

Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту



Пояснювальна записка

до дипломної роботи

магістра

на тему: Розвиток підприємницької діяльності у галузі
охорони здоров'я в Україні

Виконав: студент 6 курсу, групи 6435мз
спеціальність 073 «Менеджмент»

Ларіна О. О.

(прізвище та ініціали)

Керівник Сергійчук С. І.

(прізвище та ініціали)

Рецензент _____

(прізвище та ініціали)

Миколаїв – 2020 року

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень – *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Спеціалізація «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри менеджменту

д.е.н., проф. Іртищева І.О.

«___» _____ 20__ року

ЗАВДАННЯ

Ларіна Ольга Олександрівна

(прізвище, ім'я по батькові)

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доц. Сергійчука Сергія Ілліча

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я по батькові)

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

Розвиток підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні

затверджену наказом ректора НУК від «___» «___» 20__ року № _____,

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані: спеціальні літературні джерела, методичні вказівки з питань управління закладами охорони здоров'я, нормативно-законодавчі документи, а також статистичні дані Головного управління статистики України

4. Перелік питань, які підлягають вивченню: розглянути теоретичні основи підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я; провести дослідження підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я; розробити шляхи удосконалення підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я

5. Перелік графічного матеріалу: функцій підприємництва у галузі охорони здоров'я; розподіл областей України за доступністю комерційної медицини; обсяги вироблених і спожитих населенням у 2010-2019 роках; алгоритм реорганізації (перетворення) закладу охорони здоров'я; функції спостережної ради закладу охорони здоров'я в Україні; основні принципи відмінності у функціонуванні державних і приватних медичних закладів.

6. Консультанти спеціальних розділів:

Найменування	Прізвище, ініціали та посада	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4. Охорона праці	Мозговий А. М., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК виконання кваліфікаційної роботи

№ п/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	
7	Розробка теоретичного розділу	
8	Розробка аналітичного розділу	
9	Розробка проектного розділу	
10	Розробка четвертого розділу	
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	
12	Редагування рукопису роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	
13	Розробка проекту автореферату роботи	
14	Розробка проекту демонстраційного матеріалу та доповіді	
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, демонстраційного матеріалу та доповіді на попередній захист	
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	
18	Захист роботи перед ДЕК	

Науковий керівник _____ / _____ /

Магістрант _____ / _____ /

АНОТАЦІЯ

Ларіна О.О. "Розвиток підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні"

Дипломна робота на здобуття кваліфікації магістра з менеджменту. Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2020.

Магістерська робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні. У роботі проведено аналіз підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я України та досліджено процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні. Запропоновано модель алгоритму реорганізації (перетворення) закладу охорони здоров'я з бюджетної установи у комунальне підприємство представлені, що дозволить консолідувати сили медиків, влади та юристів-практиків у сфері медичного права, автономізація буде проведена в найкоротші можливі терміни, а медична реформа в Україні просунеться на декілька кроків вперед, адже у пріоритеті забезпечення якісної охорони здоров'я населення країни. Розроблено науково-методичний підхід щодо покращення приватної підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я, що дозволить полегшити навантаження на державну систему охорони здоров'я, оскільки приватна медицина обслуговує частину громадян, які спроможні самостійно сплачувати за лікування та створює конкурентне середовище на ринку медичних послуг, що підвищить ефективність роботи галузі в цілому та покращить якість надання лікувально-профілактичних послуг.

Ключові слова: медичне підприємництво, підприємницька діяльність у медицині, заклади охорони здоров'я, державна й приватна медицина, медична реформа, охорона здоров'я, якість медичних послуг.

АННОТАЦИЯ

Ларина А. А. "Развитие предпринимательской деятельности в области здравоохранения в Украине"

Дипломная работа на получение квалификации магистра по менеджменту. Национальный университет кораблестроения имени адмирала Макарова, Николаев, 2020.

Магистерская работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов совершенствования предпринимательской деятельности в области здравоохранения в Украине. В работе проведен анализ предпринимательской деятельности в области здравоохранения Украины и исследованы процесса реформирования системы здравоохранения в Украине. Предложена модель алгоритма реорганизации (преобразования) учреждения здравоохранения с бюджетного учреждения в коммунальное предприятие представлены, что позволит консолидировать силы медиков, власти и юристов в сфере медицинского права, автономизация будет проведена в кратчайшие возможные сроки, а медицинская реформа в Украине продвинется на несколько шагов вперед, ведь в приоритете обеспечения качественной охраны здоровья населения страны. Разработаны научно-методический подход по улучшению частной предпринимательской деятельности в области здравоохранения, что позволит облегчить нагрузку на государственную систему здравоохранения, поскольку частная медицина обслуживает часть граждан, которые способны самостоятельно платить за лечение и создает конкурентную среду на рынке медицинских услуг, что повысит эффективность работы отрасли в целом и улучшит качество оказания лечебно-профилактических услуг. Автономизацию предлагается провести в кратчайшие возможные сроки, тогда медицинская реформа в Украине сможет продвинутся на несколько шагов вперед, ведь в приоритете обеспечения качественной охраны здоровья населения страны.

Ключевые слова: медицинское предпринимательство, предпринимательская деятельность в медицине, учреждения здравоохранения, государственная и частная медицина, медицинская реформа, здравоохранение, качество медицинских услуг.

ANNOTATION

Larina O.O. "Development of business in the field of health care in Ukraine"

Master's work in master's degree in management. Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Nikolaev, 2020.

The master's thesis is devoted to topical issues of theoretical, methodological and practical aspects of improving business in the field of health care in Ukraine. The paper analyzes the business activities in the field of health care in Ukraine and examines the process of reforming the health care system in Ukraine. A model of algorithm for reorganization (transformation) of a health care institution from a budgetary institution into a utility company is proposed, which will consolidate the forces of physicians, authorities and legal practitioners in the field of medical law, autonomy will be carried out as soon as possible, and medical reform in Ukraine will advance a few steps forward, because the priority is to ensure quality health care of the population. A scientific and methodological approach to improving private business in the field of health care has been developed, which will ease the burden on the public health care system, as private medicine serves some citizens who are able to pay for treatment and creates a competitive environment in the health care market. , which will increase the efficiency of the industry as a whole and improve the quality of treatment and prevention services.

Keywords: medical entrepreneurship, entrepreneurial activity in medicine, health care institutions, public and private medicine, medical reform, health care, quality of medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1. Сутність, принципи і функції підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я	12
1.2. Організаційно-правові форми підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я	18
1.3. Організація підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я.....	22
Висновок до першого розділу	27
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	28
2.1. Аналіз підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я України	28
2.2. Аналіз процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні ...	38
Висновки до другого розділу.....	48
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	50
3.1. Шляхи автономізація закладів охорони здоров'я	50
3.2. Рекомендації щодо поліпшення підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я	55
Висновок до третього розділу	59
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	61
4.1. Можливі небезпечні і шкідливі фактори у медичному приміщенні	61
4.2. Розробка заходів по забезпеченню сприятливих умов праці при роботі з персональним комп'ютером у медичному приміщенні.....	69
4.3. Розрахунок параметрів системи штучного освітлення в медичному приміщенні	76
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	82

ВСТУП

Актуальність теми. Розвиток підприємництва є матеріальною основою для подолання економічної кризи та вирішення соціально-економічних проблем та суперечностей у країнах, що розвиваються. Високий рівень підприємництва надає економіці всі необхідні фактори, а саме гнучкість, структурна перебудова, зростання науково-технічного прогресу, мобілізація ресурсів населення, зменшення кількості безробітних та вирішення певних проблем, пов'язані із соціальним розвитком ринкової економіки. Саме з цієї причини створення та розвиток підприємництва у галузі охорони здоров'я та розвиток платних медичних послуг повинні бути головним стратегічним завданням державної політики України.

Проблемам розвитку підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Антонюк С., Радиш Я., Бендукідзе К., Голяченко А., Дишловий І., Заглада О.О., Кризина Н.П., Іртищева І.О., Князевич В. М., Лехан В. М., Лехан В.М., Литвиненко М. В., Літвак А.І., Міщенко Д., Рябець Д.М., Сергійчук С.І., Фірсова О.Д., Шутов М.М. та ін. Разом з тим, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання підприємництва і ринкових відносин в системі охорони здоров'я залишаються актуальними, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо їхнього втілення вкрай мало. Причиною цього, на нашу думку, є відсутність інституційного та фінансового забезпечення розвитку підприємництва.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана за планами науково-дослідної роботи кафедри Менеджменту Факультету економіки моря НУК (тема: «Управління бізнес-процесами в умовах розвитку цифрової економіки та суспільства»).

Мета і задачі дослідження. Актуальність теми дозволила визначити мету дослідження: формування науково обґрунтованих рекомендацій та пропозицій щодо вдосконалення підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення цієї мети були поставлені та розв'язані наступні завдання:

- досліджено сутність, принципи і функції підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я;
- досліджено організаційно-правові форми підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я;
- розглянуто процес організації підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я;
- проведено аналіз підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я України;
- проведено дослідження процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- розроблено шляхи автономізації закладів охорони здоров'я;
- запропоновано рекомендації щодо поліпшення підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес розвитку підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні.

Теоретико-методологічною основою магістерської роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених. Як науковий інструментарій при проведенні дослідження використовувалися методи математичного, системного і статистичного аналізу, теорії оптимізації, економіко-математичного моделювання і абстрактно-логічного дослідження.

Методи дослідження. проведене дослідження в роботі спирається на наукові концепції та теоретичні досягнення вітчизняних вчених. У роботі застосовано цілий ряд спеціальних методів, які дозволяють одержати кількісну оцінку окремих аспектів системи медичного страхування та страхової медицини в Україні: діалектичний метод пізнання – при визначенні

принципів і функцій підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я; економіко-логічні методи пізнання – у процесі систематизації та узагальнення організаційно-правових форм підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я; метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі аналізу підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я України; метод факторного аналізу – під час дослідження процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Наочне відображення динаміки показників розвитку об'єкта дослідження здійснювалось з використанням методу графічного зображення і табличного відображення результатів дослідження. Для проведення комплексного аналізу застосовувались методи комп'ютерної обробки, аналізу та відображення інформації за допомогою програм Microsoft Excel.

Інформаційною базою досліджень є законодавчі акти України, нормативно-правові акти, сучасні теорії управління підприємством, наукові концепції, періодичні публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, спеціальна економічна література, періодичні видання, дані Державного комітету статистики, статистичні дані закладів охорони здоров'я, тощо.

Наукова новизна одержаних результатів. Найважливішими результатами, що містять наукову новизну, є:

удосконалено:

– модель алгоритму реорганізації (перетворення) закладу охорони здоров'я з бюджетної установи у комунальне підприємство представлені, що дозволить консолідувати сили медиків, влади та юристів-практиків у сфері медичного права, автономізація буде проведена в найкоротші можливі терміни, а медична реформа в Україні просунеться на декілька кроків вперед, адже у пріоритеті забезпечення якісної охорони здоров'я населення країни;

набули подальшого розвитку:

– науково-методичний підхід щодо покращення приватної підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я, що дозволить полегшити навантаження на державну систему охорони здоров'я, оскільки

приватна медицина обслуговує частину громадян, які спроможні самостійно сплачувати за лікування та створює конкурентне середовище на ринку медичних послуг, що підвищить ефективність роботи галузі в цілому та покращить якість надання лікувально-профілактичних послуг.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні організаційного та методичного забезпечення алгоритму реорганізації (перетворення) закладу охорони здоров'я з бюджетної установи у комунальне підприємство представлені. Найбільшу практичну цінність має науково-методичний підхід щодо покращення приватної підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача. У магістерській роботі сформульовані та обґрунтовані наукові положення, розробки, висновки і рекомендації отримано самостійно на основі проведеного дослідження практичних аспектів розвитку підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні. Аналітична частина роботи виконана на основі обробки статистичних даних діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 86 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (40 найменування), 7 таблиць, 4 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність, принципи і функції підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я

Підприємництво – це безпосередня самостійна, систематична, на власний ризик діяльність по виробництву продукції, виконанню робіт, наданню послуг з метою отримання прибутку, яка здійснюється фізичними та юридичними особами, зареєстрованими як суб'єкти підприємницької діяльності в порядку, встановленому законодавством.

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

Суб'єктами підприємницької діяльності можуть бути:

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

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

Загальні принципи підприємництва:

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

- встановлення цін відповідно до законодавства;
- вільний найом працівників;
- залучення і використання матеріально-технічних, фінансових, трудових, природних та інших видів ресурсів, використання яких не заборонень або не обмежене законодавством;
- вільне розпорядження прибутком, що залишається після внесення платежів, установлених законодавством;
- самостійне здійснення підприємцем – юридичною особою зовнішньоекономічної діяльності, використання будь-яким підприємцем належної йому частки валютної виручки на свій розсуд.

Відповідно до статей 16, 17, 33 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", медична допомога може надаватись як у медичних закладах так і на засадах індивідуального підприємництва.

Медична практика – це діяльність, пов'язана з комплексом спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями й реабілітацію хворих та інвалідів, що здійснюється особами, які мають спеціальну освіту.

