання правління проводиться регулярно (один, чи кілька разів на місяць залежно від об'єму діяльності). До компетенції правління належить:

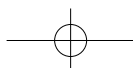
- організація виконання рішень прийнятих на конференції;
- підготовка і скликання конференції;
- підготовка і внесення на розгляд конференції проектів, програм, пропозицій по основним напрямкам діяльності лікарняної каси;
- затвердження річних планів діяльності лікарняної каси;
- вирішення питань членства в лікарняній касі, розміру вступних і членських внесків;
- затвердження штатного розкладу працівників лікарняної каси умов оплати праці найманих працівників;
- здійснення заходів щодо ефективного використання майна лікарняної каси;
- інші функції, передбачені статутом лікарняної каси і положенням про виконавчий орган.

Члени виконавчого органу лікарняної каси, крім голови правління, не одержують заробітної плати за свою роботу в цьому органі. Витрати, зумовлені виконанням статутних обов'язків у цих органах, можуть бути відшкодовані за рахунок коштів лікарняної каси за рішенням правління (комітету).

Слайд 16. Адміністративно-розпорядчий орган лікарняної каси (дирекція)

створюється для здійснення поточної діяльності лікарняної каси (організаційної, фінансової, господарчої), зокрема:

- реалізації прийнятих програм надання медичної допомоги членам лікарняної каси (амбулаторної, стаціонарної, вдома тощо)
- медикаментозного забезпечення членів лікарняної каси (прийом, облік, видачу медикаментів для забезпечення лікувального процесу);
- подає на затвердження правління лікарняної каси коштові фінансово-господарських витрат;



— здійснює моніторинг і аналіз лікувально-діагностичного процесу членів лікарняної каси.

Керівництво адміністративно-виконавчим органом лікарняної каси здійснює директор. Директор є розпорядником поточної фінансової діяльності, він відкриває рахунки в установах банків, здійснює прийом на роботу і звільнення з роботи найманих працівників, видає накази, інструкції та інші акти в межах наданих йому повноважень.

Слайд 17. Залежно від об'єму діяльності до складу адміністративно-виконавчого органу можуть створюватись робочі групи:

- 1) управлінська група — директор і його заступник (посада вводиться при кількості членів лікарняної каси більше 10 тис. осіб);
- 2) технологічна група в складі: а) відділу контролю якості медичної допомоги і захисту прав пацієнтів; б) центру медичного супроводу для організаційного, юридичного та інформаційного забезпечення членів лікарняної каси, які потребують медичної допомоги;
- 3) фінансово-господарча група в складі економіста-бухгалтера, касира, фармацевта.

Слайд 18. До контролюючих органів лікарняної каси належать:

- 1) **ревізійна комісія лікарняної каси**, що здійснює контролюючі функції, шляхом проведення перевірок і ревізій фінансово-господарської діяльності лікарняної каси і подання їх результатів на розгляд загальних зборів (конференції) членів лікарняної каси. У разі потреби ревізійна комісія ініціює скликання позачергового засідання правління або конференції лікарняної каси. Склад ревізійної комісії чисельністю не менше трьох осіб вибирається на конференції з числа членів лікарняної каси;
- 2) **наглядова рада, що здійснює розпорядчі і контролюючі функції.** Наглядова рада визначається конференцією з числа членів лікарняної каси. Члени правління лікарняної каси не можуть одночасно входити до наглядової ради. Наглядова рада представляє інтереси членів лікарняної каси в перерві між загальними зборами і в межах компетенції, що визначається положенням про наглядову раду, яке затверджується зборами.

Наглядова рада контролює і регулює діяльність правління і адміністративно-виконавчого органу, в тому числі здійснює контроль за виконанням рішень загальних зборів членів лікарняної каси і поточний контроль за виконанням річних планів; уносить на розгляд конференції пропозиції щодо удосконалення діяльності лікарняної каси; контролює ефективність і цільове використання майна і коштів лікарняної каси; скликає в разі потреби конфе-

ренцію членів лікарняної каси; здійснює інші повноваження, надані загальними зборами членів лікарняної каси.

Слайд 19. Структура управління лікарняною касою

Слайд 20. Для досягнення цілей і завдань, визначених у статутних документах, за сприянням охороні здоров'я і захисту прав пацієнтів, діяльність лікарняних кас може здійснюватися в різних формах:

- систематична допомога хворим — членам лікарняної каси в медикаментозному і діагностичному забезпеченні;
- фінансування конкретних цільових програм профілактики захворювань і впровадження нових методів лікування;
- сприяння підготовці і підвищенню кваліфікації медичного персоналу;
- здійснення благодійної матеріальної і фінансової допомоги хворим, які її потребують, при здійсненні лікувальних і профілактичних заходів;
- подання благодійної допомоги особистою працею, послугами;
- допомога на основі договорів (контрактів) про благодійну діяльність;
- дарування або дозвіл на безплатне (пільгове) використання об'єктів власності;
- прийняття на себе витрат по безоплатному, повному або частковому утриманню об'єктів благодійництва;
- захист прав та інтересів пацієнта по забезпеченню кваліфікованою медичною допомогою.

З метою забезпечення своїх членів кваліфікованою медичною допомогою лікарняна каса укладає договір про співробітництво з лікувальним закладом.

Згідно з договором, лікувальний заклад проводить планову і ургентну амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну медичну допомогу членам лікарняної каси, а лікарняна каса надає благодійну фінансову допомогу по витратах, що фінансово не забезпечуються бюджетом у повному обсязі.

Слайд 21. Програма «Швидка допомога»:

- Надання швидкої і невідкладної медичної допомоги вдома — проведення екстрених лікувальних маніпуляцій і процедур;
- експрес-діагностика;
- госпіталізація в стаціонар у спеціалізованні відділення, у т.ч. у реанімацію;
- проведення екстрених хірургічних операцій;
- надання екстренної допомоги висококваліфікованими фахівцями у вихідні і святкові дні, вечірній час у повному обсязі.

Слайд 22. Програма «Поліклініка»

- Первинне медичне обстеження для визначення групи здоров'я і виявлення чинників ризику;
- лабораторні та інструментальні дослідження при виникненні гострих і загостренні хронічних захворювань, включаючи КТ;
- забезпечення медикаментами (за прийнятим переліком) при проведенні амбулаторного курсу лікування;
- надання консультативної допомоги лікарями різних спеціальностей, а за потреби — в інших лікувальних закладах.

Слайд 23. Програма «Стационар»

- Проведення діагностичних лабораторних і інструментальних досліджень згідно з медико-технологічними стандартами, консультація фахівців суміжних спеціальностей, у тому числі і інших медичних закладах України;
- забезпечення лікарськими засобами, перев'язувальними матеріалами, предметами догляду, дієтичним харчуванням;
- хірургічне лікування, анестезіологічна допомога і організація післяопераційного догляду;
- лікування у відділеннях (палатах) інтенсивної терапії, реанімації.

Слайд 24. Програма «Профілактика»

- Проведення щорічного медичного профілактичного огляду з метою виявлення небезпечних захворювань: хвороб серцево-судинної системи, органів дихання, онкологічних захворювань тощо;
- проведення профілактики загострень хронічних захворювань, простудних і інших сезонних захворювань за допомогою лікарських засобів, вітамінних препаратів та імуномодуляторів;
- проведення реабілітаційних і санаторно-курортних заходів після лікування гострих і хронічних хвороб.

Слайд 25. Програма «Сімейний лікар»

Амбулаторно-поліклінічний етап медичної допомоги — найскладніший з позицій медичного супроводу. Тому найбільш оптимальним у цій ситуації є поєднання функцій сімейного лікаря і довіреного лікаря лікарняної каси, оскільки сімейний лікар бере активну участь у лікуванні пацієнта і зацікавлений у його супроводі на всіх етапах медичної допомоги.

Слайд 26. Доходи лікарняної каси формуються з:

- членських внесків засновників і членів лікарняної каси;
- цільових благодійних внесків (грантів);
- надходжень від збору пожертвувань, благодійних масових заходів, лотерей;

- доходи від депозитних вкладів, цінних паперів;
- доходи від власних підприємств тощо.

Джерелом коштів не можуть бути кредити.

Слайд 27. Медикаментозне забезпечення членів лікарняної каси здійснюється централізовано через аптеку-склад лікарняної каси. Запас медикаментів на складі формується відповідно до вимог на ліки і витратні матеріали, що потрібні для лікування членів лікарняної каси. Забезпечення ліками проводиться згідно з лікарським формуляром, розробленим управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації і рекомендованим для використання всіма лікарнями державних медичних закладів. Формуляр містить перелік лікарняних засобів з найбільш ефективним співвідношенням витрат на лікування і очікуваних результатів.

Схема медикаментозного забезпечення членів лікарняної каси

При амбулаторно-поліклінічному лікуванні пацієнт — член лікарняної каси самостійно отримує ліки у фармацевта, що є в лікувальному закладі, при пред'явленні вимоги-рецепта з особистою печаткою лікаря за підписом завідуючого відділенням і лікаря-експерта. Після отримання пацієнтом ліків у членській картці фармацевтом ставиться позначка про суму витрачених на лікування коштів.

Слайд 28. Основним і найбільш стабільним і надійним джерелом фінансування лікарняної каси є членські внески. Для забезпечення беззбиткової діяльності лікарняної каси потрібно, щоб сума грошових надходжень відповідала витратам на лікування членів лікарняної каси і забезпечувала функціонування виконачого органу лікарняної каси. Визначення суми членських внесків здійснюється за методикою актуарних розрахунків, що використовується в страховій справі. Членські внески за своєю суттю є страховим тарифом і мають структуру представлену на малюнку «Структура страхового тарифу».

Сума членських внесків залежить від програми, яку обирають члени лікарняної каси. Розглянемо розрахунок суми членських внесків для програм стаціонарного і амбулаторно-поліклінічного лікування.

Слайд 29. Моніторинг лікувально-діагностичного процесу членів лікарняної каси є неодмінною і надзвичайно важливою функцією лікарняної каси. Він має здійснюватися у кількох напрямках:

- 1) моніторинг лікувально-діагностичного процесу;
- 2) контроль за раціональним використанням медикаментів;
- 3) контроль вартості лікування.

Слайд 30. Система контролю лікувально-діагностичного процесу з боку лікарняної каси має здійснюватися на трьох рівнях:

- **I рівень** — лікар-експерт лікарняного закладу, проводить експертну оцінку лікувально-діагностичного процесу на основі розробленої карти експертної оцінки. Медична допомога характеризується з позицій адекватності і доступності відповідно до стану здоров'я пацієнта і прийнятих стандартів медичних технологій. Щомісяця листки призначень і картки експертної оцінки надходять до лікарняної каси для узагальнення результатів.
- **II рівень** — лікар-експерт лікарняної каси на основі основної інформації, що надходить від лікарів-експертів лікарняного закладу, узагальнює результати контролю на I рівні і здійснює аналіз використання ресурсів по лікувальних закладах і нозологічних формах.
- **На III рівні** контроль здійснюється головними спеціалістами управління охорони здоров'я місцевої адміністрації. Для здійснення контролю створюється експертна комісія, що працює з лікарняною касою на договірних засадах.

Практичний випадок 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ

Віктор Пащенко

Надворі справжня осінь — прохолодно і дощить. Микола з вікна свого кабінету подивився на подвір'я і пригадав поетичні рядки відомого твору: «Ідуть дощі. Холодні осінні тумани клубочать угорі і спускають на землю мокрі коси. Пливе у сірій безвісті нудьга, пливе безнадія, і стиха, хлипає сум...» Але Миколі ні сумувати, ні нудьгувати ніколи. Незабаром почнеться опалювальний сезон. А це означає, що треба терміново замінити зношені труби. У бюджеті грошей, як завжди, немає, то ж він має використовувати власні дуже обмежені джерела.

На господарському дворі Микола здає в оренду приватному підприємцю під автомобільну майстерню два покинутих бокси, тож має від цього невеликий зиск — іноді звертається до нього за допомогою. Часто такий невеличкий прибуток буває дуже доречним: завжди є проблеми і немає коштів. Наприклад, Микола пам'ятає, що колись санітарний транспорт треба було терміново відремонтувати, а тепер потрібно замінити труби.