При провадженні господарської діяльності з медичної практики мають враховуватись як загальні принципи підприємництва так і міжнародні засади надання медичної допомоги, які викладені в резолюціях 27-ї Всесвітньої Медичної Асамблеї (Мюнхен, 1973) та доповнених резолюцією 35-ї Всесвітньої Медичної Асамблеї (Венеція, 1983), згідно з якими при проведенні підприємницької діяльності з надання медичної допомоги необхідно враховувати такі принципи:

- умови роботи медичних працівників повинні визначатись позиціями товариських організацій;
- дотримання прав пацієнта на вибір лікуючого лікаря та прав лікаря на вибір пацієнта;

- надання невідкладної медичної допомоги без усяких винятків;
- забезпечення конфіденційності взаємовідносин між пацієнтом та лікарем всіма особами, що беруть участь у лікувальному процесі або контролюють його;
- гарантування лікарям моральної, економічної та професійної незалежності;
- забезпечення принципу, за яким сума гонорару лікаря повинна залежати від характеру медичної послуги;
- якість та ефективність надання медичної послуги, об'єм, вартість та кількість послуг повинні оцінювати лікарі, керуючись більш регіональними, а не національними стандартами;
- заборона на обмеження права лікаря на виписування будь-яких препаратів та призначення будь-якого лікування, адекватних з точки зору сучасних стандартів;
- забезпечення умов, за яких лікар може поглиблювати свої знання та підвищувати професійний статус.

При провадженні підприємницької діяльності з надання медичних послуг мають враховуватися такі міжнародні принципи щодо забезпечення прав пацієнта:

- на вільний вибір лікаря;
- на отримання допомоги лікаря незалежного від стороннього впливу в своїх професійних, медичних та етичних рішеннях;
- на отримання адекватної інформації щодо погодження на лікування чи відмови від нього;
- щодо впевненості, що лікар буде відноситися до медичної та особистої інформації, як до конфіденційної;
- померти достойно;
- "Декларація про права пацієнта", 34-а ВМА. – Лісабон, 1981.

– на використання духовної та моральної підтримки, включаючи допомогу особи будь-якої релігійної конфесії або відмови від неї.

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

Підприємництво в Україні здійснюється в будь-яких організаційних формах, визначених законами України, на вибір підприємця та повинна виконувати наступні функції (рис. 1.1.).



Рис. 1.1. Функцій підприємництва у галузі охорони здоров'я

Основні завдання підприємницької діяльності при запровадженні господарської діяльності з медичної практики:

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

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

Елементи підприємницької ідеї:

- відмова від попереднього виду занять, як правило практичної діяльності в державному або комунальному закладі охорони здоров'я;
- усвідомлення необхідності працювати на межі своїх фізичних, розумових та організаторських здібностей;
- прагнення стати власником, відмова працювати під керівництвом інших;
- прагнення досягти фінансового благополуччя шляхом приватної медичної практики або створення лікувально-профілактичного закладу недержавної форми власності;
- прагнення через підприємництво досягти своєї мети, домогтися визнання в медичному науковому товаристві;
- чітке усвідомлення шляхів отримання фінансових ресурсів для започаткування власної справи;
- знання технології провадження господарської діяльності з медичної практики;
- вміння вибрати оптимальну організаційну форму управління та організаційно-правову форму підприємницької діяльності;
- знання основних ризиків господарської діяльності з медичної практики та вміння ними управляти;
- вміння організувати облік лікувально-профілактичного закладу;
- знання зовнішніх чинників, які впливають на медичну практику;
- знання чинного законодавства.

В Україні законодавчо передбачено такі напрями державного регулювання підприємництва:

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

Б. Органи державного управління мають будувати свої відносини з підприємцями, використовуючи:

- податкову та фінансово-кредитну політику, включаючи встановлення ставок податків і відсотків по державних кредитах; податкових пільг; цін і правил ціноутворення; цільових дотацій; валютного курсу; розмірів економічних санкцій;

- державне майно і систему резервів, ліцензії, концесії, лізинг, соціальні, екологічні та інші норми і нормативи;

- науково-технічні, економічні та соціальні республіканські й регіональні програми;

- договори на виконання робіт і поставок для державних потреб.

З одного боку підприємець сплачує податки на прибуток від провадження свого бізнесу і тим самим поповнює державний бюджет, тобто працює на державу, з іншого – держава здійснює підтримку підприємництва. Міжнародний досвід урядової підтримки бізнесу наголошує на доцільності використання таких форм підтримки:

- інформація та консультування;

- позика або гарантована позика, за якою гарантує платоспроможність позичальника і сплачує позику в разі, коли підприємець не може цього зробити. Про техніку та політику отримання гарантованої позики описано в книзі Лі Яккоки;

- сервіс, який передбачає використання підприємцями державних комунікацій, фахівців, підготовлених у державних вищих навчальних закладах, тощо.

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

- надання земельних ділянок на умовах і в порядку, передбачених чинним законодавством;
- передача підприємцю державного майна (виробничі та нежилі приміщення, законсервовані й недобудовані об'єкти та споруди, устаткування, яке тимчасово не використовується), необхідні для здійснення підприємницької діяльності; сприяння організації матеріально-технічного забезпечення та інформаційного обслуговування підприємців, підготовці і перепідготовці кадрів;
- здійснення первісного облаштування неосвоєних територій об'єктами виробничої і соціальної інфраструктури з продажем або передачею їх у кредит підприємцям;
- стимулювання за допомогою: економічних важелів (цільових субсидій, податкових пільг тощо); модернізації технологій; інноваційної діяльності; освоєння нових видів продукції та послуг;
- надання підприємцям цільових кредитів;
- надання підприємцям інших видів допомоги.

Важливим елементом провадження підприємницької ідеї є знання та вміння вибрати оптимальну організаційно-правову форму підприємницької діяльності.

1.2. Організаційно-правові форми підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я

Згідно зі статтями 16-17 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами при наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Держава підтримує і заохочує індивідуальну підприємницьку діяльність.

В Україні можуть діяти підприємства таких видів:

- приватне підприємство, засноване на власності фізичної особи;

- колективне підприємство, засноване на власності трудового колективу підприємства;
- господарське товариство;
- підприємство, яке засноване на власності об'єднання громадян;
- комунальне підприємство, засноване на власності відповідної територіальної громади;
- державне підприємство, засноване на державній власності, в тому числі казенне підприємство.

Державний заклад охорони здоров'я – установа, яка відноситься до системи охорони здоров'я, що не має права власності на закріплене за нею майно, яким вона володіє, користується та розпоряджається в межах, визначених Цивільним кодексом України. Власник майна вирішує питання створення закладу, визначення предмету, цілей та завдань його діяльності, його реорганізації або ліквідації, призначає головного лікаря (директора) закладу, здійснює контроль за його діяльністю та збереженням майна. Державні заклади охорони здоров'я фінансуються з відповідних бюджетів.

Державна установа охорони здоров'я діє на підставі Статуту, затвердженого власником майна за участю трудового колективу. Керує державним закладом охорони здоров'я головний лікар (директор), який самостійно вирішує всі питання діяльності закладу.

Комунальний заклад охорони здоров'я утворюється компетентним органом місцевого самоврядування в розпорядчому порядку на базі відокремленої частини комунальної власності і входить до сфери його управління.

Орган, до сфери управління якого входить комунальне унітарне підприємство, є представником власника – відповідної територіальної громади і виконує його функції в межах, визначених цим Кодексом та іншими законодавчими актами.

Майно комунального унітарного підприємства перебуває в комунальній власності і закріплюється за таким підприємством на праві господарського

відання (комунальне комерційне підприємство) або на праві оперативного управління (комунальне некомерційне підприємство).

Статутний фонд комунального унітарного підприємства утворюється органом, до сфери управління якого воно входить, до реєстрації його як суб'єкта господарювання. Мінімальний розмір статутного фонду комунального унітарного підприємства встановлюється відповідною місцевою радою.

Найменування комунального унітарного підприємства повинно містити слова "комунальне підприємство" та вказівку на орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство.

Комунальне унітарне підприємство не несе відповідальності за зобов'язаннями власника та органу місцевого самоврядування, до сфери управління якого воно входить.

Комунальне унітарне підприємство очолює керівник підприємства, що призначається органом, до сфери управління якого входить підприємство, і є підзвітним цьому органу.

Приватні заклади охорони здоров'я, засновані на власності фізичної особи створюються відповідно до рішення власника майна. Приватний заклад охорони здоров'я вважається створеним і здобуває права фізичної особи з дня його державної реєстрації.

Установи охорони здоров'я, діяльність яких спрямована на медичну практику або оптову та роздрібну торгівлю лікарськими засобами, згідно з Законом України "Про ліцензування окремих видів господарчої діяльності" від 01.06.2000 р., підлягають ліцензуванню. Засобом контролю якості надання послуг закладами охорони здоров'я є акредитація.

Приватна установа охорони здоров'я діє на підставі Статуту, затвердженого власником.

Управління приватною установою охорони здоров'я здійснюється згідно зі Статутом на основі узгодження прав власника, відносно господарчого використання свого майна і принципів самоврядування трудового колективу.

Керівництво установою охорони здоров'я власник здійснює безпосередньо сам або делегує управління одній особі або органам управління.

Відповідно до нормативно-правової бази України, лікувально-профілактичною установою, аптечним закладом може керувати особа, що має диплом "спеціаліста", виданого медичними (фармацевтичними) ВНЗ або факультетами університетів III-IV рівнів акредитації. Перелік таких вузів зумовлений Наказом Міністерством охорони здоров'я України.

У Законі України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», відомому як «Закон про автономізацію», що набув чинності в листопаді того ж року, а в пов-ному обсязі – 1 січня 2018 р., визначено організаційно-правові форми закладів охорони здоров'я, джерела фінансування надання ними медичної допомоги, вимоги до установчих документів, спрощено порядок реорганізації закладів охорони здоров'я тощо.

Загалом закон оцінюється як якісний цивілізаційний крок у майбутнє вітчизняної медицини, а також виступатиме механізмом такого собі «утримання» цінних медичних кадрів, які були дедалі більше орієнтовані на роботу за кордоном.

Отож, для початку потрібно зауважити, що розширилося саме поняття «охорона здоров'я», яке визначено в Законі України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я», таким чином, що під його дію потрапили фізичні особи – підприємці, які зареєстровані в установленому порядку та мають відповідну ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики.

За формою власності заклади охорони здоров'я можуть утворюватися та існувати як державні, комунальні, приватні та засновані на змішаній формі власності.

Зауважимо, що в законі чітко передбачено заборону на приватизацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Стосовно організаційно-правових форм передбачається, що заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та існувати як казенні підприємства, державні установи; а комунальної власності можуть утворюватися та існувати як комунальні некомерційні підприємства, комунальні установи. Організаційно-правові форми закладів охорони здоров'я приватної форми власності можуть вибиратися на розсуд власників.

1.3. Організація підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я

Підприємницькою діяльністю в сфері охорони здоров'я, згідно зі статтею 74 закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» діяльністю можуть займатись особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам.

Такі вимоги встановлені наказом Міністерства України від 25.12.92. №195 "Про затвердження переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання, в яких дають право займатись медичною і фармацевтичною діяльністю.

Про відповідність зазначеним вимогам можуть свідчити:

а) диплом про медичну освіту, який видано державними вищими навчальними закладами різного рівня акредитації або такими, що до них прирівнені і мають право видавати документа державного зразка згідно з чинним законодавством;

б) свідоцтво (довідка) про підвищення кваліфікації за останні 5 років, видане державними вищими навчальними закладами різного рівня акредитації, науковими закладами, закладами підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів або такими, що до них прирівнені і мають право видавати документи державного зразка згідно з чинним законодавством;

в) свідоцтво про присвоєння (підвищення) відповідної кваліфікаційної категорії;

г) сертифікат про присвоєння звання лікаря-спеціаліста, виданий відповідно до наказу Міністерства від 09.06.93 № 130 "Про внесення змін і

доповнень до наказу МОЗ України від 21.11.91 № 168 "Про подальше удосконалення атестації лікарів"

д) атестаційно-експертний висновок АТ Української асоціації народної медицини.

Особи, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн, допускаються до професійної діяльності, у т.ч. на підприємницьких засадах, після перевірки їх кваліфікації у порядку, встановленому наказом Міністерства від 19.08.94 №118-с «Про порядок допуску до медичної і фармацевтичної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку в навчальних закладах іноземних країн».

Медична практика, судово-медична і судово-психіатрична експертизи здійснюються тільки за спеціальністю, визначеною у сертифікаті або посвідченні про спеціалізацію за переліками відповідних медичних спеціальностей, які затверджуються Міністерством охорони здоров'я.

Якщо особи хочуть застосувати методи не передбачені кваліфікаційними вимогами певної спеціальності, але дозволені у медичній практиці для лікарів або середнього медичного персоналу, до зазначених документів додаються посвідчення про опанування такими методами в закладах, яким надано право видавати посвідчення до диплома певної спеціальності державного зразка.

Особи, які хочуть отримати ліцензії на медичну практику з проведенням розрахованих на масову аудиторію лікувальних сеансів та інших аналогічних заходів з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу, повинні відповідно до статті 32 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» отримати на це спеціальний дозвіл Міністерства.

Особи, які хочуть отримати ліцензію на медичну практику із застосуванням методів народної та нетрадиційної медицини, в тому числі й

особи без спеціальної освіти, повинні отримати спеціальний дозвіл, передбачений Міністерством.