Він ще раз переглянув кошторис своєї лікарні і побачить, що знову прийдеться звертатися за додатковими коштами до райдержадміністрації. Адже потрібно не тільки замінити труби, ще й витрати на комунальні послуги збільшаться, тому що вони знову подорожчали. Микола знав, що гроші скоріше за все виділять — влада не допустить, щоб лікарня залишилася взимку без тепла. Офіційно держава добре піклувалася про лікарні: заробітна плата, комунальні послуги, медикаменти, харчування для хворих — все це захищені статті. Однак Микола ще пам'ятав часи, коли заробітну плату затримували на кілька місяців. Працювали на ентузіазмі та почутті обов'язку. На жаль, голий ентузіазм не був спроможний нагодувати родини працівників лікарні. Тоді кілька спеціалістів покинули лави медичних працівників і пішли в бізнес.

У Переяславського району, де працював Микола, 139 тис. мешканців, з яких 70 тис. проживає в районному центрі. Охорона здоров'я представлена районною лікарнею на 350 ліжок, поліклінікою і пологовим будинком. На території району діють 3

дільничні лікарні, 14 лікарських амбулаторій і 19 пунктів першої медичної допомоги. Нині ситуація з фінансуванням лікарняних закладів почала покращуватися. Кошти зростають з року в рік. У власній лікарні Миколі вдалося зробити косметичний ремонт, закупити нову постільну білизну для стаціонару, придбати медичні халати. Соромно згадати, але раніше хворі в лікарню приходили зі своїми простирадлами.

Але зараз, високі темпи інфляції знецінюють кошти, що надходять у лікарню. Минулого року офіційний рівень інфляції становив 19%, хоч, на думку Миколи, він був удвічі більший. Майже 60% бюджету лікарні — це заробітна плата, що з року на рік зростає, потім ідуть комунальні послуги, а на медикаменти мало що залишається. Коштів після покриття цих витрат тільки й вистачає, щоб забезпечити ургентну допомогу. Хіба можна лікувати хворого в лікарні на 4 гривні на добу бюджетних коштів! А що лікар може надати пацієнтові за такі гроші?

Певна річ, лікарі не можуть забезпечити хворих безкоштовними ліками, як вони це робили раніше. Ось і складає лікар у лікарні Миколи для стаціонарного хворого перелік препаратів для закупівлі і направляє його до аптечного кіоску. Хворі засвоїли такий стан справ і сприймають його як належне, але це не означає, що всі можуть собі це дозволити. Добре, у кого є гроші. А що робити одинокій пенсіонерці, яка проробила в колгоспі все життя і заробила на мізерну пенсію? Хто заплатить за її лікування? І відмовити не можна — закон це не дозволяє, але означає, що вона не зможе отримати повноцінного лікування.

Микола знав від своїх колег з інших регіонів, що недостатнє фінансування лікарень є загальною проблемою, і багато з них розв'язували це питання через організацію невеличких медичних страхових фондів, відомих як лікарняні каси. Ось у Кіровоградському районі його товариш створив лікарняну касу, що працює вже декілька років, на Житомирщині успішно діє ціла система таких лікарняних кас. Така система працює за рахунок установа членства клієнтів, кожний з яких сплачує невелику суму — щось від 5 до 15 гривень — на місяць у загальний фонд. Коли член каси захворіє і його потрібно госпіталізувати або купувати ліки, такі витрати частково покриваються за рахунок накопичених ним у касі грошей. Ідея досить проста — коли здорова людина регулярно вносить невелику суму грошей у касу, тоді коли вона захворіє, їй не буде потрібно збирати велику суму, щоб оплачувати лікування. Микола вже довгий час виношував ідею створення такої системи у своєму районі, але він не знав, з чого ж почати?

Згідно з українським законодавством, органи державної влади не можуть бути засновниками лікарняних кас, але ж вони повинні надавати всіляку підтримку громадам. Миколу тільки-но було обрано народним депутатом районної ради, тому йому буде дуже зручно підготувати керівників місцевої влади до сприйняття ідеї і підтримки організації лікарняної каси та інформувати населення про потенційні переваги такої програми. Він почав робити записи. Йому потрібно буде зробити доповідь на засіданні районної ради, опублікувати декілька статей у районній газеті, розробити буклети і листівки, щоб розвіяти сумніви населення, обговорити можливість участі у касі з директорами різних підприємств і організувати відповідну ініціативну групу.

Микола знав, що найбільшою проблемою, з якою він стикнеться, буде переконати населення сприйняти концепцію лікарняної каси, особливо заможну його частину. Якщо ці люди можуть сплачувати за власне лікування, буде дуже важко переконати їх вносити гроші на користь усіх. Чи можливо буде залучити до членства в лікарняній касі достатню кількість населення, щоб забезпечити беззбитковість діяльності? Які мають бути членські внески до лікарняної каси? Тут треба зберігати рівновагу, тому що для тих, хто може платити, членство в лікарняній касі не є актуальним, і вони можуть не схотіти вступати в касу. При цьому треба встановити не дуже великий членський внесок, щоб більше малозабезпечених людей змогли отримати підтримку від каси. Значить Миколі треба залучати додаткові джерела коштів — спонсорів і благодійні організації.

Для того, щоб підтримати такий баланс, думав Микола, треба розподілити процес на декілька етапів. Перш за все потрібно зосередитися на задоволенні потреб середнього класу, щоб він створив стабільну основу страхового фонду. Послуги, що каса зможе запропонувати, мають задовольняти потреби цих людей, і внесок за такі послуги не повинен перевищувати 100 умовних одиниць на рік, щоб членство у касі не було тягарем для цих людей. Після того, як будуть залучені потрібні фінансові ресурси, їх можна буде застосувати на допомогу і тим, хто не може багато сплачувати за власне лікування. Адже в системі солідарного медичного страхування звичайна практика, коли лікування хворих оплачується грошима, що вносять члени каси, поки вони здорові.

Надворі стемніло, Миколі час уже їхати додому. Він вирішив діяти і подумав, що треба зібрати ініціативну групу і почати опрацьовувати план дій. Микола підняв телефонну слухавку, щоб зробити декілька дзвінків.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

1. Як Микола розпочав утілювати свій план створення лікарняної каси?
2. До яких державних установ йому потрібно буде звернутися, і як йому це краще зробити?
3. Яка саме частина законодавства, зокрема закони «Про об'єднання громадян» і «Благодійництво та благодійні організації», підтримує існування і діяльність лікарняних кас? Які відмінності роботи лікарняних кас згідно з кожним з цих законодавчих актів?
4. Які заходи може запровадити Микола для поширення серед населення ідеї проекту створення лікарняної каси? Які конкретні заходи він може взяти у цій галузі?
5. Хто є найбільш зацікавленими сторонами у його плані?
 - а) Чи будуть вони його підтримувати, або протидіяти (і чому)?
 - б) Що потрібно зробити Миколі, щоб залучити цих людей і організації до стану прихильників лікарняних кас?
6. Які питання щодо створення такої організації мають бути вирішені у першу чергу?
7. Як повинен Микола відслідковувати успішність функціонування лікарняної каси? Які показники в її роботі потрібно оцінювати? Які можуть бути потенційні джерела залучення коштів у бюджет лікарняної каси?

НАВЧАЛЬНІ НОТАТКИ

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

1. Учасники мають усвідомити, як залучати додаткові ресурси фінансування охорони здоров'я у власних лікарнях.
2. Учасники повинні усвідомити, як забезпечувати соціальний захист малозабезпечених верств населення через утворення громадських медичних страхових організацій (тобто, лікарняних кас) за допомогою чинного законодавства.

На основі попереднього обговорення слухачі — керівники медичних закладів мають прийти до таких висновків:

- 1) лікарняна каса в сучасних умовах може розглядатися як певна форма соціального захисту населення і додаткове джерело фінансування медичного закладу;
- 2) лікарняні каси використовують технології медичного страхування: подібні схеми залучення і витрачання коштів, однакові принципи контролю за дотриманням стандартів якості медичної допомоги, а також налагодження і підтримка схожих контрактних взаємин з лікувальними закладами;
- 3) у такій країні, як Україна, в умовах хронічного дефіциту бюджетних коштів на фінансування охорони здоров'я лікарняні каси можуть бути праобразом обов'язкового медичного і соціального страхування та можливістю опанування навичками відповідними медичними адміністраторами, потрібними для впровадження медичного страхування;
- 4) з економічної, політичної і соціальної точки зору в Україні існують усі можливості для організації і успішної діяльності лікарняних кас;
- 5) успішна діяльність лікарняних кас можлива за умови сприяння широких верств населення і органів місцевого управління (місцевих рад, адміністрації).

ПЛАН ДІЙ

1. Створити ініціативну групу по заснуванню районної лікарняної каси з залученням представників громадськості, місцевої адміністрації і працівників медичних закладів.
2. Обґрунтувати статус лікарняної каси як громадської чи благодійної організації, що має діяти на основі законів «Про об'єднання громадян» чи «Благодійництво та благодійні організації», або з посиланням на обидва закони.

3. Підготувати проект статуту лікарняної каси.
4. Підготувати і провести установчі збори по створенню лікарняної каси і розглянути питання:
 - довести до відома учасників мету, завдання і перспективи діяльності лікарняної каси;
 - прийняти рішення про створення лікарняної каси;
 - затвердити статут лікарняної каси;
 - обрати правління лікарняної каси, ревізійну комісію і наглядову раду лікарняної каси;
 - розглянути і затвердити внутрішню структуру лікарняної каси;
 - затвердити основні напрями діяльності лікарняної каси;
 - зобов'язати правління лікарняної каси створити робочу групу для розроблення на основі прийнятого статуту правової бази для забезпечення діяльності лікарняної каси.
5. Зареєструвати лікарняну касу в відповідних органах місцевої районної ради.

ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

1. Медикаментозне забезпечення стаціонарного і амбулаторно-поліклінічного лікування членів лікарняної каси.
2. Покращення матеріально-технічної бази мережі лікувально-профілактичних закладів, що надають медичні послуги членам лікарняної каси.
3. Покращення здоров'я членів лікарняної каси як результат розповсюдження інформаційних матеріалів щодо профілактики і утвердження здорового способу життя.
4. Сприяння впровадженню нових медичних технологій шляхом придбання сучасного медичного обладнання і навчання персоналу.

Додаток

ЛІКАРНЯНА КАСА ЯК ФОРМА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ І ДОДАТКОВЕ ДЖЕРЕЛО ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

1. Законодавче забезпечення діяльності лікарняних кас

Юридичні особи щодо отримання прибутку можна розділити на дві великі групи незалежно від форми власності:

- прибуткові організації або суб`єкти підприємницької діяльності;
- неприбуткові організації.

Згідно з п.7.11.1 Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств» до неприбуткових організацій належать:

- а) органи державної влади України, органи місцевого самоврядування і створені ними заклади або організації, що утримуються за рахунок коштів відповідних бюджетів;
- б) благодійні фонди і благодійні організації, створені у порядку, визначеному законом для проведення благодійної діяльності, в тому числі громадські організації, створені з метою провадження екологічної, оздоровчої, культурної, освітньої і наукової спілки та політичні партії;
- в) пенсійні фонди, кредитні спілки, утворені у порядку, визначеному законом;
- г) інші, ніж передбачені в абзаці «б», юридичні особи, діяльність яких не передбачає одержання прибутку згідно з нормами відповідних законів;
- д) спілки, асоціації та інші об`єднання юридичних осіб, житлово-будівельні кооперативи, що утримуються лише за рахунок внесків засновників і не проводять підприємницької діяльності за винятком одержання пасивних доходів;
- е) релігійні організації, зареєстровані у порядку, визначеному законом.

Структура неприбуткових організацій показана на малюнку.

Найбільший інтерес для охорони здоров`я представляють благодійні і громадські організації як форми об`єднання громадян, що в умовах хронічного дефіциту бюджетних коштів на функціонування охорони здоров`я є формою соціального захисту найбільш вразливих верств населення і додатковим джерелом фінансових коштів для охорони здоров`я.