Особи, які не працюють за зазначеною у сертифікаті спеціальністю чи за жодною лікарською спеціальністю понад три роки, можуть бути допущені до медичної практики, в тому числі й на підприємницьких засадах, лише після проходження відповідного стажування.

Державний контроль за підприємницькою діяльністю і нагляд у галузі охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, Ліцензійна палата при Міністерстві економіки України, управління охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій, інші уповноважені органи та заклади. Організаційно-методичне керівництво органами, охорони здоров'я при здійсненні ними контролю та нагляду за суб'єктами підприємництва покладається на МОЗ України.

Окремі види діяльності підприємств потребують не лише погодження з Антимонопольним комітетом, а ще і спеціального дозволу (ліцензії).

Ліцензуванню підлягають всі суб'єкти підприємницької діяльності та лікувально-профілактичні заклади системи охорони здоров'я, які, практично, є окремими підприємствами.

Ліцензування – (від лат. *licentia* – право, свобода) – це отримання дозволу (ліцензії) і засіб здійснення контролю держави за дотриманням суб'єктами підприємницької діяльності вимог законодавства, що пред'являється до медичної практики, проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи.

Питання необхідності нагляду чи контролю над медичною практикою з боку держави досить дискусійне. З позиції лікаря, звичайно, такий нагляд є обтяжуючим і не дуже бажаним, з позиції пацієнта – обов'язковий і постійний. Ліцензування є своєрідним посередником між цими позиціями і забезпечує потенційно достатню якість надання медичної допомоги суб'єктам підприємницької діяльності в даній сфері.

Ліцензування в здравоохрані здійснюється на основі «Інструкції про порядок видачі суб'єктам підприємницької діяльності спеціальних дозволів (ліцензій) на право здійснення медичної практики, проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи, умови і правила здійснення цієї діяльності та контролю за їх дотриманням», затвердженої Міністерством охорони здоров'я, Міністерством економіки та Міністерством юстиції України в 1996 році.

Ліцензії на право здійснення медичної практики, проведення судово-медичної і судово-психіатричної експертизи видаються фізичним та юридичним особам, які зареєстровані в Україні як суб'єкти підприємницької діяльності і мають намір здійснювати вищезгадану практику, Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України і діють на всій території України.

Для отримання ліцензії у сфері охорони здоров'я суб'єкт підприємницької діяльності подає до МОЗ України заяву встановленої форми. До заяви додаються:

- підприємцями-юридичними особами нотаріально засвідчені установчі документи (статут, установчий договір або рішення власника, свідоцтво про державну реєстрацію, свідоцтво органу статистики) та документи, що засвідчують відповідність керівника закладу охорони здоров'я встановленим кваліфікаційним вимогам;

- підприємцями-фізичними особами нотаріально завірені документи про державну реєстрацію підприємця, ідентифікаційний код, копії документів, що засвідчують рівень освіти і кваліфікації, необхідний для здійснення відповідного виду медичної практики, судово-медичної і судово-психіатричної експертизи, копія трудової книжки, завірені за місцем роботи або нотаріально;

- згода місцевого органу державної влади на створення закладу охорони здоров'я;

- згода обласного (міського) управління охорони здоров'я держадміністрації на отримання ліцензії .

У випадках виходу за межі загальнодозволених видів медичної практики суб'єктам підприємництва перед заявником може бути поставлена вимога подання додаткових документів (організаційних, технологічних, кваліфікаційних), які теж затверджуються наказом Міністерства.

Відповідальність за достовірність відомостей, які викладені в заяві та інших документах, несе заявник.

Міністерство для розгляду заяв суб'єктів підприємницької діяльності створює ліцензійну комісію, головою якої призначається заступник міністра.

Рішення ліцензійної комісії оформляється протоколами її засідання та затверджується наказами по Міністерству.

Рішення про видачу ліцензії приймається при відсутності зауважень відносно виданих документів. За результатами правової та спеціальної експертизи в термін не пізніше 30 днів з дня реєстрації заяви.

При негативному експертному висновку заявнику в межах того ж терміну письмово повідомляється про відмову у наданні Ліцензії із зазначенням підстав відмови.

При надходженні документів, за якими раніше було прийняте рішення про відмову у наданні ліцензії, експертиза та прийняття рішення за ними здійснюється в загальному порядку, що встановлений для отримання ліцензії.

Відмова у видачі ліцензії, а також – за вимогою заявника – документи на отримання ліцензії надсилаються поштовим відправленням або видаються особисто заявникові, або його уповноваженому представнику.

Суб'єкти підприємництва, які отримали ліцензії на медичну практику, судово-медичну і судово-психіатричну експертизу, у своїй діяльності повинні забезпечити вимоги ведення первинної документації (обліку і звітності) за встановленими формами.

При виявленні порушень у діяльності суб'єктів підприємництва, органи охорони здоров'я та інші уповноважені органи направляють акти перевірок до Міністерства для вирішення питань про видання розпорядження про усунення порушень чи зупинення дії ліцензії на визначений термін або анулювання її.

Зупинення дії ліцензії та анулювання її може здійснюватись за рішенням Міністерства або Ліцензійної палати при Міністерстві економіки.

У разі порушення суб'єктом підприємницької діяльності умов і правил здійснення відповідного виду діяльності, які передбачені чинним законодавством України, що регулює порядок підприємницької діяльності з медичної практики, проведення судово-медичної, судово-психіатричної експертизи, дія ліцензії може бути зупинена на визначений термін до усунення цих порушень, а у разі повторного або грубого порушення – анульована.

Про зупинення дії ліцензії чи анулюванні її Міністерство письмово повідомляє суб'єкт підприємницької діяльності, орган, що здійснює контроль за діяльністю у цій галузі, Ліцензійну палату при Міністерстві економіки України та податкову інспекцію за місцем знаходження ліцензіанта. Рішення про відмову в наданні ліцензії, зупинення дії ліцензії чи її анулювання може бути оскаржене суб'єктом підприємницької діяльності до арбітражного суду.

Висновок до першого розділу

В Україні здійснюється перехід від державного медичного закладу (бюджетної установи) до медичного закладу некомерційного і неприбуткового підприємства державної чи комунальної форми власності, що не можуть бути загарбані (приватизовані) через пряму законодавчу заборону. Поряд з ними функціонують приватні медичні заклади. Все це дозволить досягти рівного заохочення медичного персоналу до праці як в державному так і в приватному секторах охорони здоров'я.

Ліцензування та акредитація – два найважливіші важелі в управлінні якістю медико-санітарної допомоги. Лише завдяки їм вдається утримувати державний контроль над ефективністю системи охорони здоров'я в Україні, а відповідно і вносити корективи в плани діяльності та розвитку даної сфери.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я України

Сьогодні підприємництво розглядається у двох аспектах: економічному та юридичному. Економічна суть підприємництва полягає в тому, що це певний вид економічної діяльності, де головною дійовою особою є підприємець, раціонально поєднує фактори виробництва, Інноваційно та на власний ризик, організовує і управляє виробництвом з метою отримання підприємницького доходу. Підприємництво є мистецтвом підприємницької діяльності, тому воно за змістом та формою багато в чому відрізняється особливостями індивідуальної діяльності підприємця. Правовий вимір підприємництва відображається в законодавчій базі, зокрема в Господарському кодексі, воно визначається як незалежна, ініціативна, систематична, на власний ризик економічна діяльність, що здійснюється суб'єктами господарювання (підприємцями) для досягнення економічних та соціальних результатів та прибуток [7, ст. 42].

Держава створює політичне та правове середовище, яке створює умови та правила для розвитку бізнесу та захищає вітчизняного виробника від недобросовісної конкуренції. Держава регулює підприємництво за допомогою регуляторних, організаційних (реєстрація, ліцензування, акредитація) та економічних інструментів (податки, платежі, акцизи, кредит, інвестиції тощо). Правова політика держави у сфері підприємництва в Україні повинна базуватися на конституційному визначенні національної мети: побудова суверенної, демократичної, соціальної та правової держави. Ця політика повинна дати можливість посилити економічну активність суб'єктів господарювання та створити умови для стабільного та необмеженого розвитку підприємництва, особливо малого та середнього підприємництва [30; 32].

Підприємництво в галузі охорони здоров'я - це специфічна діяльність, спрямована на максимізацію результатів шляхом організації та використання ресурсів для сприяння та поліпшення здоров'я населення. Згідно з різними соціологічними дослідженнями, проведеними в різний час на різних територіях - населення України в більшості своїй не готове приймати платну медичну допомогу [22]. Як відомо, економічна природа підприємництва характеризується його характеристиками: ініціативністю, комерційним ризиком та відповідальністю, поєднанням факторів виробництва, інновацій [39, с. 4].

Підприємницька діяльність в Україні регулюється низьким законодавством:

- Господарський кодекс України;
- Закон України «Про власність»;
- Закон України «Про господарські товариства»;
- Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців»;
- Закон України «Про патентування деяких видів підприємницької діяльності»;
- Закон України «Про ліцензування»;
- Закон України «Про засади регуляторної політики у сфері господарської діяльності» та інші.

За даними Державної служби статистики, за п'ять років (2015 - 2019) у середньому щорічно у галузі охорони здоров'я було зайнято понад 100 000 осіб (табл. 2.1). Кількість працівників, зайнятих Службою статистики, - це кількість найманих працівників, без персоналу та без оплати праці (власників, засновників та членів їх сімей). Основна кількість зайнятих робітників у бізнес-секторі охорони здоров'я знаходиться на підприємствах (76-82 тис. Осіб), а інша невелика частина - у фізичних осіб (18-24 тис. Осіб). Незмінною особливістю представлених даних є збільшення кількості працівників на підприємствах на рік та їх зменшення як фізичних осіб підприємців.

Таблиця 2.1

Кількість зайнятих працівників у підприємницькому секторі охорони
здоров'я, тисяч осіб

Показник	2015	2016	2017	2018	2019
Всього	116,3	120,0	121,2	113,9	115,1
На підприємствах	77,3	76,3	76,0	80,9	82,2
Фізичні особи	22,7	23,7	24,0	19,1	17,8

За даними Міністерства охорони здоров'я (2016), бізнес-сектор української системи охорони здоров'я складається з 71 закладу охорони здоров'я загальною місткістю 1860 ліжок. Також є 1556 амбулаторних поліклінік, з яких майже третина (29,1%) спеціалізується на стоматологічній медицині. Крім того, 5267 приватних кімнат, створених приватними особами, надають медичну допомогу за окрему плату, з них дві третини (62 відсотки - 3261) є стоматологічними [26].

За даними Міністерства охорони здоров'я України, у 2019 році в бізнес-секторі охорони здоров'я було зайнято понад 33 000 працівників. З цього числа майже 11 000 лікарів, або 2,38 лікаря на кожні 10 000 людей, і понад 9 000 медичних працівників середнього рівня, або 2,0 середнього рівня працівників на кожні 10 000. Населення. Серед різних регіонів країни мінімальний показник цієї характеристики в 3 рази менший, а максимальний показник у 3,6 рази вищий за середній. Різниця між мінімумом і максимумом становить 7,74. Усі ці дані чітко свідчать про нерівномірність розповсюдження ділової активності в галузі охорони здоров'я по всій країні.

Розподіл економічної діяльності у галузі охорони здоров'я між різними регіонами країни свідчить про те, що в Чернігівській області практикується менше таких видів діяльності - лише 0,04 лікаря на 10 000. Населення (всього п'ять лікарів) та у Волинській області 0,8 на 10 000. населення. Найвищі значення мають міста Дніпро та Київ. 8,54 та 6,71 на 10000 населення відповідно.

Серед областей, де менше 10 лікарів на 10000 населення, є чотири області: Волинська, Донецька, Полтавська та Чернігівська. Цей рівень підприємницької активності у цих сферах може бути пов'язаний із низькою платоспроможністю населення, високим рівнем безробіття та на третину або чверть нижче середньої зарплати зайнятих у країні. І низька пропозиція платних комерційних медичних послуг на цих територіях узгоджується з низьким споживчим попитом та платоспроможністю населення (табл. 2.2, 2.3).

Таблиця 2.2

Розподіл областей України за доступністю комерційної медицини, число лікарів на 10 тис. населення

До 1,0 лікарів	1,0-2,0 лікарів	2,0 – 3,0 лікарів	3,0 і більше лікарів
Волинська область	Вінницька область	Кіровоградська область	Дніпровська область
Донецька область	Київська область	Житомирська область	Запорізька область
Полтавська область	Львівська область	Закарпатська область	Івано-Франківська область
Чернігівська область	Одеська область	Миколаївська область	м. Київ
	Тернопільська область	Рівненська область	
	Чернівецька область	Сумська область	
		Харківська область	
		Херсонська область	
		Хмельницька область	
		Черкаська область	

Однак у групі областей, де комерційні пропозиції охорони здоров'я великі, і відповідний показник перевищує 3 лікарів на 10000, населення в основному: Високопромислові райони з розвиненою та потужною промисловою інфраструктурою та високими зарплатами порівняно із середнім показником по країні. До цієї групи належать такі регіони: Дніпропетровськ, Запоріжжя, Івано-Франківськ та Луганськ. Також місто Київ (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Характеристика фінансової спроможності населення
областей України, 2019 рік

Області з низькою пропозицією комерційних послуг	Середня номінальна заробітна плата, грн.	Рівень безробіття, % до працездатного населення
Волинська	7824	4,1
Донецька	11424	2,0
Полтавська	9417	4,7
Чернігівська	7767	4,7
Дніпропетровська	10636	2,5
Запорізька	10273	3,2
Івано-Франківська	8748	3,7
Луганська	10029	2,4
м. Київ	17428	0,6
Україна	10 239	3,0

Серед медичних спеціальностей у приватному секторі охорони здоров'я найбільше пропонують стоматологи (близько 3000 осіб). За ними йдуть терапевти загальної практики (574), акушери (531), педіатри (193), кардіологи (148), хірурги (хірурги, ортопеди-травматологи, нейрохірурги, онкологи - 324) та інші. Таким чином, найбільший запас надходить від стоматологів, які займаються внутрішніми захворюваннями у дорослих та дітей.