Об`єднання громадян — це добровільне громадське формування, створене на основі єдності інтересів для спільної реалізації громадянами своїх прав і свобод. Об`єднання громадян, незалежно від назви (рух, конгрес, фонд, спілка), може бути громадською або політичною організацією.

Громадською організацією є об'єднання громадян, створене для задоволення і захисту своїх законних соціальних, економічних, творчих, вікових, національно-культурних та інших спільних інтересів. У сфері охорони здоров'я такими громадськими організаціями можуть бути лікарняні каси, цільові фонди підтримки закладів охорони здоров'я і здоров'я громадян, фонд підтримки охорони здоров'я військовослужбовців, звільнених у запас, та ін. Діяльність об'єднань громадян і громадських організацій регулюється законом України «Про об'єднання громадян».

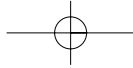
Благодійницька діяльність регулюється законом України «Про благодійництво та благодійні організації». Благодійництво — це добровільна, безкорислива пожертва фізичних і юридичних осіб у наданні матеріальної, фінансової і організаційної допомоги. Благодійницька діяльність не передбачає одержання прибутку і здійснюється недержавними організаціями. Благодійництво здійснюється на засадах законності, гуманності, спільності інтересів, рівності прав її учасників, гласності, добровільності і самоврядування.

Фізичні і юридичні особи можуть займатися благодійництвом разом з відповідними благодійними організаціями, зареєстрованими в установленому законом порядку. Президент України, депутати, посадові і службові особи органів державної влади і органів місцевого самоврядування, а також члени їх родин можуть займатися благодійництвом і благодійною діяльністю в межах отриманих і задекларованих доходів.

Діяльність лікарняних кас може здійснюватися як на основі закону України «Про об'єднання громадян», так і на основі закону «Про благодійництво та благодійні організації». Серед створених лікарняних кас більшість (59%) створена відповідно до закону України «Про об'єднання громадян», 28% — згідно з законом «Про благодійництво та благодійні організації», близько 13% лікарняних кас посилаються на обидва закони. Існує деякі основні відмінності у статусі лікарняних кас, що керуються цими законами (табл. 6).

Таблиця 6. Основні відмінності в статусі громадської і благодійної організації

Вимоги законодавчого поля	Закон «Про об'єднання громадян»	Закон «Про благодійництво та благодійні організації»
1. Організаційно-правова форма діяльності	Членство	Фонд, членство, установа, місія
2. Предмет діяльності	Забезпечення надання оздоровчих, профілактичних, медичних послуг членам лікарняної каси	Забезпечення надання медичної, соціальної допомоги особам, які її потребують. Сприяння розвитку охорони здоров'я
3. Джерела формування фінансових коштів	Внески засновників, членські внески, благодійні пожертвування та ін.	Благодійні пожертвування, внески юридичних і фізичних осіб, надходження від благодійних акцій
4. Розмір витрат на власне утримання	Не встановлюється законодавчим шляхом	Не повинен перевищувати 20% кошторису



Закон «Про об'єднання громадян» найбільше відповідає суті діяльності лікарняної каси як членської організації. У той же час, якщо в статуті лікарняної каси є посилання на обидва закони, то лікарняна каса може використовувати права, що визначені кожним із зазначених законів. Але обмеження, що містяться хоча б в одному законі, торкаються лікарняної каси повною мірою.

Лікарняна каса — це недержавна громадська членська організація сприяння охорони здоров'я і захисту прав пацієнтів, в основі якої лежать добровільні персоналізовані внески, для фінансування додаткових медичних послуг у межах прийнятої медичної програми.

Крім того, у своїй діяльності лікарняні каси використовують:

- **основи законодавства України про охорону здоров'я**, де в ст. 18 передбачена можливість фінансування охорони здоров'я за рахунок фондів медичного страхування і благодійних фондів та інших джерел не заборонених законодавством;

- **закон України «Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії»**, що припускає можливість контролю за об'ємом і якістю медичної допомоги з боку громадських організацій у тому числі і лікарняних кас;

- **закон України «Про захист прав споживачів»**, що за відсутності законодавчої бази про захист прав пацієнтів дає можливість відстоювати права пацієнтів на належну якість і безпеку медичної послуги, потрібну вірогідну інформацію про якість послуги;

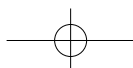
- **указ Президента України № 063/2000 від 8.09.2000 р. «Про додаткові заходи про поліпшення медичної допомоги населенню України»**, що рекомендує поширення досвіду роботи лікарняних кас;

- **указ Президента України № 1313/2000 від 7.12.2000 р. «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України»**, де йдеться про розвиток суспільно солідарного сектору охорони здоров'я

Лікарняні каси використовують технології медичного страхування: подібні схеми залучення і витрачання коштів, однакові принципи контролю за дотриманням стандартів якості медичної допомоги, схожі контрактні взаємини з лікувальними закладами.

Діяльність лікарняних кас не обмежується тільки медичним супроводом пацієнтів — членів лікарняної каси. У багатьох випадках взаємодія лікарняних кас з медичними закладами має характер тривалого співробітництва. Лікарняні каси допомагають медичним закладам у покращенні матеріально-технічної бази: придбанні потрібного обладнання, інструментів, ремонті приміщення тощо.

За останній час кількість лікарняних кас, створених у регіонах України, згачно зростає. Якщо у 1999 р. вони були створені в 5 областях, то в 2002 р. лікарняні каси функціонували вже в 21 області, а їх кількість становила 127. Більшість із них створена за територіальним принципом, тобто в окремих районних містах. Серед діючих лікарняних кас в Україні слід відзначити лікар-



няну касу м. Вознесеньська Миколаївської області, Кіровоградську районну лікарняну касу, Житомирську обласну лікарняну касу.

В умовах хронічного дефіциту бюджетних коштів на фінансування охорони здоров'я лікарняні каси можуть бути праобразом обов'язкового медичного соціального страхування і шляхом опанування навичками, потрібними для впровадження медичного страхування.

2. Створення і реєстрація лікарняних кас

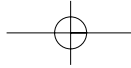
Засновниками лікарної каси як членської благодійної організації чи громадського об'єднання можуть бути фізичні особи — громадяни України, іноземні громадяни, особи без громадянства, що досягли 18 років (для молодіжних і дитячих організацій — 15 років). Не можуть бути засновниками благодійної організації органи державної влади, органи місцевого самоврядування, державні і комунальні підприємства, заклади і організації України, що фінансуються з бюджету.

Членами лікарняної каси можуть стати всі громадяни, які досягли 18 років. Статутом може бути передбачене сімейне і колективне членство в лікарняній касі. При сімейному членстві за дітей до 18 років, а також дітей, які навчаються, сплачують батьки. Колективними членами можуть бути підприємства, заклади, організації незалежно від форми власності. Зазначені об'єкти господарювання можуть повністю або частково сплачувати внески за своїх співробітників.

Легалізація (офіційне визнання) об'єднань громадян є обов'язковою і здійснюється шляхом їх реєстрації або повідомлення про заснування відповідно до Положення про порядок легалізації об'єднань громадян, затвердженого постановою Кабміну України від 26.02.93 р. № 140. Діяльність об'єднань громадян, що не легалізовані або примусово розпущені за рішенням суду, — протизаконна. У разі реєстрації об'єднання громадян набуває статусу юридичної особи. Про легалізацію (офіційне визнання) об'єднання громадян легалізуючий орган повідомляє у засобах масової інформації. Легалізацію громадської організації відповідно здійснює Міністерство юстиції України, місцеві органи державної виконавчої влади, виконавчі комітети сільських, селищних, міських рад народних депутатів. Міжнародні громадські організації обов'язково реєструються в Міністерстві юстиції України.

Державна реєстрація благодійних організацій проводиться відповідно до порядку, встановленого Положенням про порядок державної реєстрації благодійних організацій, причому всеукраїнські і міжнародні реєструє Міністерство юстиції, а місцеві, а також філії — органи Мінюсту на місцях.

Державна реєстрація благодійних організацій відбувається в обласних, Київській і Севастопольській міських державних адміністраціях, а в Республіці Крим — урядом республіки. За державну реєстрацію благодійної організації вноситься плата, розмір якої встановлюється Кабінетом Міністрів України, але



не може бути більшим 10 неоподаткованих мінімумів доходів громадян. Для державної реєстрації благодійної організації подаються такі документи:

- заява засновників (засновника) чи їх уповноважених;
- статут (положення);
- протокол установчих зборів (з`їзду, конференції);
- відомості про засновника (засновників) і органи управління благодійної організації;
- відомості про місцеві відділення (філії, представництва) благодійної організації;
- документ, що засвідчує оплату коштів за державну реєстрацію.

Основним документом, що регламентує діяльність лікарняної каси, є статут або положення. У статуті визначається:

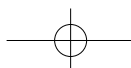
- назва організації (відмінна від існуючих), її статус, організаційно-правова форма та місцезнаходження;
- мета і завдання діяльності, а для благодійної організації — основні форми благодійницької діяльності;
- джерела надходження і порядок використання коштів та іншого майна, порядок звітності, контролю, здійснення господарської та іншої діяльності, потрібної для виконання статутних завдань;
- права і обов`язки членів організації, порядок прийняття в члени і вибуття із неї;
- порядок утворення і діяльності статутних органів громадської чи благодійної організації, місцевих осередків і їх повноваження;
- порядок внесення змін і доповнень до статуту;
- порядок припинення діяльності, ліквідації чи реорганізації, організації, а також вирішення майнових питань, пов`язаних з ліквідацією.

У статуті можуть бути передбачені інші положення, що стосуються особливостей створення і діяльності лікарняної каси. Статут лікарняної каси готується засновниками, приймається загальними зборами і затверджується місцевою адміністрацією.

Статут не повинен суперечити законодавству України.

Заява про державну реєстрацію благодійної організації розглядається в 2-місячний термін з дня подання необхідних документів. Про результати розгляду в 10-денний термін повідомляється заявнику.

Орган, який здійснює державну реєстрацію, може проводити перевірку відомостей, що містяться в поданих документах. За результатами розгляду заяви про державну реєстрацію приймається рішення про державну реєстрацію або відмову у державній реєстрації. Підставою для відмови у державній реєстрації є порушення порядку створення благодійної організації або наявність раніше зареєстрованих благодійних організацій з такою ж назвою. Рішення про відмову може бути оскаржене у судовому порядку відповідно до законодавства України.



Об'єднання юридичних осіб реєструються залежно від їх організаційно-правових форм відповідно до закону України «Про підприємства в Україні». Причому засновниками об'єднань юридичних осіб можуть бути тільки юридичні особи.

Після проходження державної реєстрації неприбуткові організації зобов'язані зареєструватися в органах статистики, в органах Пенсійного фонду, в будь-якій із профспілок з метою сплати обов'язкових внесків на соціальне страхування, а також в Службі зайнятості населення.

Усі організації, що не мають на меті одержання прибутку, після набуття статусу юридичної особи повинні бути внесені до Реєстру неприбуткових організацій і установ, що ведеться Державною податковою адміністрацією України. У протилежному разі їх діяльність податкові органи вважають прибутковою і вимагатимуть подання відповідної звітності.

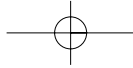
3. Управління лікарняною касою і джерела формування коштів

Вищим органом управління лікарняної каси є колегіальний орган (загальні збори, з'їзд, конференція), на який скликаються делегати від членів лікарняної каси не рідше одного разу на рік. Місце і час проведення конференції визначається правлінням і доводиться до відома членів лікарняної каси через засоби масової інформації. Вибори делегатів на конференцію проходять відповідно до положення, що затверджується конференцією. Колегіальний орган здійснює свої повноваження згідно зі статутом (положенням) лікарняної каси. Конференція правомочна вирішувати питання за наявності не менше 2/3 загального складу делегатів і може приймати рішення з будь-яких питань діяльності лікарняної каси. Виключно до компетенції вищого органу належить:

- затвердження статуту лікарняної каси і внесення змін до нього;
- обрання виконавчого і контрольного органу лікарняної каси;
- визначення основних напрямів діяльності;
- затвердження програми діяльності;
- затвердження положень про виконавчі і контролюючі органи лікарняної каси і порядку обрання делегатів на конференцію;
- затвердження порядку і розміру заробітної плати працівникам лікарняної каси;
- створення закладів, організацій підприємств лікарняної каси;
- прийняття рішення про реорганізацію чи ліквідацію лікарняної каси;
- вирішення інших питань, передбачених статутом (положенням).