За даними Державної служби статистики, обсяг платних медичних послуг, що виробляються в Україні усіма виробниками, за 10 років з 2010 по 2019 рік зріс майже в десять разів і склав понад 8,0 млрд. Грн, демонструючи стабільний річний приріст. Водночас обсяг усіх різноманітних платних послуг, що виробляються усіма виробниками за різними спеціальностями в країні, зріс у 6,6 рази і досяг понад 308 млрд. Грн., Демонструючи ту саму тенденцію до стійкого річного зростання (табл. 2.4). Однак частка платних медичних послуг у загальному обсязі всіх платних послуг, що виробляються усіма виробниками в Україні, коливається від 2,4% до 2,9% у різні роки і демонструє загальну тенденцію до зниження за розглянутий період. Це може

свідчити про більш повільний темп розвитку платних медичних послуг, ніж багато інших платних послуг у країні.

Наявні дані можуть також свідчити про те, що існує якийсь альтернативний спосіб задоволення людьми деяких потреб у зміцненні здоров'я за рахунок бюджетних джерел фінансування охорони здоров'я. На цьому етапі медична допомога, що надається населенню та оплачується за рахунок бюджету, є конкурентом платних медичних послуг. Отримані дані можуть також свідчити про те, що платні медичні послуги мають нижчий пріоритет у розвитку нашої держави, ніж інші види платних послуг, які самі по собі можуть вважатися чинником соціального захисту населення з боку держави.

Обсяг усіх вироблених медичних послуг, що надаються споживачами різними виробниками в системі охорони здоров'я, у 2010 р. Становив 2,4 рази, а в 2019 р. - 1,6 рази відносно обсягу медичних послуг, споживаних та оплачуваних населенням за період огляд. Ці цифри свідчать про стійке щорічне зниження відносного співвідношення, що свідчить про певний перерозподіл закупівельної діяльності від організації до населення (рис. 2.1).

Для того, щоб з'ясувати, чи пов'язане збільшення обсягу комерційних медичних послуг, що виробляються та продаються населенню, із зростанням цін, ми порівняли зростання індексу цін за офіційною статистикою зі збільшенням обсягу платних медичних послуг послуги, що споживаються населенням. Медичні послуги, що надавались населенню за той самий період, зростали в середньому щорічно на 22,2 відсотка, причому показник варіювався від 13 до 39 відсотків в окремі роки. Індекс споживчих цін за той самий період коливався від 0,8 до 25,2% у різні роки, у середньому щорічно збільшуючись на 10,9% порівняно з попереднім роком. Показник перевищення ефективності медичних послуг, що виробляються за допомогою індексу цін, становив у середньому 15,6 пункта на рік з варіаціями від 4,5 до 25,3 пункту на рік.

Таблиця 2.4

Співвідношення в Україні всіх платних послуг і платних послуг охорони здоров'я

Послуги	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Надано послуг охорони здоров'я в Україні, млн. грн.	1345,9	1614,5	1977,2	2511,0	2962,8	3786,9	5259,5	5967,3	6759,0	8057,4
Всього надано послуг в Україні, млн. грн.	46971,0	56121,3	74406,2	95832,3	120910,2	157005,1	215801,3	224583,6	256406,0	308160,6
Питома вага послуг охорони здоров'я в загальному обсязі послуг в Україні, %	2,9	2,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,4	2,7	2,6	2,6

Таблиця 2.5

Індекси росту до попереднього року, %

№№	Показник	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	Індекс реаліз. всіх послуг в Україні	107,3	116,1	124,4	116,4	113,4	115,7	112,8	88,9	103,2	112,0
2	Індекс споживчих цін	100,8	105,2	109,0	113,5	109,1	112,8	125,2	115,9	109,4	108,0
3	Індекс зрост. мед. послуг, реалізованих населенню	-	120,5	123,4	138,8	125,6	134,4	136,3	120,4	117,2	133,0
4	Індекс зростання вироблених мед. Послуг	-	120,0	122,5	127,0	118,0	127,8	138,9	113,5	113,3	119,2
5	Індекс випередження ІМПН – ІСЦ	-	+14,8	+14,4	+25,3	+16,5	+21,6	+11,1	+4,5	+7,8	+25

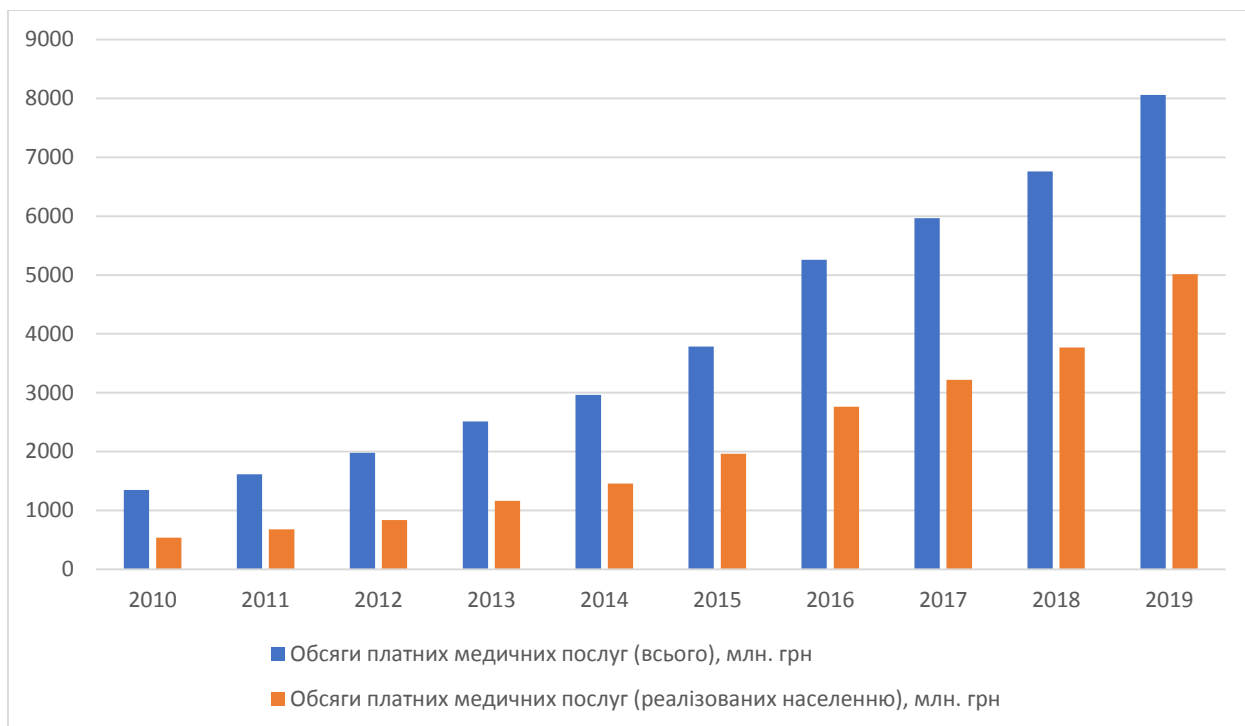


Рис. 2.1. Обсяги вироблених і спожитих населенням у 2010-2019 роках платних медичних послуг у млн. грн.

Співвідношення зведеного бюджету системи охорони здоров'я до витрат населення із сімейних бюджетів на медицину становить від 58 до 72 грн на кожні 10 грн, офіційно витрачених населенням на платні послуги для сімейних бюджетів та бюджетів організацій соціального розвитку (табл. 2.6).

Згідно з наданими офіційними даними, співвідношення бюджетного фінансування системи охорони здоров'я до витрат населення на медичне обслуговування свідчить про те, що за всі роки зведений бюджет сектору охорони здоров'я збільшується з 7,5 млрд. грн. у 2010 р. до 49,0 млрд. грн. у 2019 р. Однак темпи зростання бюджету охорони здоров'я та витрат населення на платні послуги охорони здоров'я дещо різняться. Так, у 2010 році на кожні 10 гривень, витрачених на охорону здоров'я, держава витрачала 58 гривень, а у 2015 році ця цифра зросла до 72 гривень. У наступні роки відбулося скорочення видатків держави на охорону здоров'я у порівнянні з видатками населення на охорону здоров'я до 61 гривні за кожні 10 гривень

Таблиця 2.6

Співвідношення бюджетного фінансування і платних медичних послуг

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Консолідований бюджет ОЗ млрд. грн.	7,54	9,71	12,2	15,5	19,7	26,7	33,6	36,6	44,7	49,0
Обсяг вироблених платних медичних послуг, млрд. грн.	1,3	1,6	2,0	2,5	3,0	3,7	5,3	6,0	6,7	8,0
Координаційний коефіцієнт	10,0 : 58,0	10,0 : 61,0	10,0 : 61,0	10,0 : 62,0	10,0 : 65,6	10,0 : 72,1	10,0 : 63,4	10,0 : 61,0	10,0 : 66,7	10,0 : 61,3

Тенденції, описані у видатках на охорону здоров'я, збігаються з тенденціями загальних доходів та витрат домогосподарств. Національна статистика свідчить, що протягом 2008-2015рр. В Україні загальний дохід домогосподарств постійно випереджав загальні витрати домогосподарств. Однак ця тенденція була змінена у 2016 році, що призвело до зниження купівельної спроможності доходів домогосподарств. Ріст реальної заробітної плати в 2009 - 2014 роках становив 15 - 20 відсотків річних, а в 2015 і 2016 роках він був набагато нижчим (12,5 відсотка та 6,3 відсотка відповідно) через інфляцію [32].

Дані державної статистичної звітності та їх розвиток протягом 10 років переконливо свідчать про те, що в Україні спостерігається стійке і неминуче збільшення обсягів виробництва різними (державними та комунальними, відомчими та приватними) органами охорони здоров'я. організації, які оплачують їх послуги, та збільшенням реального споживання населенням платних медичних послуг за рахунок видатків із сімейного бюджету та збільшенням зарплати.

Ці цифри також свідчать про перерозподіл видатків на охорону здоров'я людини між державним та сімейним бюджетами на користь останнього. Це збільшення витрат сімейного бюджету на здоров'я сім'ї за останні роки змусило населення взяти на себе все більшу відповідальність за вибір необхідних медичних послуг та організацій, що їх надають, створення конкурентного середовища, яке може вплинути на якість медичної допомоги та медичної допомоги установ. А збільшення фінансового навантаження на сімейні бюджети пов'язане із витратами на охорону здоров'я окремого члена сім'ї, може змусити людей приділяти більше уваги заходам безпеки, уважно і свідомо дивитись на своє здоров'я, уникаючи безглузвих ризиків (вживання алкоголю, тютюну куріння, нездорове харчування, сидячий спосіб життя), що може завдати шкоди здоров'ю людини та може сформувати сімейні традиції здорового способу життя та поведінки.

Купівельна спроможність населення забезпечує збільшення обсягу платних медичних послуг, залежить від збільшення заробітної плати. Приватна медицина, хоча повільно, але неухильно зміцнює свої позиції на ринку охорони здоров'я. Перш за все, завоювавши ті сегменти ринку, де державна медицина завжди була слаборозвиненою і водночас підтримувався стабільний попит: стоматологія, гінекологія, косметологія тощо.

Однак можна сказати, що за останні роки відбулося значне збільшення бюджету, призначеного на охорону здоров'я, але це збільшення не було пропорційним збільшенню витрат населення. Постійне збільшення обсягу ринку платних послуг свідчить про те, що він стає додатковим джерелом впливу на здоров'я населення. У той же час люди обмежені у своїх фінансових можливостях купувати платні медичні послуги, але розуміють і оцінюють переваги вільного доступу та вибору при придбанні медичних послуг. Обов'язкове соціальне медичне страхування повинно бути запроваджено негайно, щоб збалансувати вартість медичних послуг та забезпечити соціальний захист вразливих груп.

2.2. Аналіз процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні

Конституція України визнає життя та здоров'я громадян найвищою соціальною цінністю та проголошує державу гарантом захисту та просування прав і свобод людини. Однак сучасна тенденція погіршення системи охорони здоров'я в країні створює все більші проблеми для подальшої реалізації проголошеного права людини на охорону здоров'я в нашій державі.