Рішення конференції оформляється протоколом і підписується головою і секретарем конференції.

Виконавчим органом лікарняної каси є правління (комітет), що вибирається загальними зборами і складається з членів лікарняної каси. Після обрання на конференції членів правління, останні вибирають зі свого складу голову. Пов-



новаження правління (комітету) визначається статутом (положенням). Засідання правління проводиться регулярно (один, чи кілька разів на місяць залежно від об'єму діяльності). До компетенції правління належить:

- організація виконання рішень прийнятих на конференції;
- підготовка і скликання конференції;
- підготовка і внесення на розгляд конференції проектів, програм, пропозицій по основним напрямкам діяльності лікарняної каси;
- затвердження річних планів діяльності лікарняної каси;
- вирішення питань членства в лікарняній касі, розміру вступних і членських внесків;
- затвердження штатного розкладу працівників лікарняної каси, умов оплати праці найманих працівників;
- здійснення заходів щодо ефективного використання майна лікарняної каси;
- інші функції, передбачені статутом лікарняної каси і положенням про виконавчий орган.

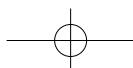
Члени виконавчого органу лікарняної каси, крім голови правління, не одержують заробітної плати за свою роботу в цьому органі. Витрати, зумовлені виконанням статутних обов'язків у цих органах, можуть бути відшкодовані за рахунок коштів лікарняної каси за рішенням правління (комітету).

Адміністративно-розпорядчий орган лікарняної каси (дирекція) створюється для здійснення поточної діяльності лікарняної каси (організаційної, фінансової, господарчої), зокрема:

- здійснює реалізацію прийнятих програм надання медичної допомоги членам лікарняної каси (амбулаторної, стаціонарної, вдома тощо);
- здійснює медикаментозне забезпечення членів лікарняної каси (прийом, облік, видачу медикаментів для забезпечення лікувального процесу);
- подає на затвердження правління лікарняної каси кошторис фінансово-господарських витрат;
- здійснює моніторинг і аналіз лікувально-діагностичного процесу членів лікарняної каси.

Трудовий колектив адміністративно-виконавчого органу лікарняної каси становлять усі громадяни, які беруть участь своєю працею в її діяльності на підставі трудового договору. На працівників лікарняної каси поширюється законодавство України про працю, соціальне забезпечення і соціальне страхування.

Керівництво адміністративно-виконавчим органом лікарняної каси здійснює директор, який діє без доручення від імені лікарняної каси і представляє лікарняну касу у відносинах з державними органами, підприємствами, закладами, організаціями і громадянами. Директор є розпорядником поточної фінансової діяльності, він відкриває рахунок в установах банків, здійснює прийом на роботу і звільнення з роботи найманих працівників, видає накази, інструкції та інші акти в межах наданих йому повноважень.



Залежно від об'єму діяльності до складу адміністративно-виконавчого органу можуть створюватись робочі групи:

- 1) управлінська група — директор і його заступник (посада вводиться при кількості членів лікарняної каси більше 10 тис. осіб);
- 2) технологічна група в складі: а) відділу контролю якості медичної допомоги і захисту прав пацієнтів; б) центру медичного супроводу для організаційного, юридичного та інформаційного забезпечення членів лікарняної каси, що потребують медичної допомоги;
- 3) фінансово-господарча група в складі економіста-бухгалтера, касира, фармацевта.

Ревізійна комісія лікарняної каси здійснює контролюючі функції, шляхом проведення перевірок і ревізій фінансово-господарської діяльності лікарняної каси і подання їх результатів на розгляд загальних зборів (конференції) членів лікарняної каси. У разі потреби ревізійна комісія ініціює скликання позачергового засідання правління або конференції лікарняної каси. Склад ревізійної комісії чисельністю не менше трьох осіб вибирається на конференції з числа членів лікарняної каси.

Розпорядчі і контролюючі функції лікарняної каси здійснює наглядова рада, персональний склад якої визначається конференцією з числа членів лікарняної каси. Члени правління лікарняної каси не можуть одночасно входити до наглядової ради. Наглядова рада представляє інтереси членів лікарняної каси в перерві між загальними зборами і в межах компетенції, що визначається положенням про наглядову раду, яке затверджується зборами. Наглядова рада контролює і регулює діяльність правління і адміністративно-виконавчого органу, в тому числі здійснює контроль за виконанням рішень загальних зборів членів лікарняної каси і поточний контроль за виконанням річних планів; вносить на розгляд конференції пропозиції щодо удосконалення діяльності лікарняної каси; контролює ефективність і цільове використання майна і коштів лікарняної каси; скликає в разі потреби конференцію членів лікарняної каси; здійснює інші повноваження, надані загальними зборами членів лікарняної каси.

4. Форми і програми діяльності лікарняних кас

Для досягнення цілей і завдань, визначених у статутних документах, по сприянню охороні здоров'я і захисту прав пацієнтів діяльність лікарняних кас може здійснюватись у різних формах:

- систематична допомога хворим — членам лікарняної каси в медикаментозному і діагностичному забезпеченні в умовах поліклініки, стаціонару, невідкладної допомоги;
- допомога медичним закладам у забезпеченні ліками, медичною технікою і інструментами;
- фінансування конкретних цільових програм профілактики захворювань і

впровадження нових методів лікування з використанням вітчизняного і зарубіжного досвіду;

- сприяння підготовці і підвищенню кваліфікації медичних кадрів: організація науково-практичних семінарів, участь у виданні спеціальної медичної літератури, розвитку міжнародного співробітництва;
- здійснення благодійної матеріальної та фінансової допомоги хворим, які її потребують, при здійсненні лікувальних і профілактичних заходів;
- надання благодійної допомоги особистою працею, послугами чи передачі результатів особистої творчої діяльності;
- допомога на основі договорів (контрактів) про благодійну діяльність;
- дарування або дозвіл на безоплатне (пільгове) використання об'єктів власності;
- дозволу на використання своєї назви, емблеми, символів;
- прийняття на себе витрат по безоплатному, повному або частковому утриманню об'єктів благодійництва;
- захист прав та інтересів пацієнта по забезпеченню кваліфікованою медичною допомогою.

З метою забезпечення своїх членів кваліфікованою медичною допомогою **лікарняна каса укладає договір про співробітництво з лікувальним закладом.**

Згідно з договором, лікувальний заклад проводить планову і ургентну амбулаторно-поліклінічну і стаціонарну медичну допомогу членам лікарняної каси, а лікарняна каса надає благодійну фінансову допомогу по витратах, що фінансово не забезпечуються бюджетом у повному обсязі.

З огляду на недостатнє бюджетне фінансування державно-комунальних закладів охорони здоров'я, що не дозволяє забезпечити достатній обсяг і ефективність лікувально-профілактичних заходів, сторони зобов'язуються діяти спільно для поліпшення медичного обслуговування членів лікарняної каси.

У більшості випадків це торкається витрат на медикаменти, перев'язувальні матеріали, медичні інструменти та інші вироби медичного призначення, лабораторні і функціональні діагностичні обстеження.

Для організаційного, юридичного та інформаційного забезпечення надання медичної допомоги членам лікарняної каси в складі технологічної групи створюється центр медичного супроводу. Основне завдання центру медичного супроводу — організація взаємодії членів лікарняної каси з лікарняними закладами, проведення експертизи якості надання медичної допомоги, відшкодування витрат на надання медичної допомоги членам лікарняної каси.

Центр медичного супроводу для виконання своїх завдань взаємодіє з довіреними лікарями лікарняної каси. Основне завдання довіреного лікаря — організація надання медичної допомоги членам лікарняної каси відповідно до прийнятих медико-технологічних стандартів. Довірений лікар лікарняної каси виділяється з фахівців медичного закладу, що перебуває у договірних відносинах із лікарняною касою, за узгодженням з керівництвом закладу або призначається керівництвом лікарняної каси з числа її штатних працівників.

Свої завдання лікарняна каса здійснює шляхом розроблення і виконання членських медичних програм. Кожна з прийнятих медичних програм охоплює всі складові замкнутого технологічного процесу медичної допомоги і забезпечується фінансуванням з боку лікарняної каси за напрямками, що не повністю фінансуються з бюджету, або не фінансуються зовсім.

У більшості випадків до таких програм належать швидка допомога, амбулаторно-поліклінічна допомога, стаціонарна допомога, програма профілактики тощо.

Програма «Швидка допомога»

- Надання швидкої і невідкладної медичної допомоги вдома — проведення екстрених лікувальних маніпуляцій і процедур;
- експрес-діагностика;
- госпіталізація в стаціонар у спеціалізовані відділення, у т. ч. у реанімацію;
- проведення екстрених хірургічних операцій;
- надання екстренної допомоги висококваліфікованими фахівцями у вихідні і святкові дні, вечірній час у повному обсязі.

Програма «Поліклініка»

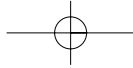
- Первинне медичне обстеження для визначення групи здоров'я і виявлення чинників ризику;
- лабораторні та інструментальні дослідження при виникненні гострих і загостренні хронічних захворювань, включаючи КТ;
- забезпечення медикаментами (за прийнятим переліком) при проведенні амбулаторного курсу лікування;
- надання консультативної допомоги лікарями різних спеціальностей, а за необхідності — в інших лікувальних установах.

Програма «Стаціонар»

- Проведення діагностичних лабораторних та інструментальних досліджень згідно з медико-технологічними стандартами, консультація фахівців суміжних спеціальностей, у тому числі й в інших медичних закладах України;
- забезпечення лікарськими засобами, перев'язувальними матеріалами, предметами догляду, дієтичним харчуванням;
- хірургічне лікування, анестезіологічна допомога і організація післяопераційного догляду;
- лікування у відділеннях (палатах) інтенсивної терапії, реанімації.

Програма «Профілактика»

- Проведення щорічного медичного профілактичного огляду з метою виявлення небезпечних захворювань: хвороб серцево-судинної системи, органів дихання, онкологічних захворювань тощо;
- проведення профілактики загострень хронічних захворювань, простудних та інших сезонних захворювань за допомогою лікарських засобів, вітамінних препаратів та імуномодуляторів;
- проведення реабілітаційних і санаторно-курортних заходів після лікування гострих і хронічних хвороб.



Програма «Сімейний лікар»

Амбулаторно-поліклінічний етап медичної допомоги — найскладніший з позицій медичного супроводу. Тому найбільш оптимальним у цій ситуації є поєднання функцій сімейного лікаря і довіреного лікаря лікарняної каси, оскільки сімейний лікар бере активну участь у лікуванні пацієнта і зацікавлений у його супроводі на всіх етапах медичної допомоги.

Крім перерахованих основних програм лікарняна каса може реалізувати додаткові програми, такі як «Денний стаціонар», «Стаціонар удома», «Медико-профілактична допомога при виникненні тяжких і невиліковних захворювань».

Для здійснення цілей і завдань, визначених у статутних документах, лікарняна каса має право:

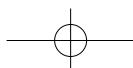
- виступати учасником цивільно-правових відносин, набувати майнових і немайнових прав;
- представляти і захищати свої законні інтереси, а також інтереси своїх членів у державних і громадських органах;
- створювати заклади, організації, відкривати свої відділення, філії, представництва;
- засновувати на основі своїх коштів і майна підприємства, що займаються комерційною діяльністю;
- розповсюджувати інформацію, пропагувати свої ідеї та цілі;
- засновувати засоби масової інформації, займатися видавничою діяльністю;
- мати власну символіку, що підлягає державній реєстрації.

Доходи лікарняної каси формуються з:

- членських внесків засновників і членів лікарняної каси;
- цільових благодійних внесків (грантів);
- надходжень від збору пожертвувань, благодійних масових заходів, лотерей;
- доходів від депозитних вкладів, цінних паперів;
- доходів від власних підприємств та ін.;

Джерелом коштів не можуть бути кредити.

Лікарняна каса як благодійна організація зобов'язана забезпечити виконання статутних завдань, вільний доступ до своїх звітів, документів про господарську і фінансову діяльність. Засновники і працівники благодійної організації не мають права отримувати матеріальні переваги і додаткові кошти у зв'язку зі своїм становищем у цій організації, крім тих, що передбачені законом про благодійні організації. На фінансування благодійних програм повинна використовуватись уся сума надходжень, що надійшла за фінансовий рік від підприємств і організацій, що перебувають у власності благодійної організації, за винятком адміністративно-господарських витрат, пов'язаних з функціонуванням благодійної організації. Причому сума витрат на адміністративно-господарську діяльність не повинна перевищувати 20 % усіх надходжень.



Здійснення лікарняною касою благодійної діяльності у вигляді надання конкретних послуг, робіт, що підлягають обов'язковій сертифікації або ліцензуванню, допускається після проведення сертифікації чи ліцензування.

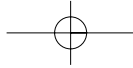
5. Медикаментозне забезпечення членів лікарняної каси

Медикаментозне забезпечення членів лікарняної каси здійснюється централізовано через аптеку-склад лікарняної каси. Запас медикаментів на складі формується відповідно до вимог на ліки і витратні матеріали, що потрібні для лікування членів лікарняної каси. Забезпечення ліками проводиться згідно з лікарським формуляром, розробленим управлінням охорони здоров'я облдержадміністрації і рекомендованим для використання всім лікарям державних медичних закладів. Формуляр містить перелік лікарських засобів з найбільш ефективним співвідношенням витрат на лікування і очікуваних результатів.

Метою складання формуляра є оптимізація використання лікарських засобів у ЛПЗ для підвищення якості лікування, його уніфікації та економії витрат. Завдання формуляра полягає у визначенні найбільш ефективних лікарських засобів з урахуванням структури патології в ЛПЗ і економії матеріальних ресурсів за рахунок включення до формуляра оптимальних щодо медичної ефективності і найменш витратних лікарських препаратів.

Технологія медикаментозного забезпечення хворих, які лікуються в стаціонарі, включає кілька етапів:

- 1) на основі лікарського призначення в історії хвороби медична сестра готує вимогу-рецепт на кожного хворого — члена лікарняної каси за підписом лікаря-експерта;
- 2) при значній кількості членів лікарняної каси, які перебувають на лікуванні у відділенні на основі індивідуальних вимог виписується вимога-рецепт на відділення за підписом завідуючого;
- 3) усі замовлення на ліки та витратні матеріали від відділень і служб лікарняного закладу за підписом завідуючих відділень надходять до лікаря-експерта лікарняної каси, який проводить системний аналіз і формує узагальнену заявку медичного закладу;
- 4) узагальнені замовлення з кожного медичного закладу надходять до лікарняної каси, де аналізуються лікарем-експертом і фармацевтом лікарняної каси на предмет відповідності поданих замовлень лікарському формуляру;
- 5) на основі поданих заявок лікарняна каса здійснює закупівлю ліків у фармацевтичних підприємств і формує певний запас ліків на своєму складі;
- 6) у міру надходження до лікарняної каси ліки, згідно з раніше поданими заявками, передаються до лікувальних закладів. Передача ліків і виробів медичного призначення здійснюється по дорученню, що



- підписує керівник і бухгалтер медичного закладу, і облікується як благодійна безповортна медична допомога;
- 7) одержані медичним закладом ліки і вироби медичного призначення розподіляються за відділеннями згідно з поданими заявками. Старша медсестра відділення облікує одержані ліки в журналі обліку в графі «одержано»;
- 8) видача ліків проводиться щоденно черговим медсестрам, які безпосередньо виконують лікарські призначення; видані ліки списуються старшою медсестрою в журналі обліку в графі «отримано» з зазначенням прізвища члена лікарняної каси і номера медичної картки.

Замовлення на ліки виконуються протягом кількох днів. Для невідклого забезпечення ліками членів лікарняної каси у випадку їх госпіталізації чи звернення в поліклініку, особливо у вечірні години і вихідні дні, у відділенні створюється певний запас медикаментів. Для цього підрозділ медичного закладу подає на склад лікарняної каси вимогу-рецепт із зазначенням потреби в ліках і витратних матеріалах. Після розгляду замовлення лікарем-експертом потрібні матеріали отримуються лікарняним закладом, облікуються в журналах обліку і списуються при наданні медичної допомоги чи проведенні обстежень членів лікарняної каси.

При амбулаторно-поліклінічному лікуванні пацієнт — член лікарняної каси ліки отримує самостійно у фармацевта, який є в лікувальному закладі, при пред'явленні вимоги-рецепта з особистою печаткою лікаря за підписом завідуючого відділенням і лікаря-експерта. Після отримання пацієнтом ліків у членській картці фармацевтом ставиться позначка про суму витрачених на лікування коштів.

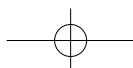
6. Методика розрахунку суми членських внесків

Основним і найбільш стабільним і надійним джерелом фінансування лікарняної каси є членські внески. Для забезпечення беззбиткової діяльності лікарняної каси потрібно, щоб сума грошових надходжень відповідала витратам на лікування членів лікарняної каси і забезпечувала функціонування виконавчого органу лікарняної каси. Визначення суми членських внесків здійснюється за методикою актуарних розрахунків, що використовується в страховій справі. Членські внески по своїй суті є страховим тарифом і мають структуру представлену на схемі 3.

Сума членських внесків залежить від програми, яку обирають члени лікарняної каси. Розглянемо розрахунок суми членських внесків для програм стаціонарного і амбулаторно-поліклінічного лікування.

Розрахунок суми членських внесків для програми лікування в стаціонарі

Вихідними даними для розрахунку є статистика госпіталізованої захворюваності по різних захворюванням і вартість лікування.



Розрахунок здійснюється у два етапи.

I етап — визначення базового компонента нетто-ставки.

Нехай рівень загальної госпіталізації дорівнює N на 1000 тис. населення, а госпіталізація по профілям становить m_1, m_2, \dots, m_n :

$$N = m_1 + m_2 + \dots + m_n$$

Вартість лікування хворих кожного профілю становить a_1, a_2, \dots, a_n . Середня вартість лікування дорівнює:

$$A_{\text{ст}} = \frac{a_1 \cdot m_1 + a_2 \cdot m_2 + \dots + a_n m_n}{N}$$

Річні витрати на одного застрахованого визначаються за формулою:

$$A_3 = \frac{A_{\text{ст}} N}{1000}$$

Сума витрат на одного застрахованого має компенсувати вартість лікування в разі, якщо рівень захворюваності не відрізняється від середньої, що становить базовий компонент нетто-ставки.

Приклад 1.

Загальний рівень госпіталізації становить 200 на 1000 населення, а за трьома профілями — гастроентерології, кардіології, пульмонології, відповідно 90, 70 і 40 захворювань на 1000 населення. Вартість медикаментів на лікування одного випадку захворювання дорівнює відповідно 300, 400 і 600 гривень. Потрібно визначити витрати на лікування в стаціонарі на одного застрахованого.

Середня вартість лікування одного застрахованого у випадку його захворювання в стаціонарі:

$$A_{\text{ст}} = \frac{90 \cdot 300 + 70 \cdot 400 + 40 \cdot 600}{200} = 395 \text{ грн}$$

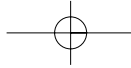
Витрати в середньому на одного застрахованого в рік становлять:

$$A_3 = \frac{395 \cdot 200}{1000} = 79 \text{ грн.}$$

Сума 261 грн становить річний базовий компонент нетто-ставки і забезпечує компенсацію вартості лікування, якщо рівень захворюваності становитиме 200 захворювань на 1000 населення. Для визначення місячної суми слід річну суму розділити на 12.

II етап — визначення додаткового компонента нетто-ставки

Додатковий компонент нетто-ставки має забезпечити покриття вартості лікування в тому випадку, якщо рівень госпіталізації перевищуватиме середній. Він



визначається на основі показника середньоквадратичного відхилення захворюваності від середньої (σ):

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (N_i - \bar{N})^2}{n-1}}$$

де σ — середньоквадратичне відхилення,
 N_i — поточні значення захворюваності,
 \bar{N} — середній рівень захворюваності.

Середньоквадратичне відхилення вказує, що рівень госпіталізації з вірогідністю 68% не вийде за межі однієї сигми, з вірогідністю до 95% — за межі 2σ , з вірогідністю до 97,9% — за межі 3σ .

З метою страхування достатньо брати інтервал 3σ . Тоді з вірогідністю 0,979 рівень захворюваності буде в межах $N \pm 3\sigma$.

Витрати на одного застрахованого з урахуванням коливань захворюваності в межах 3σ становлять:

$$A_{\text{макс}} = \frac{(N + 3\sigma) \times A_{\text{ст}}}{1000}$$

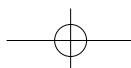
Додатковий компонент (ризикова надбавка) A_p :

$$A_p = A_{\text{макс}} - A_3.$$

Приклад 2.

Рівень госпіталізації за 7 періодів розглянуто в таблиці.

Періоди	Рівень госпіталізації	$N - \bar{N}$	$(N - \bar{N})^2$
1	192	8	64
2	215	15	225
3	193	7	49
4	185	15	225
5	208	8	64
6	200	0	0
7	207	7	49
Сума/середнє	1400/7 = 200	—	676



Середньоквадратичне відхилення за формулою 12.4 на основі даних таблиці дорівнює:

$$\sigma = \sqrt{\frac{676}{7-1}} = 10,6$$

Якщо з метою страхування взяти інтервал 3σ , то з вірогідністю 0,979 захворюваність буде в межах $N \pm 3\sigma$, тобто $200 \pm 3 \times 10,6$. Максимальний рівень захворюваності становитиме $200 + 31,8 = 231,8$.

При максимальному рівні захворюваності 231,8 на 1000 населення витрати на одного застрахованого в середньому за рік становитимуть:

$$A = \frac{395 \times 231,8}{1000} = 91,6 \text{ грн.}$$

Ризикова надбавка:

$$A_p = 91,6 - 79,0 = 17,9 \text{ грн}$$

Сума базового компонента 79,0 грн і ризикова надбавка 17,9 грн разом становлять нетто-ставку 91,6 грн.

III етап — визначення компонента адміністративно-господарських витрат

Для визначення компонента адміністративно-господарських витрат потрібно скласти кошторис витрат на утримання лікарняної каси і розрахувати їх частку у загальній сумі надходжень:

$$d = \frac{B}{S + B},$$

де d — питома вага адміністративно-господарських витрат у загальній сумі надходжень,

B — сума адміністративно-господарських витрат за кошторисом,

S — загальна сума членських внесків для забезпечення нетто-ставки.

Адміністративно-господарські витрати, що припадають на суму страхового тарифу становлять:

$$D = \frac{A_{\text{макс}} \times d}{1 - d}.$$

Приклад 3.

Лікарняна каса має 5100 членів. Загальна річна сума, потрібна для покриття витрат на лікування членів лікарняної каси становить без урахування адміністративно-господарських витрат 467160 грн або 91,6 грн на кожного члена лікарняної каси. На утримання лікарняної каси необхідно на рік 60 000 грн. Потрібно визначити суму адміністративно-господарських витрат, що припадають на суму страхового тарифу.

Питома вага адміністративно-господарських витрат у загальній сумі надходжень становить:

$$d = \frac{60000}{467160 + 60000} = 0,114$$

Адміністративно-господарські витрати, що припадають на суму страхового тарифу становлять:

$$D = \frac{91,6 \times 0,114}{1 - 0,114} = 11,8 \text{ грн}$$

Повна сума страхового тарифу на одного члена лікарняної каси становить:

$$C_T = A_{\text{макс}} + D$$

У наведеному прикладі:

$$C_T = 91,6 + 11,8 = 103,4 \text{ грн}$$

Сума адміністративно-господарських витрат на утримання лікарняної каси згідно з законом про благодійництво і благодійні організації не повинна перевищувати 20% від загальної суми надходжень. Реально ця частка, як правило, перебуває в межах 10%. Наприклад, у структурі видатків Кіровоградської лікарняної каси видатки на медикаменти становлять 89,6%, а господарські витрати 10,4%, у структурі витрат лікарняної каси м. Комсомольська Полтавської області витрати на утримання лікарняної каси дорівнюють 8%.