Експерти бачать причину відсутності фінансування медичного сектору, неадекватності законодавства та застарілої моделі медичної освіти. Медицина країни страждає від суперечливої соціальної та економічної політики та нерівних умов ведення медицини різними економічними агентами. Незважаючи на те, що українське законодавство передбачає бюджетні видатки у розмірі щонайменше 10 відсотків національного доходу в цьому секторі, це положення ніколи не застосовувалось за 11 років з моменту прийняття Закону.

В Україні на медицину виділяється лише 3% ВВП країни. Тобто, на сьогодні Державний бюджет забезпечує українській медицині лише половину необхідного мінімуму, тоді як іншу половину фактично платить гігант із власної кишені, купуючи необхідні ліки, оплачуючи медичні послуги та обстеження. Зараз є всі переваги та недоліки ринкової економіки, але медичний сектор в Україні все ще функціонує відповідно до залишкового принципу розподілу фінансування, успадкованого від радянських часів.

Такий стан справ не задовільний ні для лікарів, ні для пацієнтів, ні для широкої громадськості. Існує нагальна необхідність реформування існуючої системи охорони здоров'я. За результатами соціологічного опитування, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології, найбільш очікуваною реформою для України є реформа вітчизняної медицини, і 43,6 відсотка поставили її на перше місце.

Аналізуючи ситуацію на кінець 2020 року: Українська держава посідає останнє місце за сумою грошей, яку держава витрачає з бюджету на кожного пацієнта - 149 доларів на рік. Наприклад, у Німеччині в чотири рази менше лікарень, ніж в Україні, а вартість на пацієнта в 20 разів вища. Кількість ліжок у лікарнях країни вдвічі перевищує європейський стандарт. Що стосується застарілих технологій, лікарняне лікування в нашій країні на 50% довше, ніж у ЄС. Тому трансформація фінансування вітчизняної медицини в ринкову економіку необхідна, щоб зробити систему охорони здоров'я ефективною, а медичні послуги якісними.

Структуру Міністерства охорони здоров'я слід реформувати, скасувавши більшість його функцій. Наприклад, планується вилучити ліки з Міністерства охорони здоров'я з 2020 року. Міжнародні організації - ЮНІСЕФ та ВООЗ - скоріше за все, що, згідно з розробниками стратегії, розіб'є більшість корупційних схем та запобіжить зловживанню громадськістю закупівля ліків, медичного обладнання та ліків. Також планується суттєво знизити вартість основного переліку ліків, необхідних для підтримки здоров'я в Україні.

Впровадження електронних торгів для іноземних фармацевтів та можливість визнання ліків, які вже були зареєстровані в ЄС, США, Канаді, Японії та інших країнах із жорсткою системою регулювання, матиме позитивний вплив на цінову політику. Їх реєстрація вдома далеко не безкоштовна, що впливає на кінцеву вартість ліків. Однак планується зменшити кількість дозволів на відкриття фармацевтичного бізнесу. За словами міністра охорони здоров'я, результат очікується досить швидким - протягом двох-трьох місяців ціни на ліки повинні впасти на 20-30%.

Міністерство охорони здоров'я має здійснювати моніторинг, аналіз та управління системою охорони здоров'я, розробляти стратегії та побічно контролювати дотримання закону шляхом участі в управлінні незалежними відомствами. Крім того, Міністерству охорони здоров'я та Регіональній дирекції охорони здоров'я рекомендовано провести реструктуризацію для подальшої координації з іншими міністерствами. Планується, що Державна санітарно-епідеміологічна служба України та ряд інших служб замінять Систему охорони здоров'я. Знову Національний центр з контролю за захворюваннями та охорони здоров'я об'єднає установи, виконуватиме ключові функції охорони здоров'я для вдосконалення стратегічного планування та впровадження нової політики.

Система охорони здоров'я зазнає кардинальних змін. Оптимізація мережі лікарень полягатиме у ліквідації мультидисциплінарних поліклінік центральних районних та міських лікарень. Самі лікарні матимуть адміністративну та фінансову автономію, зможуть залучати кошти з різних джерел та матимуть власні банківські рахунки. Заклади охорони здоров'я в Україні зараз значною мірою залежать від держави, а ставки медичних працівників та витрати на утримання пацієнта, серед іншого, чітко регламентовані і не відповідають реальним потребам жодної з них. Автономність управління лікарнями допоможе запобігти ситуаціям надлишку чи нестачі лікарів, і тоді кількість медичних працівників та їх спеціалізація будуть пристосовані до реальних потреб на місцях.

Постулати медичної стратегії викликали певне занепокоєння у відповідних лікарів. Чутки, дезінформація, очікування скорочень після відсутності «нової системи» - усі ці наслідки несправедливої інформаційної кампанії, зазначають розробники стратегії. Дійсно, лікарі ще не знають про цю ситуацію. Фінансування не на посаду та роботу, а на медичну послугу. Тільки тоді, коли лікар усвідомлює, що він не є жертвою реформи, а повинен її очолити, розуміє цілі реформи, можна досягти успіху в удосконаленні медицини в Україні. Лікарі отримають можливість стати підприємцями. З одного боку, це зручно. Чому в селі лікарня, якщо ти можеш мати одного лікаря на три села? Він може їздити навколо своїх пацієнтів. Але це додаткове навантаження для лікаря. Той, хто коли-небудь стикався зі звітами суб'єктів господарювання, це добре знає. Чи готові до цього лікарі? Хтось повинен дати лікареві ці вміння та знання. Якщо ми цього не зробимо, ми не отримаємо цілей, визначених для медичної реформи.

До речі, у Німеччині після об'єднання Східної та Західної Німеччини лікарям пропонувались пільгові умови для відкриття приватних кабінетів, оренди клінік поза домом та запозичення для оренди або будівництва нових приміщень для приватної практики, придбання нових медичних обладнання, комп'ютери тощо. Україна могла зробити те саме, підготувавши відповідні закони про державну та приватну власність та медичну практику.

Особисте ліцензування, інновація стратегії - термін, який лякає багатьох медичних працівників. По суті, це оновлення існуючої системи п'ятирічної сертифікації лікарів, яка набагато краще зможе контролювати їх професіоналізм та запроваджуватиме нові моделі відносин між лікарями та суспільством, що базуються на принципах приватно-державного партнерства.

Проект стратегії також пропонує пацієнтам змінити радянську медичну філософію на сімейного лікаря. Реформатори наголошують, що медицина має базуватися на сімейних лікарях, як це має місце в розвинених країнах. Наприклад, у Великобританії, яка має одну з найефективніших систем охорони здоров'я у світі, 90 відсотків послуг на первинному рівні надають

лікарі загальної практики, а в Нідерландах 93 відсотки. Принципи сімейної медицини. Ха планують вдосконалити та розвинути систему первинної медико-санітарної допомоги з метою забезпечення доступу населення не лише до міських районів, а й сіл та селищ до кваліфікованої та сучасної медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги при міському та районному рівнях, з повним адміністративним, фінансовим та функціональним відділенням їх діяльності від вторинного рівня. Звичайно, в Україні є серйозна проблема з медичним обслуговуванням людей у селах, малих містах - у лікарнях застарілого обладнання та багато інших проблем. Показовим є досвід Грузії, де близько 80% цієї проблеми було вирішено з фінансовою мотивацією. Лікарям, які працюють у таких населених пунктах, дозволено стати приватними підприємцями та звільнено від сплати податків. Тим, хто поїхав працювати у віддалені місця, були надані державні гранти (еквівалент декількох тисяч доларів). Цих грошей вистачало на основні зручності та косметичний ремонт офісу.

З іншого боку, якщо лікар загальної практики може справді покращити доступність та кількість медичного обслуговування в районах. Однак, на думку багатьох експертів, слід також подумати про ліквідацію існуючих спеціалізованих офісів у великих містах, не беручи до уваги розмір, особливості окремих регіонів, сільських районів, великих міст та столиці.

Впровадження сімейної медицини нарешті дало б змогу зосередитися на профілактичних заходах на рівні сімейного лікаря. Світовий досвід показав, що 60 відсотків роботи сімейного лікаря займається профілактикою, тоді як у нашій країні сьогодні, на жаль, жоден лікар не задіяний.

Однак запровадження в Україні програм сімейної медицини викликало певний опір з боку ряду фахівців, які не вважають можливим пришвидшити підготовку необхідної кількості лікарів загальної практики та перекваліфікувати лікарів-терапевтів та педіатрів у спеціальність «сімейний лікар / лікар загальної практики». Оскільки згідно з «орієнтовним переліком медичних послуг», сімейний лікар повинен однаково добре розбиратися у

захворюваннях старої жінки та двомісячної дитини, знати офтальмологію зубів, гінекологію, імунологію та інші, а також «Виконувати невеликі хірургічні втручання». Поверхове володіння предметом може бути небезпечним, тому короткі шестимісячні курси неприйнятні для медичних працівників, вважають вони.

Особливо обережними щодо широкого впровадження лікарів загальної практики є можливість зникнення педіатрів з української медичної арени. Дитина - не маленький дорослий, але педіатрія - це окрема спеціальність, до якої слід підходити з обережністю та відповідальністю. У Польщі теж намагалися відмовитись від педіатрії - через три роки, коли рівень дитячої смертності зростав, експерименти з педіатрами відмовились. У свою чергу, В. Курпіта, голова Стратегічної консультативної групи, запевняє, що в Україні педіатрична служба все ще діє - поряд із сімейними лікарями, педіатрами, акушерами та стоматологами будуть продовжувати працювати в центрах первинної медико-санітарної допомоги.

Належна увага реформі української медицини була приділена стану екстреної медичної допомоги, який вже зазнав часткової реформи, але очевидно, що необхідні подальші зміни. Як показала практика, раніше проголошені європейські стандарти щодо забезпечення швидкої допомоги до пацієнтів (протягом 10 хвилин у міській місцевості та 20 хвилин у сільській місцевості) у нашій країні залишаються неможливими для впровадження. Існуюча система державних трансфертів на рівні села, села та міста не дозволяє якісно надавати медичну допомогу на всіх рівнях. Основні причини - це затори та недостатня кількість будинків, застарілі швидкі транспортні засоби та дороги в районах. Сьогодні ми все ще маємо відверті випадки відмови команди їхати у віддалені села щодо погодних умов. Проект стратегії повторно наголошує на проблемі координації та доступності у наданні невідкладної медичної допомоги. Водночас громадськість стурбована тим, що реформатори не повинні залишати поза увагою питання якості самої невідкладної допомоги, яку, на жаль, рідко відвідують повні бригади та

кваліфіковані лікарі, коли мають справу зі своєчасністю надання швидкої допомоги. Через дефіцит спеціалістів десь викликає лише фельдшер. Згідно з інтерв'ю, в медичних колах робота швидкої допомоги вважається складною і складною в усіх відношеннях.

Робота диспетчерів вимагає негайної уваги, оскільки загальновідомо, що існує так звана фільтрація екстрених викликів, наприклад випадки відмови від виїзду людям похилого віку, що неприпустимо в цивілізованій країні.

Сучасний стан справ в Україні доводить, що сьогодні наші лікарі зацікавлені у пацієнтці та в процесі лікування, а не у одужанні. Отже, створення умов, за яких надання неякісної медичної допомоги стане економічно не вигідним, нарешті має стати пріоритетом у розвитку української медицини.

Багато країн світу відчували труднощі з державним фінансуванням медицини на різних етапах свого розвитку. Для багатьох з них запровадження медичного страхування стало вирішенням ключових соціально-економічних проблем. На сьогоднішній день страхова медицина є реальною альтернативою бюджетному фінансуванню, яке вже не в змозі забезпечити конституційне право громадян на безкоштовну медичну допомогу в Україні. Розвиток ринку медичного страхування стає об'єктивною необхідністю, оскільки, як показав досвід, це дозволяє забезпечити повне задоволення потреб населення у доступній та якісній медичній допомозі, зменшує навантаження на державу та місцевих бюджетів і доля тіньової медицини в системі охорони здоров'я, допомагає уникнути зайвих витрат на надання непотрібних медичних послуг з метою отримання додаткового прибутку; Поліпшення матеріального становища медичних працівників.

Саме тому розробники згаданої вище Національної стратегії реформування медицини порушують питання про необхідність поширення страхової медицини і в нашій країні.

Медичне страхування є класичним видом страхування з сильною соціальною спрямованістю і поділяється на обов'язкове медичне страхування

та добровільне медичне страхування. Медичне страхування, яке є обов'язковим, набуває характеристик соціального страхування, оскільки воно регулюється законодавством штату та координується державними органами.

Страхові виплати громадян та юридичних осіб здійснюються у формі податку. Обов'язкове медичне страхування суворо контролюється і збиткове з боку держави. Ця форма організації страхового фонду дозволяє планувати медичне обслуговування, оскільки кошти, що надходять до страхового фонду, є стабільними. Головною перевагою обов'язкового медичного страхування є цілеспрямоване та децентралізоване формування фінансових ресурсів, спрямованих не до бюджету, а безпосередньо до закладів охорони здоров'я. Це призводить до втрати загальної характеристики без адреси та анонімності. Однак існують і недоліки, такі як можливість ухилення від сплати внесків платниками; залежність від темпів економічного розвитку; та необхідність створення відповідних наглядових органів. Крім того, цей вид страхування не може надати допомогу у випадку захворювання, яке є занадто дорогим для лікування; забезпечення якісних умов лікування тощо. Ось чому обов'язкове медичне страхування часто доповнює добровільне медичне страхування.