Місячна сума внеску члена лікарняної каси за участі в даній програмі становить $103,4 : 12 = 8,6$ грн.

7. Контроль якості лікувально-діагностичного процесу членів лікарняної каси

Моніторинг лікувально-діагностичного процесу членів лікарняної каси є неодмінною і надзвичайно важливою функцією лікарняної каси. Він має здійснюватися у кількох напрямках:

- 1) моніторинг лікувально-діагностичного процесу;
- 2) контроль за раціональним використанням медикаментів;
- 3) контроль вартості лікування.

Система контролю лікувально-діагностичного процесу з боку лікарняної каси має здійснюватися на трьох рівнях:

I рівень — лікар-експерт лікарняного закладу проводить експертну оцінку лікувально-діагностичного процесу на основі розробленої карти експертної оцінки. Аналіз здійснюється на основі медичних карток стаціонарного хворого (ф. № 003-0) і листків призначень (ф. № 003-4/0), медичних карток амбулаторних хворих (ф. № 025-0) і листків призначень (ф. № 003-2/0). Медична допомога характеризується з позицій адекватності і доступності відповідно до стану здоров'я пацієнта і прийнятих стандартів медичних тех-

нологій. Щомісяця листки призначень і картки експертної оцінки надходять до лікарняної каси для узагальнення результатів.

II рівень — лікар-експерт лікарняної каси на основі інформації, що надходить від лікарів-експертів лікарняного закладу, узагальнює результати контролю на I рівні і здійснює аналіз використання ресурсів по лікувальних закладах і нозологічним формам. Це дає можливість вирішити такі завдання:

- порівняти середні витрати на лікування членів лікарняної каси в стаціонарі, денному стаціонарі, в поліклініці;
- порівняти середні витрати на лікування у різних медичних закладах;
- виявити тенденції ефективності використання ресурсів за певний період часу;
- визначити ЛПЗ зі значним відхиленням показників від середніх значень для проведення докладного аналізу;
- одержати інформацію для складання прогнозу щодо потреби в медикаментах на подальший період;
- визначити найбільш уживані медикаменти для формування лікарського формуляра.

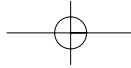
На **III рівні** контроль здійснюється головними спеціалістами управління охорони здоров'я місцевої адміністрації. Для здійснення контролю створюється експертна комісія, що працює з лікарняною касою на договірних засадах. Матеріалом для розгляду є результати аналізу на попередньому рівні в разі виявлення значних відхилень у медико-технологічних стандартах. Аналіз проводиться за медичними картками стаціонарного і амбулаторного хворого, а також картою експертної оцінки лікувально-діагностичного процесу члена лікарняної каси.

8. Благодійні фонди в охороні здоров'я

Благодійні фонди набули поширення в охороні здоров'я поряд з лікарняними касами. Як і лікарняні каси, вони діють на основі закону України «Про благодійництво та благодійні організації». Основна відмінність фонду від лікарняних кас полягає в тому, що фонд є не членською організацією. Це означає:

- 1) регулярні членські внески відсутні, джерелом формування фінансових коштів і майна є благодійні пожертвування від юридичних та фізичних осіб, меценатів і спонсорів;
- 2) основна мета діяльності благодійного фонду в охороні здоров'я — сприяння розвитку охорони здоров'я і медичної допомоги особам, які її потребують (на відміну від лікарняної каси, де основна мета діяльності — надання медичної допомоги її членам).

Засновниками благодійного фонду можуть бути юридичні особи всіх форм власності, громадяни України, інших держав, особи без громадянства, які до-



сягли 18 років. Органи державної влади, державні і комунальні підприємства та організації, що фінансуються з бюджету не можуть бути засновниками благодійного фонду.

Благодійники, які передали своє майно, кошти та інші матеріальні цінності до благодійної організації, одержують на їх вимогу звіт про використання зазначених майна, коштів і цінностей. Якщо майно, кошти та інші матеріальні цінності передані за цільовим призначенням, звіт про їх використання подається благодійнику в обов'язковому порядку благодійною організацією. Набувачі благодійної допомоги у формі благодійних внесків і пожертвувань, що мають цільовий характер (благодійні гранти), повинні звітувати перед благодійниками і благодійними організаціями про їх використання.

Державний контроль за діяльністю благодійних організацій здійснюється державними органами в межах їх компетенції у порядку, передбаченому законодавством України. Органи, що проводять легалізацію об'єднань громадян, здійснюють контроль за додержанням ними вимог статуту. Представники цих органів мають право бути присутніми на заходах, що проводять об'єднання громадян, вимагати необхідні документи і пояснення. Нагляд за виконанням і додержанням законності об'єднання громадян здійснюють органи прокуратури. Контроль за джерелом і розмірами надходжень, оплатою податків об'єднань громадян здійснюють відповідно фінансові органи і органи державної податкової інспекції.

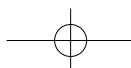
Держава в особі її органів влади гарантує і забезпечує захист передбачених законодавством України прав та інтересів фізичних і юридичних осіб — учасників благодійництва і благодійної діяльності.

Втручання органів державної влади, органів місцевого самоврядування і їх посадових осіб у діяльність благодійних організацій, як і втручання благодійних організацій у діяльність органу державної влади і органів місцевого самоврядування, крім випадків, передбачених законами України, забороняється.

9. Оподаткування і облік неприбуткових організацій

Неприбуткові організації можуть вести як неприбуткову, так і прибуткову діяльність, якщо остання не заборонена законодавством і статутними документами. Наприклад, політичні партії і кредитні спілки не мають права займатися комерційною діяльністю, за винятком продажу пропагандистської літератури та інших атрибутів їхньої діяльності, і засновувати підприємства, крім засобів масової інформації.

Відповідно до Положення про організацію бухгалтерського обліку і звітності в Україні підприємство або організація, які ведуть декілька видів діяльності, зобов'язані організувати окремий облік доходів і витрат за різними видами діяльності. Облік і оподаткування прибуткової діяльності ведеться згідно з чинним законодавством. Документом, що регламентує неприбуткову



діяльність, є закон України «Про оподаткування прибутку підприємств» в останній редакції.

Доходи неприбуткової організації — це, як правило, членські внески, добровільні пожертвування — як майном, так і грошима, пасивні доходи. Організація тільки повинна слідкувати, щоб отримані доходи відповідали чинному законодавству. Якщо неприбуткова організація отримала кошти за якісь товари, роботи чи послуги, причому надання останніх не належить до основної діяльності цієї неприбуткової організації, то ці кошти або повертаються, або оподатковуються у порядку, передбаченому для суб`єктів підприємницької діяльності.

На відміну від прибуткової організації, витрати якої відносяться до складу валових, або до збитків, чи покриваються за рахунок чистого прибутку, витрати неприбуткової організації не підлягають такій жорсткій регламентації, проте мають відповідати таким вимогам: не суперечити чинному законодавству по суті, спрямовуватися на виконання статутних завдань, бути затвердженими керівництвом самої неприбуткової організації.

До початку року кожна неприбуткова організація складає кошторис доходів і витрат на майбутній рік, а після завершення року керівництво неприбуткової організації звітує перед засновниками про виконання кошторису.

Для благодійної організації видатки варто розділити на ті, що здійснюються безпосередньо за основною діяльністю, і ті, що йдуть на утримання самої організації. Такий розподіл пояснюється вимогою ЗУ «Про благодійництво та благодійні організації» про неперевищення витрат на утримання благодійної організації 20 % її кошторису.

Неприбуткова організація має право використовувати працю найманих працівників і нараховувати та сплачувати за неї винагороду. Розмір винагороди визначається керівництвом у межах його повноважень і засновниками або вищим органом такої організації. У зв`язку з цим організації доводиться нараховувати і сплачувати податки. Працівники можуть вступати в трудові відносини з організацією або працювати на умовах підряду. Такий розподіл по-різному впливає на оподаткування. Податки, що нараховуються на оплату праці, представлені в таблиці, розмір податку визначено у відсотках до нарахованої винагороди.

Відрахування у фонди при різних формах трудових відносин

Відносини	Ставки відрахувань у фонди			
	Пенсійний	Соціальне страхування	Фонд зайнятості	Страхування від нещасних випадків
Трудові	32%	2,9%	1,9%	0,2%
Цивільно-трудові	32%	—	—	—

Якщо неприбуткова організація, крім основної, не здійснює інших видів діяльності, направлених на отримання прибутку, то вона не сплачує комунального податку.

Очевидно, неприбутковій організації вигідніше співпрацювати з найманими працівниками на умовах підряду, бо в даному разі нарахування на заробітну плату становитиме 32 % проти 37,0 % для основних працівників чи сумісників.

Неприбуткові організації також сплачують податок на прибуток у тому разі, якщо їх доходи за перший квартал року, з урахуванням витрат, здійснених у цьому ж кварталі за рахунок коштів минулого року, перевищують 25 % доходів минулого року за ставкою 30 %. Таким чином, із суми перевищення доходів над витратами за результатами звітного року неприбуткова організація податок на прибуток не сплачує. У випадку, якщо протягом першого кварталу наступного за звітним роком отриманий за попередній рік прибуток не витрачений на цілі, передбачені програмою, то проводиться розрахунок суми перевищення невикористаного доходу за перший квартал над сумою, що дорівнює середньому доходу за квартал минулого року. Із суми перевищення сплачується 30 % податку на прибуток.

Припустимо, що протягом 2001 р. благодійна організація отримала доходи у вигляді коштів або майна на загальну суму 10000 грн, у тому числі у вигляді безповоротної фінансової допомоги і добровільних пожертвувань — 4500 грн. від проведення основної діяльності (проведення семінарів, курсів) — 4000 грн, пасивних — 1500 грн. Згідно з затвердженим кошторисом на 2001 р. витрати становили 6500 грн.

У першому кварталі 2002 р. за рахунок доходів, отриманих у 2001 р., здійснені витрати на суму 500 грн. Таким чином, станом на 1.04.2002 р. витрачено за цільовим призначенням 7000 грн. із отриманих 10000 грн. (що і є валовим доходом за 2001 р.).

Валовий дохід за один квартал в середньому становив 2500 грн (10000 . 0,25). У той самий час не використані джерела фінансування на суму 3000 грн. Сума перевищення, що підлягає оподаткуванню:

$$3000 - 2500 = 500 \text{ грн.}$$

Розрахунок податку на прибуток:

$$500 \cdot 0,3 = 150 \text{ грн.}$$

Розрахунок оподаткованого прибутку проводиться не всіма неприбутковими організаціями. Так, згідно закону про прибуток (пп.7.11.8), «доходи неприбуткових організацій, визначених в абзаці «а» підпункту 7.11.1, у тому числі доходи установ освіти, науки, культури, охорони здоров'я, а також архівних установ, що утримуються за рахунок бюджету, зараховуються до складу кошторисів на утримання таких неприбуткових організацій і використовуються виключно на виконання такого кошторису».

10. Порядок надання і обліку добровільних благодійних пожертв закладах охорони здоров'я

Медичні заклади, що утримуються за рахунок коштів міського і районного бюджетів, діяльність яких не спрямована на отримання прибутку і які зареєстровані як неприбуткові організації, мають право отримувати безпосередньо від юридичних і фізичних осіб добровільні (благодійні) внески для потреб, пов'язаних з функціонуванням цих закладів. Отримання добровільних внесків регулюється Конституцією і законами України, постановами Кабінету Міністрів України та іншими законодавчими актами:

- Конституція України (ст. 49).
- закон України «Про благодійництво та благодійні організації» від 16.09.1997 р. № 531/97 — ВР;
- закон України «Про оподаткування прибутку підприємств» від 22.05.1997 р. № 283/97 — ВР (п. 7.11.2) зі змінами і доповненнями до нього;
- закон України «Про податок на додану вартість» від 3.04.1997 р. № 168/97 — ВР, (п.5.1.21);
- інструкція «Порядок ведення касових операцій в національній валюті в Україні», затверджена Правлінням Національного банку України від 2.02.1995 р. № 21 зі змінами і доповненнями до неї;
- інструкція «Про порядок використання та обліку позабюджетних коштів бюджетних організацій та звітності до них», затверджена наказом Головного управління державного казначейства України від 11.08.1998 р. № 63 (п. 4) з урахуванням наказу Головного управління державного казначейства України від 10.12.1999 р. № 114 «Про введення в дію нового плану рахунків бухгалтерського обліку бюджетних заходів та порядок його застосування»;
- інструкція № 7 «Про безготівкові розрахунки в господарському обліку України», затверджена Постановою Правління Національного банку України від 2.08.1996 р. № 204;
- розпорядження Президента України «Про сприяння благодійної діяльності в Україні» від 12.02.2000 р. № 84/2000 — рп.
Добровільними (благодійними) є кошти, послуги, роботи чи майно, що надходять безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних (благодійних) пожертвувань від фізичних чи юридичних осіб. Під безоплатно переданими товарами, роботами, послугами треба розуміти:
 - матеріальні цінності або нематеріальні активи, що надаються без договорів або по договорах дарування, інших договорах, що не передбачають відшкодування вартості таких товарів або їх повернення;
 - робота і послуги, що надаються без вимог про відшкодування їх вартості.