Добровільне медичне страхування - один із сегментів страхового ринку, який досить активно розвивається в Україні. Популярність добровільного медичного страхування в нашій країні з кожним роком зростає, про що свідчить позитивна динаміка у кількості укладених контрактів та розміру виплачених страхових виплат. Хоча зростання ринку добровільного медичного страхування спеціалісти пояснюють більшим зростанням ціни на ліки та медичні послуги. На сьогоднішній день на ринку добровільного медичного страхування в Україні працює близько 30 страхових компаній з різними можливостями, досвідом та повноваженнями. Середній рівень виплат становить понад 60 відсотків.

Хоча медичне страхування перестало бути ексклюзивною послугою, поліси добровільного медичного страхування залишаються досить дорогими. Вартість найдешевших продуктів економічного класу для клієнта від 17 до 35

років, що покривають лише вартість ліків у диспансерах та лікарнях, становить приблизно 150 грн на місяць. Політика з якісним медичним обслуговуванням та оптимальним співвідношенням ціни та ризику коштуватиме українській цільовій групі 9-10 000 грн на рік. Грн. Ця ж програма з корпоративного страхування коштує майже вдвічі дешевше. Слід зазначити, що загалом ринок добровільного медичного страхування в нашій країні розвивається за рахунок корпоративного напрямку. В даний час українське законодавство не передбачає податкових пільг для медичного страхування персоналу, тому підприємства повинні робити це за рахунок власних доходів. Звідси і статистика: лише 2-3 відсотки всього населення застраховані на добровільному медичному страхуванні. Очевидно, що відносно висока вартість програм також є однією з причин такої статистики. Низький рівень платоспроможності та культури серед громадян України в поєднанні з відсутністю відповідної законодавчої бази став актуальною проблемою на сучасному страховому ринку нашої країни, що потребує вирішення.

Німеччина вважається однією з перших країн, яка запровадила медичне страхування (1881). Тут, як і в Бельгії, Японії, Нідерландах та Швеції, медичне страхування є обов'язковим. Британська та італійська моделі характеризуються перевагою системи бюджетного фінансування, оскільки 1/3 населення охоплене обов'язковим медичним страхуванням. В Америці близько 90% населення користується приватними страховими компаніями, медицина Станова є змішаною (страхово-бюджетна). За статистикою 300 мільйонів жителів, 47 мільйонів не мають медичного страхування та не мають доступу до кваліфікованої допомоги, тоді як ще 50 мільйонів застраховані як мінімум, що заважає їм покладатися на дорогі ліки та складні операції.

У пострадянських країнах, де триває реформа охорони здоров'я, яка ще не досягла рівня країн з високорозвиненими соціально-економічними системами, найважливішим досягненням є те, що система охорони здоров'я принаймні вижила. Наприклад, у Грузії, незважаючи на визнання неефективності її медичної реформи, половина населення була застрахована

за державними програмами, а інша половина (приблизно роком раніше) була переведена на загальне страхування. Система соціального медичного страхування Молдови охоплює 90 відсотків послуг для громадян Республіки, і там працює Національна медична страхова компанія.

Лише невелика кількість країн може дозволити собі взяти на себе відповідальність за майже повне надання медичних послуг суто на бюджеті. Більшість країн намагаються поєднати різні системи фінансування охорони здоров'я. Постійне зростання потреби у підтримці галузі пов'язане із зростанням загрози здоров'ю громадян у сучасному середовищі, з особливим акцентом на глобалізаційні процеси, пов'язані з міграцією населення та розповсюдженням інфекційних захворювань. Більше того, сам темп життя та розвиток інформаційних технологій, крім позитивних змін в економіці, створюють ряд стресових ситуацій, які негативно впливають на здоров'я населення.

Очевидно, що у світі немає ідеальних систем охорони здоров'я. Більше того, механічне використання в Україні моделі страхового ринку інших держав може не дати бажаного результату. Голова Dfee запевняє, що, будуючи національну модель охорони здоров'я, Україна не буде єдиною країною на цій основі. На його думку, такий підхід радить мислити не штампами, а результатами: подивитися, як це зробили інші країни, взяти найкращі блоки та вбудувати їх у свою модель. Те саме було рекомендовано Світовим банком та ВООЗ, які є координаторами консультативної групи, яка працює над стратегією реформ. Відомо, що Україна, здійснюючи ринкові перетворення в медичній галузі, розглядає можливість введення обов'язкового медичного страхування і, ймовірно, прагне сформувати змішану бюджетну та страхову систему фінансування охорони здоров'я, що було позитивно оцінено панельними дискусіями.

Паралельне існування державної та приватної медицини створить конкуренцію, дасть можливість пацієнтам вільно вибирати лікаря та установу, є правом громадян у демократичному світі, а держава контролюватиме

навчання та ціноутворення на охорону здоров'я. Таким чином, державне медичне обслуговування утримується за рахунок держави, а громадянам України надається гарантована медична допомога. Той, хто не задоволений цією підсистемою, зможе або реалізувати себе (медичні працівники), або отримати медичну допомогу (пацієнти) у державних та приватних медичних закладах. За цих умов пацієнт поступово стає рівноправним партнером лікаря та держави у збереженні свого здоров'я.

Висновки до другого розділу

Отримані дані показують, що у системі охорони здоров'я сформувались і динамічно розвиваються два сектори: державний сектор, який фінансується з бюджету, та приватний сектор, який оплачується (оплачується законом), який фінансується за рахунок менше половини сімейного бюджету. У той же час платний сектор охорони здоров'я в державній системі охорони здоров'я поступово стає важливим фактором впливу на здоров'я населення. Платний сектор забезпечує додаткові робочі місця, певним чином впливаючи на зайнятість населення, в умовах криз в країні та світі є своя корисність. Це сприяє добробуту медичних працівників - не лише лікарів, а й медсестер та медсестер та інших допоміжних працівників, що працюють у цій галузі. Встановлення ринкових та конкурентних відносин у системі охорони здоров'я відбувається за умови формування приватної власності та формування все ще невеликої, але вже активної групи власних медичних працівників, які є носіями та розповсюджувачами ринку ідеології та відносини. Розподіл медичних підприємств у країні за адміністративними територіями є дуже нерівномірним і повністю залежить від платоспроможності населення, його зайнятості на виробництві та рівня заробітної плати в конкретному регіоні на одного працівника.

Зараз визначено та сформульовано такі важливі кроки на шляху реформування, як комп'ютеризація всієї галузі, запровадження персоніфікованої системи обліку фінансових потоків усіма страховиками та впровадження медико-економічних стандартів надання послуг з лікування. .

Однак реальність цих механізмів буде видно лише на практиці. Більшість фахівців сходяться в одному: при проведенні «топових» реформ існує ймовірність одночасного руйнування вже існуючої системи там, де вона залишалася ефективною. Тому чиновники повинні завжди пам'ятати про небезпеку реформ задля реформи.

Таким чином, країну чекає болісний процес відновлення вітчизняної системи охорони здоров'я. І, враховуючи, що глобальною проблемою в Україні як і раніше залишається відсутність єдиної політичної волі та бачення напрямку розвитку нашої держави як з боку центральної законодавчої та виконавчої влади, так і з боку органів місцевого самоврядування (що робить будь-яка реформа держави неможливою), а підготовка до реалізації стратегії трансформації надзвичайно трудомістка, поки що очевидно, що для позитивних змін знадобляться час і терпіння.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ПІДПРИЄМНИЦЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Шляхи автономізація закладів охорони здоров'я

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я відповідно до законодавчих змін (Закон України від 6 квітня 2017 р., 2002-VIII "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства про діяльність закладів охорони здоров'я", відомий як # Закон про Автономія») необхідно реорганізувати з бюджетної установи в державне підприємство або державне некомерційне підприємство.

Можна виділити кілька важливих аспектів реорганізації:

1. Забороняється змінювати основну діяльність державних та комунальних закладів охорони здоров'я з надання медичної допомоги населенню (медичної практики) через зміни в його організаційно-правовій формі.

2. Існуючий вичерпний перелік закладів охорони здоров'я, які не підлягають реорганізації у державні та / або комунальні некомерційні підприємства. Це заклади охорони здоров'я Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України, Державної прикордонної служби України, Державної в'язничної служби України, а також інші заклади охорони здоров'я відповідно до перелік, затверджений Кабінетом Міністрів України.

3. Робоча група з питань реформи фінансування охорони здоров'я України (Протокол від 14 квітня 2017 р.) Затвердила Методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на некомерційні підприємства громади, згідно з якими має відбутися така реорганізація.

4. Органи місцевого самоврядування відіграють важливу роль у реорганізації закладів охорони здоров'я та приймають рішення про власну реорганізацію.

5. Державні підприємства та комунальні некомерційні підприємства, що утворюються в результаті реорганізації державних та комунальних закладів охорони здоров'я - бюджетних установ, є бенефіціарами всіх прав та обов'язків відповідних бюджетних установ.

6. Після перетворення закладу охорони здоров'я з бюджетного закладу на підприємство ліцензія на здійснення господарської діяльності у галузі медичної практики залишається чинною протягом трьох місяців протягом цього періоду, підлягає зміні, а права на нерухоме майно, в т.ч. права на землекористування, мають бути переглянуті.

Основні моменти алгоритму реорганізації (перетворення) закладу охорони здоров'я з бюджетної установи в комунальне підприємство представлені на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Алгоритм реорганізації закладу охорони здоров'я

Що стосується поточного фінансування, то згідно зі статтею 18 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» передбачається, що воно буде

здійснюватися з Державного бюджету України та місцевих бюджетів, фондів охорони здоров'я та соціального страхування, благодійних фондів, інші кошти фізичних та юридичних осіб та будь-які інші джерела, не заборонені законом. Кабінет Міністрів затверджує методологію розрахунку вартості медичної допомоги та перелік платних медичних послуг. Іншим важливим аспектом автономії закладів охорони здоров'я є можливість таких закладів стягувати плату за послуги охорони здоров'я, що надаються поза договорами охорони здоров'я, затриманих у головних розпорядників бюджету, у порядку, встановленому законом.

На практиці вищезазначений факт повинен означати виведення коштів пацієнта з тіньової економіки та можливість офіційної оплати медичної допомоги з різних фінансових джерел. Отже, корупція, неформальні платежі, а разом з ними - внески до незрозумілих «благодійних фондів» повинні бути завершені.

Черговий «підводний камінь» може стати загрозою втрати державного замовлення у разі низької якості послуг, що надаються, а також довіри пацієнта. Для лікаря, який працює в державному або комунальному закладі охорони здоров'я, якість медичних послуг тепер буде вигідною не лише з моральної точки зору, але й, як і у лікаря в приватному закладі охорони здоров'я, у матеріальному сенсі. Врешті-решт, заробітна плата лікаря в кінцевому підсумку буде розрахована на основі кількості пацієнтів, які приймаються протягом певного періоду. Відповідно зростає і якість цих послуг, оскільки чесна конкуренція між постачальниками медичних послуг повинна приносити користь кінцевому споживачу медичних послуг - пацієнту.

Відповідно до чинного законодавства, а саме статті 24 «Основи законодавства України про охорону здоров'я», тепер передбачена можливість створення так званих наглядових рад (рис. 3.2). Державні органи охорони здоров'я та установи зобов'язані сприяти праву громадян брати участь в управлінні охороною здоров'я.

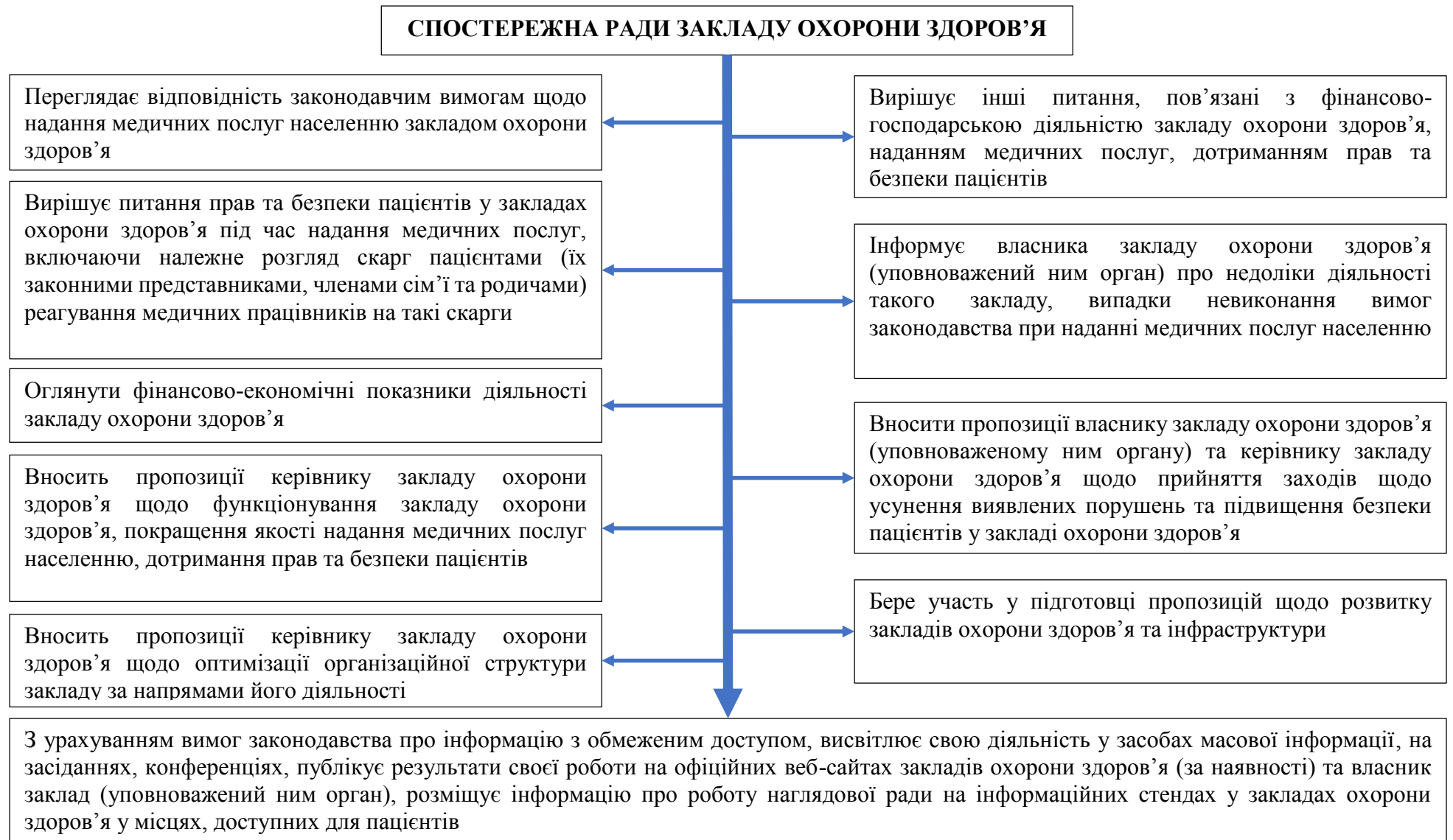


Рис. 3.2. Функції спостережної ради закладу охорони здоров'я в Україні

Рішенням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. 1077 затверджено «Порядок формування наглядової ради закладу охорони здоров'я», «Типове положення про наглядову раду закладу охорони здоров'я», а також зміни у «Типовому бланку договору з керівником державного закладу охорони здоров'я, державного закладу охорони здоров'я», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 2014 р. 642Затвердження Порядку укладення договору з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я та типовий бланк договору з главою держави, комунальний заклад охорони здоров'я „Я” (Офіційний вісник України, 2014, 96, ст. 2761).

Наглядова рада утворюється за рішенням власника (уповноваженого ним органу) у кількості не більше 15 осіб.

Представники громадськості, добровільних об'єднань та професійних самоврядних організацій обираються до наглядової ради шляхом рейтингового голосування кандидатів до наглядової ради на офіційному веб-сайті Веб-сайт власника закладу охорони здоров'я протягом періоду, що не перевищує 20 днів.

Метою Обсерваторії є сприяння праву громадян брати участь в управлінні охороною здоров'я. Такий механізм забезпечив би доступ громадськості до інформації, яка демонструє результати діяльності головного медичного працівника та, загалом, медичного персоналу.

Рішення наглядової ради повідомляється власнику закладу охорони здоров'я (уповноваженому ним органу) та керівнику закладу охорони здоров'я для розгляду та дії та оприлюднюється на офіційному веб-сайті власника закладу охорони здоров'я. заклад охорони здоров'я та офіційний сайт закладу охорони здоров'я (за наявності) За умови дотримання вимог законодавства про інформацію з обмеженим доступом, вона не може розголошуватися.

Ті самі документи передбачають можливість створення опікунських рад, що сприятимуть покращенню роботи закладу охорони здоров'я. Але, як ми знаємо, ті, хто робить свій внесок, розраховують на якісний результат. Отже,

у цьому випадку ми розглядаємо Опікунську раду як ще один механізм забезпечення якості закладів охорони здоров'я.

Таким чином, для пацієнта як кінцевого споживача медичних послуг загалом автономія вигідна, зокрема через прозорість оплати лікування, крім безкоштовних медичних послуг, та безпосередню участь громадськості у нагляді за медичними закладами.

3.2. Рекомендації щодо поліпшення підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я

На основі систематичного аналізу літератури за темою дослідження ми дійшли висновку, що одним із принципів реформування системи охорони здоров'я є розвиток економічних відносин багатогранної системи охорони здоров'я, таким чином, розроблена приватний сектор, разом із державною системою охорони здоров'я безкоштовно. Слід зазначити, що сьогодні в Україні фактично вже існує два сектори охорони здоров'я - державний, що фінансується з державного та місцевих бюджетів, та недержавний, який має позабюджетні джерела фінансування.

Лікувально-профілактичні установи, що належать до недержавного сектору, мають різний організаційно-правовий статус і часто набувають форми товариств з обмеженою відповідальністю, акціонерних товариств, приватних підприємств. Крім того, неурядовий сектор охорони здоров'я представляє лікарів, які практикують медицину приватно та як приватні особи. Приватна система охорони здоров'я - це сукупність приватних закладів охорони здоров'я. Приватне медичне обслуговування - це приватна медична діяльність. Приватні медичні організації - це комерційні та некомерційні організації, власність яких є приватною та не є державною. Статути таких організацій передбачають, що медична діяльність є їх головним завданням.

Існування розвиненого приватного сектору охорони здоров'я полегшує навантаження на державну систему охорони здоров'я, оскільки воно обслуговує частину громадян, які можуть оплатити лікування самостійно.

Крім того, на ринку медичних послуг буде створено конкурентне середовище, що підвищить ефективність галузі в цілому та поліпшить якість лікувально-профілактичних послуг.

Тривалий час система захисту в Україні залишалася суворо державною. Ця система - система Семашкава добре працювала за певних умов. Однак зміни в економічному становищі країни призвели до змін у секторі охорони здоров'я. Частка приватного сектору в Україні поступово збільшується. Це близько 2-3 відсотків, а у великих містах та обласних центрах воно сягає 5-10 відсотків. Подальший розвиток недержавного сектору охорони здоров'я вимагає врахування особливостей соціально-економічної ситуації в Україні, а саме [1, 28]:

- приватна діяльність у галузі охорони здоров'я не може повністю замінити державні форми охорони здоров'я, і вона може бути додана до них у національній системі охорони здоров'я на рівних умовах;

- приватну медичну діяльність здійснюють приватні медичні (фармацевтичні) установи та організації, а також медичні працівники (приватна практика) як індивідуальні підприємці; Основою приватної діяльності є приватна власність або оренда основних фондів;

- на державному та територіальному рівнях повинен бути обґрунтований перелік стратегічних закладів охорони здоров'я, які надають соціальні гарантії в медицині; їх слід передати приватному сектору; а також орендні відносини з суб'єктами господарювання у цьому секторі повинні бути заборонені законом;

- створення підприємств та регулювання медичної діяльності повинні базуватися на ліцензіях, сертифікатах, статутах, контрактах та різних формах контролю.

На думку авторів колективної монографії «Панорама охорони здоров'я населення України» [4, с. 152], розвиток підприємництва у сфері охорони здоров'я слід розглядати як позитивне явище для сектору охорони здоров'я та для країни в цілому. Однак передумовою такого розвитку є моніторинг

ціноутворення вартості медичних послуг, а також дотримання державою гарантій надання медичної допомоги групам, які не можуть самостійно її оплатити.

Як показав досвід, система взаємодії лікаря та пацієнта у державних лікувально-профілактичних закладах висунула на перший план проблеми, пов'язані з недостатньою кваліфікацією лікарів та формальним ставленням останніх до організації лікування, порушення медичної етики та етики лікарями.

Ми впевнені, що відсутність належного контакту між пацієнтом та лікарем, як правило, передуює невдоволенню пацієнта якістю наданої допомоги. Досвід показує, що поспішність, нестача часу з боку лікаря, розсуд і лікаря, і пацієнта у лікуванні, збір анамнезу, призначення процедур часто призводять до суперечливих подій.

На думку В.В. Кравченко, приватна медицина останніми роками стрімко розвивається в Україні, насамперед суттєво зменшуючи навантаження на державний бюджет, а по-друге, забезпечуючи поступовий перехід до різних форм приватної медичної допомоги [18].

Внизу, на дошці. 3.1 Представлено основні принципи відмінності у функціонуванні державної та недержавної власності на лікувально-профілактичні заклади. Дані показують переваги приватної медичної практики та доцільність її широкого впровадження в діяльність української системи охорони здоров'я.

Таблиця 3.1

Основні принципові відмінності у функціонуванні державних і приватних медичних закладів

Відмінність	Заклади державної форми власності	Заклади приватної форми власності
1. Стан фінансування	1. Бюджет, частково комунальний, самооблік. 2. Тенденція у дефіциті фінансування. 3. Існування суворой бюджетної системи з відповідними рядками. 4. Доступність калькуляції вартості для обраних видів діяльності. 5. Неможливість вільно розпоряджатися фінансовими ресурсами.	1. Самофінансування. 2. Фінансування без обмеження потреб лікарів. 3. Відсутність послідовних оцінок. 4. Можливість вільно та оперативно розпоряджатися коштами залежно від реальної потреби.
2. Стан матеріально-технічної бази	1. Застаріле, незручне обладнання для лікарів та пацієнтів. 2. Неможливо вчасно оновити його через брак коштів. 3. Значний відсоток незадовільного стану лікувальних кабінетів, в яких проходять лікування пацієнти. 4. Нехтування засобами індивідуального захисту медичним персоналом. 5. Порухення санітарно-епідеміологічного режиму. 6. Неможливість витрат на сучасні матеріали та інструменти для задоволення реальних потреб.	1. Високий рівень матеріально-технічного забезпечення; 2. Можливість керівника установи (підприємця) самостійно, без будь-якої подальшої домовленості, приймати рішення про придбання обладнання та матеріалів. 3. Застосування сучасних дезінфікуючих засобів. 4. Сучасні інтер'єри та необхідне обслуговування приміщень із системами вентиляції та кондиціонування.
3. Оплата медичної послуги	1. Довільне, неконтрольоване ціноутворення медичних послуг лікарями. 2. Гонорар пацієнта за лікування	1. Розробка прайс-листа на різні види медичних послуг. 2. Внесення коштів пацієнтом до каси відповідно до закону.
4. Оплата праці	1. Фіксована заробітна плата.	1. Нефіксована заробітна плата у відсотках від фактично виконаної роботи.
5. Організаційні засади лікувального процесу	1. Низький рівень медичних послуг. 2. Відсутність своєчасного впровадження сучасних технологій лікування. 3. Подовження обробки одного зуба до 2-6 днів. 4. Відсутність гарантії на лікування. 5. Використання малоцінних матеріалів.	1. Перевага сучасним матеріалам і технологіям. 2. Забезпечення якості всіх видів втручань. 3. Контроль якості пацієнтів. 4. Використання високоцінних сучасних матеріалів.
6. Інші відмінності	1. Надання медичної допомоги за принципом «рафінування». 2. Наявність значної кількості не атестованих лікарів, а також лікарів II і I категорій та лікарів з припиненим професійним удосконаленням. 3. Складна процедура звільнення працівника за ініціативою адміністрації. 4. Відсутність фінансування на рекламу. 5. Фактична відсутність мотивації до праці. 6. Наявність значної кількості скарг від населення.	1. Відсутність інституціоналізованого населення. 2. Звільнення працівника за 2 - 3 порушення трудової дисципліни. 3. Можливість витрат на рекламу. 4. Мотивація до роботи. 5. Високий рівень задоволеності пацієнта. 6. Високий рівень доступності сучасного обладнання.

Однак активний розвиток недержавних лікувально-профілактичних закладів не підтримується достатнім законодавчим та нормативним регулюванням загалом та науково обґрунтованим методом складання договору на надання платних медичних послуг, зокрема. Тому для всіх приватних та державних лікарів України інформація, представлена у вкладці, надзвичайно корисна. 3.2, де описуються рекомендації, зроблені Американським комітетом з питань охорони здоров'я щодо розробки стратегій підвищення якості медичної допомоги у 21 столітті [4].

Таблиця 3.2

Правила для систем охорони здоров'я ХХІ ст.

Сучасний підхід	Нове правило
Медична допомога надається переважно під час відвідування лікаря	Медична допомога базується на постійному контакті пацієнта та лікаря
Професійна автономія визначає мінливість	Медичне обслуговування надається відповідно до індивідуальних потреб та поглядів пацієнтів
Медичні працівники здійснюють нагляд за медичним обслуговуванням	Пацієнт є джерелом контролю
Інформація записується	Знаннями ділимося. Інформаційні потоки вільно рухаються
Рішення приймаються на основі підготовки та досвіду	Рішення приймаються на підставі доказів
Принцип «Non nocere» (Не нашкодь!) - це особиста відповідальність	Безпека пацієнта є невід'ємною частиною системи
Конфіденційність потрібна	Потрібна прозорість
Система відповідає потребам	Вимоги прогнозуються
Прагнення до зменшення витрат	Постійне скорочення неналежного використання ресурсів
Професійні пріоритети кожної категорії медичних працівників над пріоритетами системи	Пріоритет надається співвідношенню різних категорій медичних працівників

Висновок до третього розділу

Сьогодні є небагато прикладів реальної реорганізації закладів охорони здоров'я і, як наслідок, відсутності процесу самостійності закладів охорони здоров'я. Не кожен законодавчий акт важко реалізувати, але закони, що

обговорюються, є, скоріше, вирішенням низки проблем зі здоров'ям, спричинених нагальною необхідністю їх вирішення. Для досягнення цієї мети необхідно консолідувати сили медичної професії, влади та, звичайно, досвідчених юристів-медиків. Таким чином, автономія буде досягнута в найкоротші терміни, а медична реформа в Україні просунеться на кілька кроків вперед, адже пріоритетом є забезпечення якісного медичного обслуговування населення.