При отриманні внесків від благодійників важливим є формулювання отриманих коштів. Щоб не було проблем з фінансовими податковими органами в прибутковому ордері чи в іншому документі слід використовувати визначення «добровільні пожертви чи безповоротна фінансова допомога». Під цим формулюванням такі доходи внесені до переліку доходів, що звільняються від оподаткування.

Метою добровільних (благодійних) пожертв є сприяння розвитку охорони здоров'я, участь у поданні медичної допомоги населенню і здійсненню соціального догляду за хворими, інвалідами, самотніми, людьми похилого віку та іншими особами, які через свої фізичні, матеріальні та інші особливості потребують соціальної підтримки і піклування.

Добровільні (благодійні) пожертви від юридичних і фізичних осіб, які надходять по безготівковому перерахуванню в ЛПЗ у вигляді безповоротної фінансової допомоги зараховуються до складу кошторису спеціального фонду (рахунок «суми за дорученням») і використовуються виключно на фінансування витрат кошторису (включаючи фінансування господарської діяльності). Поточний рахунок «суми за дорученням» відкривається в закладах уповноваженого банку на підставі документів, визначених нормативно-правовими актами Національного банку України з дозволу органів Державного казначейства, в якому обслуговується цей ЛПЗ.

Надходження коштів готівкою на розрахунковий рахунок «суми за дорученням» здійснюється згідно з письмовою заявою, що є волевиявленням фізичної чи юридичної особи про добровільну (благодійну) пожертву. Разом з квитанцією, що засвідчує внесення коштів, медичний заклад може також видавати благодійнику відповідну довідку, що засвідчує одержання і цільове використання благодійної пожертви.

Надання добровільних (благодійних) пожертв у вигляді послуг, робіт, майна повинно бути підтверджено двостороннім актом про надання добровільних (благодійних) пожертв за підписом особи, яка надає такі внески і керівника, і головного бухгалтера закладу, якому надаються добровільні (благодійні) пожертви. Сума послуг і робіт визначається відповідно до кошторису витрат по загальнодержавних розцінках. Виконані послуги або отримане майно зараховується на баланс медичного закладу на загальних підставах. Одержані таким чином доходи звільняються від оподаткування.

Здійснюючи благодійні внески, комерційна організація за законом України про прибуток (п. 5.2.2) отримує пільги: кошти направлені на благодійництво включаються до валових витрат, звільняються від податку на прибуток, але не більше 4% від суми оподаткованого прибутку.

ГЛОСАРИЙ

- Суб'єкти господарювання** — учасники господарських відносин, які самостійно здійснюють господарську діяльність, мають відокремлене майно і несуть відповідальність за своїми зобов'язаннями в межах цього майна, крім випадків, передбачених законом.
- Підприємство** — це самостійний господарський суб'єкт, створений і зареєстрований у встановленому законом порядку для здійснення господарської діяльності з метою задоволення суспільних потреб у товарі (продукції, роботах, послугах) і одержання прибутку.
- Приватне підприємство** — це організаційно-правова форма підприємства, заснованого на власності фізичної особи. У приватному підприємстві часто власність і управління майном не розмежовуються — власник підприємства нерідко одночасно є і підприємцем, який бере безпосередню участь у управлінні підприємством.
- Колективне підприємство** — це організаційно-правова форма підприємства, заснованого колективній власності.
- Господарське товариство** — це підприємство, створене шляхом об'єднання грошових коштів і майна фізичних і (або) юридичних осіб для заняття підприємницькою діяльністю з метою одержання прибутку.
- Комунальне підприємство** — це підприємство, засноване на власності відповідної територіальної громади; зокрема на власності району, міста, області.
- Державне підприємство** — це підприємство, що діє на основі державної власності.
- Спільне підприємство** — це організаційна форма підприємства, заснованого за законами України на базі об'єднання майна різних форм власності (так звана змішана форма власності).
- Акціонерне товариство** — це засноване на установчому договорі і статуті господарське товариство, що має статутний фонд, поділений на визначену кількість акцій рівної номінальної вартості, і несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства, а кожний учасник у межах вартості своєї акції. З визначення впливають особливості акціонерного товариства як юридичної особи.
- Юридична особа** — суб'єкт господарювання, що має відокремлене майно, яке знаходиться у нього на балансі, рахунок у банку, печатку з назвою і відповідає по своїм зобов'язанням всіма активами свого балансу.
- Право господарського відання** — це право суб'єкта підприємницької діяльності користуватися, володіти і розпоряджатися майном, закріпленим за ним власником (уповноваженим ним органом) з обмеженням правомочності розпорядження щодо окремих видів майна за згодою власника, у випадках передбачених Господарським кодексом та іншими законами.
- Право оперативного управління** — це майнове право суб'єкта господарювання, який володіє, користується і розпоряджається майном, закріпленим за ним власником (уповноваженим ним органом) для здійснення неко-

мерційної господарської діяльності, у межах, встановлених Господарським кодексом та іншими законами, а також власником майна (уповноваженим ним органом).

Об'єднання громадян — добровільне громадське формування, створене на основі єдності інтересів для спільної реалізації громадянами своїх прав і свобод. Об'єднання громадян, незалежно від назви (рух, конгрес, фонд, спілка), може бути громадською або політичною організацією.

Лікарняна каса — це недержавна громадська членська організація сприяння охороні здоров'я і захисту прав пацієнтів, в основі якої лежать добровільні персоналізовані внески, для фінансування додаткових медичних послуг у межах прийнятої медичної програми.

Право власності — основне речове право у сфері господарювання. Суб'єкт господарювання, який здійснює господарську діяльність на основі права власності, на свій розсуд, одноосібно або спільно з іншими суб'єктами володіє, користується і розпоряджається належним йому (їм) майном, у тому числі має право надати майно іншим суб'єктам для використання його на праві власності, праві господарського відання чи праві оперативного управління, або на основі інших форм правового режиму майна, передбачених Господарським кодексом.

Некомерційне господарювання — це самостійна систематична господарська діяльність, що здійснюється суб'єктами господарювання, спрямована на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Заклади охорони здоров'я — підприємства, заклади і організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги.

Державний (комунальний) медичний заклад, організація — неприбуткова юридична особа, суб'єкт господарювання, що фінансується з державного (місцевого) бюджету, завдання якої полягає в забезпеченні населення медичною допомогою.

Благодійна діяльність — добровільні безкорисливі пожертви фізичних і юридичних осіб у формі надання отримувачам матеріальної, фінансової та іншої добровільної допомоги.

Статут — основний документ, що регулює господарську діяльність суб'єкт господарювання. Містить відомості про мету і предмет діяльності, розмір і порядок утворення статутного та інших фондів, порядок розподілу прибутків і збитків, про органи управління і контролю, їх компетенцію, а також інші відомості, пов'язані з особливостями організаційної форми суб'єкта господарювання, передбачені законодавством.

ЛІТЕРАТУРА ДО МОДУЛЯ 1

1. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Т.: Укрмедкнига, 2002. – 330 с.
2. Вороненко Ю.В., Прус Л.О., Чуйко А.П. та ін. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я. – К.: Здоров'я, 2002. – 360 с.
3. Столяров Г.С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. Статистика охорони здоров'я: Підручник / Київський національний економічний ун-т. – К.: КНЕУ, 2006. – 230 с.
4. Підаєв А.В., Возіанов О.Ф., Москаленко В.Ф. та ін. Панорама охорони здоров'я населення України. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
5. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навчальний посібник / За ред. І.М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К.: Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.
6. Мінцер О.П., Вороненко Ю.В., Власов В.В. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині. Навч. посіб. – К.: Вища школа, 2003. – 350 с.
7. Державне управління охороною здоров'я: Навч. посіб. / Націон. акад. держ. упр. при Президенті України; За ред. І.М.Солоненка, Л.І. Жаліло. – К.: Вид-во НАДУ. – 2004. – 180 с.
8. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я. Навч. посіб. – К.: НАДУ, 2005. – 416 с.
9. Шоу Ч.Д., Кало И. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2001. – 67 с.
10. Качество и аккредитация в здравоохранении. Глобальный обзор // ВОЗ, Женева. – 2003. – 209 с.
11. Джордж С., Ваймерскирх А. Всеобщее управление качеством. TQM. – Виктория плюс, 2002. – 256 с.
12. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: МедиаСфера, 1998. – 352 с.

ЛІТЕРАТУРА ДО МОДУЛЯ 2

1. Формування здорового способу життя української молоді: стан, проблеми та перспективи: Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2002 р.). – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2003. – 250 с.
2. Освітні програми формування здорового способу життя молоді. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2005. – Кн. 5. –120 с. – (Сер. «Формування здорового способу життя молоді». У 14 кн.).
3. Здоров'я та поведінкові орієнтації української молоді: соціологічний вимір (за результатами національного соціологічного опитування підлітків та молоді 10–22 років). – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2005. – Кн. 14. – 256 с.
4. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Т.: Укрмедкнига, 2002. – 330 с.
5. Підаєв А.В., Возіанов О.Ф., Москаленко В.Ф. та ін. Панорама охорони здоров'я населення України. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
6. Вороненко Ю.В., Прус Л.О., Чуйко А.П. та ін. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я. – К.: Здоров'я, 2002. – 360 с.
7. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навчальний посібник / За ред. І.М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К.: Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.

8. Безпалько О., Савич Ж. Спілкуємось та діємо: Навч.-метод. посіб. – К.: Навч. книга, 2002. – 112 с.
9. Зімівель Н. В., Лещук Н. О. та ін. Методика освіти «рівний – рівному»: Навч.-метод. посібник. – К.: Навчальна книга, 2002. – 127 с.
10. Методичний посібник з профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу у шкільному та молодіжному середовищі. За ред. Лазаренко Б.П., Пінчук І.М. – К.: Державний центр соціальних служб для молоді, 2002. – 144 с.
11. Післяпологове та післяабортне планування сім'ї. Навчальний посібник. За ред. Жилка Н.Я. – К.: Асоціація акушерів-гінекологів України, 2007. – 196 с.

ЛІТЕРАТУРА ДО МОДУЛЯ 3

1. Столяров Г.С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. Статистика охорони здоров'я: Підручник / Київський національний економічний ун-т. – К.: КНЕУ, 2006. – 230 с.
2. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Т.: Укрмедкнига, 2002. – 330 с.
3. Мінцер О.П., Вороненко Ю.В., Власов В.В. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині. Навч. посіб. – К.: Вища школа, 2003. – 350 с.
4. Минцер О.П., Молотков В.Н., Угаров Б.Н. и др. Биологическая и медицинская кибернетика. Справочник. – К.: Наукова Думка, 1985.
5. Державне управління охороною здоров'я: Навч. посіб. / Націон. акад. держ. упр. при Президенті України; За ред. І.М.Солоненка, Л.І. Жаліло. – К.: Вид-во НАДУ. – 2004. – 180 с.
6. Жилка Н., Іркіна Т., Тешенко В. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). – Київ: Міністерство охорони здоров'я України, Національна Академія наук: Інститут економіки, 2001. – 68 с.
7. Ледошук Б.А. Вопросы контроля качества данных в национальной информационной системе медицинского мониторинга пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы / Б.А. Ледошук, Н.А. Гудзенко, Н.К. Троцюк // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 2006. – Т.10, №1 Приложение. – С. 33–36.
8. Уварено А.Р., Ледошук Б.О., Яворівський О.П., Марчук Н.В. Методичні рекомендації з розробки та застосування основних профілактичних технологій у діяльності практичної охорони здоров'я. – К.: Укр. мед. патент. інформ. МОЗ України, НМУ ім. О.О. Богомольця, 2006. – 16 с.
9. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інноваційної політики: Монографія. – Житомир: Полісся, 2005. – 198 с.
10. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – С. 42–45.
11. Гриценко В.І., Котова А.Б., Вовк М.І., Кіфоренко С.І., Белов В.М. Інформаційні технології в біології та медицині: Курс лекцій: Навч. посіб. – К.: Наукова думка, 2007. – 383 с.
12. Трофимова И.П. Системы обработки и хранения информации. – М.: Высшая школа, 2003.
13. Чалий О.В., Д'яков В.А., Хаїмзон І.І. Основи медичної інформатики та обчислювальної техніки, – К.: Вища школа, 1993.
14. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: МедиаСфера, 1998. – 352 с.

15. Марценюк В.П., Семенець А.В. Медична інформатика. Інструментальні та експертні системи. – Т.: Укрмедкнига, 2004. – 222 с.
16. Капица С.П., Курдюмов С.П., Малинецкий Г.Г. Синергетика и прогнозы будущего. – М.: Наука, 1997.
17. Амосов Н.М. Моделирование сложных систем. – К.: Наук. думка, 1968.

ЛІТЕРАТУРА ДО МОДУЛЯ 4

1. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Т.: Укрмедкнига, 2002. – 330 с.
2. Столяров Г.С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. Статистика охорони здоров'я: Підручник. – К.: КНЕУ, 2006. – 230 с.
3. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навчальний посібник / За ред. І.М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К.: Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.
4. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я. Навч. посіб. – К.: НАДУ, 2005. – 416 с.
5. Иванов В.В., Богаченко П. Медицинский менеджмент. – Москва: Инфра-М, 2007. – 256 с.
6. Клинический менеджмент. Серия: Учебная литература для слушателей системы последиplomного образования. / Под редакцией А. И. Вялкова, В. З. Кучеренко. – Москва: Медицина, 2006. – 304 с.
7. Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. – Санкт-Петербург, 1997.
8. Большаков А.С. Современный менеджмент. Теория и практика. – СПб.: Питер, 2002. – 416 с.

ЛІТЕРАТУРА ДО МОДУЛЯ 5

1. Системи управління якістю вимоги. ДСТУ ISO 9001–2001 // К.: Державний стандарт України, 2000. – 40 с.
2. Коваленко С.М. Концептуальні основи систем управління якістю. Основоволожні принципи міжнародного стандарту ISO 9000:2000 : Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / С.М. Коваленко, В.О. Лебединець, Св.М. Коваленко; Нац. фармац. ун-т. – Х. : Вид-во НФАУ : «Золоті сторінки», 2003. – Ч. 1. – 95 с.
3. Глухов Г.Н., Шиленко Ю.В., Леонтьев В.К. Система гарантій якості в здравоохранении / Г.Н. Глухов, Ю.В. Шиленко, В.К. Леонтьев // Экономика здравоохранения – 1998. – №5. – С. 35–42.
4. Варсонидзе С.Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса с использованием медицинских стандартов (протоколов) / С.Л. Варсонидзе, А.И. Лихота // Главный врач. – 2006. – №10. – С. 81–83.
5. Полубенцева Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации / Е.И. Полубенцева, Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 60 с.
6. Шоу Ч.Д., Кало И. Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2001. – 67 с.
7. Качество и аккредитация в здравоохранении. Глобальный обзор.// ВОЗ, Женева. – 2003. – 209 с.

8. Джордж С., Ваймерскирх А. Всеобщее управление качеством. TQM . – Виктория плюс, 2002. – 256 с.
9. Хуторской М.А., Мартыненко В.Ф. Технологические основы обеспечения высоких технологий показателей качества медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1 (8). – С. 21–23.
10. Руководство по управлению качеством. – Россия–США, 2000. – 88 с.
11. Качество медицинской помощи // Глоссарий. – Россия–США, 2000. – 107 с.
12. Гафуров Б.С. Контроль качества медицинской помощи – основа в системе защиты прав пациента. Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 3. – С. 22–25.
13. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Т.: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
14. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – С. 42–45.
15. Зіменковський А.Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.– К., 2007.–34 с.

ЛІТЕРАТУРА ДО МОДУЛЯ 6

1. Агеев В.С. Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы. – М.: МГУ, 1990. – 240 с.
2. Большаков А.С. Современный менеджмент. Теория и практика. – СПб.: Питер, 2002. – 416 с.
3. Гришина Н.В. Психология социальных ситуаций // Вопросы психологии. – 1997. – №1. – с.121–132.
4. Деркач А.А., Калинин И.В. Стратегии подбора и формирования управленческой команды. – М.: РАГС, 1993. – 29 с.
5. Жариков Е.С. Психология управления. Книга для руководителей и менеджера по персоналу. – М.: МЦФЭР, 2002. – 512 с.
6. Лозниця В.С. Психологія менеджменту: Навчальний посібник. – К.: ТОВ «УВПК «Ек-сОб»», 2000. – 512 с.
7. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер, 2002. – 752 с.
8. Савельева В.С. Психологія управління: Навчальний посібник. – К.: ВД «Про-фесіонал», 2005. – 320 с.
9. Синягин Ю.В. Руководитель организации и его команда (Теоретическая модель). – М., 1996. – 216 с.
10. Урбанович А.А. Психология управления: Учебное пособие. – Мн.: Харвест, 2001. – 640 с.

ЛІТЕРАТУРА ДО МОДУЛЯ 7

1. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я. Навч. посіб. – К.: НАДУ, 2005. – 416 с.
2. Пашенко В.М. Неприбуткові громадські організації в охороні здоров'я//Главный врач. № 5, 2003. – С. 50–54.
3. Пашенко В.М. Економічне обґрунтування діяльності лікарняних кас//Управління закладом охорони здоров'я. №6. 2007. С.24–29

4. Пащенко В.М. Організаційно-правові форми господарської діяльності в охороні здоров'я. // Управління закладом охорони здоров'я. №10. 2007. С.30–38
5. Пащенко В.М. Реформування статусу бюджетних медичних закладів в умовах ринкових відносин // Управління закладом охорони здоров'я. №8. 2007. С.41–47
6. Пащенко В.М. Соловьев Ф.М. Перспективи реформування бюджетних стоматологічних поліклінік і стоматологічних відділень територіальних поліклінік у комунальні підприємства // Современная стоматология. № 3. 2005. С. 163–166.
7. Пащенко В.М., Кукало Н.П. Організаційно-правові форми діяльності амбулаторії загальної практики – сімейної медицини. // Матеріали конференції «Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я в Україні». 2004. С. 186–189
8. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Видавництва «Сфера». Київ. 2005. 271 с.
9. Лехан В. Коментар щодо проектів нормативно-правових та законодавчих актів про реформування системи охорони здоров'я в Україні. // Главный врач. 2006. С. 70.
10. Закон України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування населення» Проект. // Главный врач. 2006. С. 66–70.
11. Экономика здравоохранения. Учебное пособие для вузов. Под общей редакцией А.В. Решетникова. Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа». 2007. .С. 271
12. Лікарняна каса: суспільно-солідарний механізм фінансування та забезпечення додаткової медичної допомоги. Під загальною редакцією Загороднього В.В. Київський міський інформаційно-обчислювальний центр. 2002. 220 с.
13. Бондаренко В.В., Тарасенко Є.О., Скрипник О. А., Пивоварчук Ю.П. Досвід діяльності лікарняних кас Кіровоградщини. // Охорона здоров'я України. № 1. 2002. С. 47–48.
14. Парій В.Д. Із досвіду організації діяльності обласної лікарняної каси як прообразу правового добровільного медичного страхування. // Охорона здоров'я України. № 1. 2001. С. 27–30.
15. Підаєв А.В. Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. № 4. 2002. С. 5–8.
16. Попов О.П., Мостіпан О.В., Надута Г.М., Гайдук А.І., Міська лікарняна каса як інструмент політики влади в галузі охорони здоров'я. // Главный врач. № 7. 2003. С. 42–44.
17. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. За заг. ред. В.М. Лехан. – К, Сфера, 2001.– 176 с.
18. Господарський кодекс України. Парламентське видання. 1.01.2004 www.rada.gov.ua
19. Загородній В.В., Коваленко О.С. Приклади та теоретичні аспекти державного управління реформуванням у системі охорони здоров'я // Охорона здоров'я України. – 2001.– № 1.– С. 13 – 15
20. Закон України «Основи законодавства України Про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. №2801–XI // www.rada.gov.ua
21. Бюджетний Кодекс України від 21.06.2001 р. № 2542 – III // www.rada.gov.ua
22. Голяченко О. Українська здороваохорона: як вийти із кризи. – Тернопіль: Лілея, 2000. – 84 с.
23. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ» від 28.02.2002 р. № 228 // www.rada.gov.ua
24. Ковпак Ю.В., Ковпак В.В. та ін. Реформування системи охорони здоров'я м. Комсомольська 1997 – 2003 рр. // Главный врач. 2004. № 1. – С.47 – 56.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ

- Босерт Т.** Ph.D., директор міжнародної програми з систем охорони здоров'я, Школа громадського здоров'я Гарвардського університету (США).
- Вороненко Ю.В.** доктор медичних наук, професор, член-кореспондент Академії медичних наук України, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри управління охороною здоров'я, ректор НМАПО імені П.Л.Шупика.
- Гойда Н.Г.** доктор медичних наук, професор кафедри управління охороною здоров'я, проректор з лікувальної роботи НМАПО імені П.Л. Шупика.
- Кенней А.-М.** директор Проекту «Разом до здоров'я» (до 2009 року).
- Краснов В.В.** кандидат педагогічних наук, доцент кафедри медичної інформатики НМАПО імені П.Л.Шупика.
- Крісвел Р.** стипендіат програми академічних обмінів ім. Фулбрайта 2007–2008 (США), консультант Проекту «Разом до здоров'я».
- Мінцер О.П.** доктор медичних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри медичної інформатики НМАПО імені П.Л.Шупика.
- Мітчелл М.** M.D., професор кафедри всесвітнього здоров'я та населення, Школа громадського здоров'я Гарвардського університету (США).
- Моїсеєнко Р.О.** кандидат медичних наук, директор Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України.
- Онишко Ю.В.** кандидат медичних наук, доцент кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л.Шупика.
- Ошовський В.І.** консультант Програми прикладних технологій в охороні здоров'я — РАТН.
- Пащенко В.М.** кандидат медичних наук, доцент кафедри управління охороною здоров'я НМАПО імені П.Л.Шупика.
- Райан Л.** експерт Академії освітнього розвитку — AED (США).
- Стан Л.** M.D., M.P.H., директор Проекту «Разом до здоров'я» (з 2009 року).
- Чалий К.О.** доктор фізико-математичних наук, Ph.D. в інженерії, професор кафедри медичної інформатики НМАПО імені П.Л.Шупика.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ В МЕДИЦИНІ

Українською мовою

за загальною редакцією

Ю.В. Вороненка, Н.Г. Гойди, О.П. Мінцера, М. Мітчелла

Редактор: *Т.І. Корнієнко*

Коректор: *О.Л. Босецький*

Комп'ютерна верстка: *О.Б. Кравченко, Л.А. Прудникова*

Координатори видання: *Р. Крісвел, Ю.В. Онишко, Н.Й. Сало, К.О. Чалий*

Підп. до друку 05.10.2009. Формат 70/100/16. Папір Lux Cream.
Гарн. Newton C. Друк офсет. Ум. друк арк. 31,9. Наклад 1200 прим.
Замовлення №

Видавництво «Книга плюс»

01001, Київ-1, а/с 222

e-mail: bookplus@ukr.net

Свідоцтво ДК № 1820 від 18.03.2003 р.

Виготовлено у друкарні ЗАТ фірма «Віпол»

03151, Київ-151, вул. Волинська, 60