Інтелектуальна та технологічна підтримка приватної медицини - це інновація третього тисячоліття, і освоєння її та практичне впровадження у процес зцілення та регенерації можливе лише справжніми медичними працівниками високого рівня. Тими, хто володіє світовими технологічними досягненнями медицини наука і практика і базуються на національно-культурній традиційній основі самовдосконалення аж до меж творчих та фізичних зусиль.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Можливі небезпечні і шкідливі фактори у медичному приміщенні

Законодавчі акти та інші заходи, які включені до поняття охорони праці, спрямовані на створення таких умов, за котрими виключається вплив на робочих небезпечних та шкідливих виробничих факторів.

Небезпечні фактори – це такі фактори, які здійснюють негативний вплив на працівників та в окремих умовах можуть призвести до травм або іншого різкого погіршення здоров'я.

Шкідливі фактори призводять до захворювань або зниження працездатності. В залежності від рівня та тривалості впливу шкідливі фактори можуть перетворитися на небезпечні.

Адміністрація підприємства повинна правильно організувати труд працівників та створити всі умови для покращення умов праці: дотримуватися законодавства про працю та правил охорони праці.

Гігієнічна класифікація праці потрібна для оцінки конкретних умов та характеру праці на робочих місцях. На основі такої оцінки приймаються рішення щодо запобігання або максимального обмеження впливу несприятливих виробничих факторів.

Виходячи з принципів Гігієнічної класифікації, умови праці розподіляються на 4 класи:

1 клас – оптимальні умови праці – це такі умови, при яких зберігається не лише здоров'я працюючих, але й створюються передумови для підтримання високого рівня працездатності;

2 клас – допустимі умови праці – характеризуються такими рівнями факторів виробничого середовища і трудового процесу, які не перевищують встановлених гігієнічних нормативів для робочих місць, а можливі зміни функціонального складу організму відновляються за час регламентованого відпочинку або до початку наступної зміни та не чинять несприятливого впливу на стан здоров'я працівника;

3 клас – шкідливі умови праці – характеризуються наявністю шкідливих виробничих факторів, що перевищують гігієнічні нормативи і здатні причинити несприятливий вплив на організм працюючого та (або) його потомство;

4 клас – небезпечні (екстремальні) умови праці – умови праці, що характеризуються високими рівнями шкідливих факторів виробничого середовища, вплив яких протягом робочої зміни (або ж її частини) створює високий ризик виникнення важких форм гострих професійних захворювань, отруєнь, каліцтв, загрозу для життя.

Визначення загальної оцінки умов праці базується на диференційованому аналізі умов праці для окремих факторів виробничого середовища і трудового процесу. До факторів виробничого середовища належать: показники мікроклімату; вміст шкідливих речовин в повітрі робочої зони; рівень шуму, вібрації, інфра – та ультразвуку, освітленості.

Адекватна оцінка конкретних умов та характеру праці сприятиме обґрунтованій розробці та впровадженню комплексу заходів та технічних засобів з профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань, зокрема за рахунок покращення параметрів виробничого середовища, зменшення важкості та напруженості трудового процесу.

В медичному приміщенні негативний вплив на працівників можуть здійснювати наступні фактори:

1) Мікроклімат приміщення.

Суттєвий вплив на стан організму працівника та його працездатність здійснюють метеорологічні умови в приміщенні (мікроклімат), які визначаються показниками температури, вологості, руху повітря та тепловим випромінюванням нагрітих поверхонь.

Мікроклімат виробничих приміщень, в основному, впливає на тепловий стан організму людини та її теплообмін з навколишнім середовищем. Значне відхилення мікроклімату робочої зони від оптимального може бути причиною ряду порушень в організмі робітників і призвести до різкого зниження

працездатності. Нормативні значення даних метеорологічних факторів приводяться в ДОСТ 12.3.005-8

Таблиця 4.1.

Оптимальні параметри метеорологічних факторів в робочій зоні економічного відділу

Сезон	Температура повітря, °C	Відносна вологість повітря, %	Швидкість руху повітря, м/с
Холодний	20...23	40...60	0,2
Теплий	22...25	40...60	0,2

2) Вентиляція.

Під вентиляцією розуміють сукупність заходів та засобів, призначених для забезпечення на постійних робочих місцях метеорологічних умов та чистоти повітряного середовища, що відповідають гігієнічним та технічним вимогам. Основне завдання вентиляції – вилучити із приміщення забруднене, вологе або нагріте повітря і подати свіже.

Вентиляція класифікується за такими ознаками:

- за способом переміщення повітря – природна, штучна (механічна) та суміщена (природна і штучна одночасно);
- за напрямом потоку повітря – припливна, витяжна, припливно-витяжна;
- за місцем дії – загально-обмінна, місцева, комбінована;
- за призначенням – робоча і аварійна.

Природна вентиляція може бути неорганізованою та організованою. При неорганізованій вентиляції невідомі об'єми повітря, що надходять та вилучаються із приміщення, а сам повітрообмін залежить від випадкових чинників (напрямку та сили вітру, температури зовнішнього та внутрішнього повітря). Неорганізована природна вентиляція включає інфільтрацію – просочування повітря через нещільності у вікнах, дверях, перекриттях тощо та провітрювання, що здійснюється при відкриванні вікон та квартирнок.

Організована природна вентиляція називається аерацією. Для аерації в стінах будівлі роблять отвори для надходження зовнішнього повітря.

У виробничих приміщеннях внаслідок надходження тепла від устаткування, нагрітих матеріалів та речовин як у теплий, так і в холодний періоди року, зазвичай, вище температури зовнішнього повітря. Середній тиск повітря в приміщенні практично дорівнює тиску зовнішнього повітря, одна рівність тисків в певній горизонтальній площині, що знаходиться приблизно в середині висоти приміщення і називається площиною рівних тисків.

Перевагою природної вентиляції є її дешевизна та простота експлуатації. Основний її недолік у тому, що повітря надходить у приміщення без попереднього очищення. Також не очищується й видалене відпрацьоване повітря, що може призвести до забруднення довкілля.

Штучна (механічна) вентиляція на відміну від природної дає можливість очищувати повітря перед його викидом в атмосферу, виловлювати шкідливі речовини безпосередньо біля місць їх утворення, обробляти припливне повітря (очищувати, зволожувати тощо), більш цілеспрямовано подавати повітря в робочу зону.

При штучній вентиляції повітрообмін здійснюється внаслідок різниці тисків, що створюється при допомозі вентилятора. Вона застосовується у тих випадках, коли тепловиділення у виробничому приміщенні недостатні для постійного (протягом року) використання аерації, або коли кількість або токсичність шкідливих речовин, які виділяються у повітря приміщення є такою, що виникає необхідність постійного повітрообміну незалежно від метеорологічних умов навколишнього середовища.

Природна та штучна вентиляція повинні відповідати наступним санітарно-гігієнічним вимогам:

- створювати в приміщенні нормовані метеорологічні умови праці (температура, вологість та швидкість руху повітря);
- повністю усувати з приміщень шкідливі гази, пари, пил та аерозолі або розчиняти їх до гранично допустимих концентрацій;

- не створювати на робочих місцях протягів чи різкого охолодження;
- бути доступною для управління і ремонту;
- не створювати під час експлуатації додаткових незручностей (наприклад, шуму, вібрацій, попадання дощу, снігу тощо).

Найбільш повно перерахованим вимогам відповідає система кондиціонування повітря. За допомогою кондиціонерів створюються і автоматично підтримуються задані параметри повітряного середовища в робочому приміщенні. Але при вирішенні питання щодо доцільності кондиціонування повітря, слід також враховувати економічні чинники.

3) Система опалення.

Системи опалення являють собою комплекс елементів, необхідних для нагрівання приміщення в холодний період року. До основних елементів систем опалення належать джерела тепла, теплопроводи, нагрівальні прилади. Теплоносіями можуть бути: нагріта вода, пар чи повітря.

До місцевого відноситься пічне та повітряне опалення, а також опалення місцевими газовими та електричними пристроями. Місцеве опалення застосовується, як правило, в житлових та побутових приміщеннях, а також в невеликих виробничих приміщеннях малих підприємств.

До систем центрального опалення відносяться: водяне, парове, панельне, повітряне та комбіноване.

Водяне опалення низького тиску відповідає основним санітарно-гігієнічним вимогам і тому широко використовується на багатьох підприємствах різних галузей промисловості. Основні переваги цієї системи: рівномірне нагрівання приміщення; можливість централізованого регулювання температури теплоносія (води); відсутність запаху гару; підтримання відносної вологості повітря на відповідному рівні (повітря не пересушується); виключення опіків від нагрівальних приладів; пожежна безпека.

Основний недолік системи парового опалення – можливість її замикання при вимиканні в зимовий період, а також повільне нагрівання великих приміщень після тривалої перерви в опаленні.

Парове опалення має низку санітарно-гігієнічних недоліків. Зокрема: внаслідок перегрівання повітря знижується його відносна вологість, а органічний пил, що осідає на нагрівальних приладах, підгоряє і створює запах гару. Окрім того, існує небезпека пожеж і опіків. Враховуючи вищевказані недоліки не допускається застосування парового опалення в пожежонебезпечних приміщеннях та приміщеннях зі значним виділенням органічного пилу.

З економічної точки зору систему парового опалення ефективно влаштовувати на великих підприємствах, де одна котельня забезпечує необхідний нагрів приміщень усіх корпусів і будівель.

Панельне опалення доцільно застосовувати в адміністративно-побутових приміщеннях. Воно діє завдяки віддачі тепла від будівельних конструкцій, в які вмонтовані спеціальні нагрівальні прилади. До переваг цієї системи опалення належать: рівномірний нагрів та постійність температури і вологості повітря в приміщенні; можливість використання в літній період для охолодження приміщення, пропускаючи холодну воду через систему. Основні недоліки – відносно високі початкові витрати при встановленні та важкість ремонту при експлуатації.

Повітряне опалення може бути центральним (з подачею нагрітого повітря від єдиного джерела тепла) ті місцевим (з подачею теплого повітря від місцевих нагрівальних приладів). Основні переваги цієї системи опалення: швидкий тепловий ефект в приміщенні при вмиканні системи; відсутність в приміщенні нагрівальних приладів; можливість використання в літній період для охолодження та вентиляції приміщень; економічність.

При виборі системи опалення підприємств, що проектуються чи реконструюються необхідно враховувати санітарно-гігієнічні, виробничі, експлуатаційні та економічні чинники. Слід зазначити, що досить ефективною є комбінована система опалення.

4) Пожежна безпека.

Пожежна безпека – можливість виникнення та розвитку пожежі в будь-якому процесі. Потрібно відмітити, що небезпечних пожеж не буває. Якщо вони

й не створюють прямої загрози життю та здоров'ю людини, то приносять матеріальний збиток.

Токсичні продукти горіння представляють найбільшу загрозу для життя людини, особливо при пожежі в приміщенні.

Вогонь – надзвичайно шкідливий фактор пожежі, проте випадки його прямого впливу на людей досить рідкі. Під час пожежі температура полум'я може досягати 1200-1400 °C і у людей, що знаходяться в зоні пожежі можуть виникати опіки і відчуття болю.

Дим представляє собою велику кількість маленьких частинок продуктів горіння, що не згоріли, які знаходяться в повітрі. Дим викликає інтенсивне подразнення органів дихання та слизової оболонки. Крім того, в задимлених приміщеннях внаслідок погіршення видимості уповільнюється евакуація людей, а інколи провести її стає зовсім неможливо.

Руйнування будівельних конструкцій відбувається внаслідок втрати ними несучої здатності під впливом високих температур та вибухів. При цьому люди можуть отримати значні механічні травми та опинитися під завалами будівлі.

В залежності від характеру пожежної небезпеки технологічних процесів всі виробництва ділять на п'ять категорій:

- категорія А – горючі та легкозаймисті рідини; продукти, які можуть вибухати та горіти при взаємодії з водою, киснем, повітрям та один з одним;
- категорія Б – пил, волокна; горюча рідина, яка утворює з пилом та паром вибухонебезпечні суміші;
- категорія В – горючі та важкогорючі речовини; тверді горючі речовини та матеріали;
- категорія Г – негорючі речовини та матеріали в розплавленому чи розжареному стані;
- категорія Д – негорючі речовини та матеріали в холодному стані.

Способи ліквідації пожежі:

- охолодження зони горіння чи реагуючих речовин;
- ізоляція речовини із зони горіння;

- розбавлення повітря чи горючих речовин негорючими;
- придушення горіння за допомогою вибуху.

До вогнегасник речовин відносяться: вода, піна, інертні та негорючі гази, вогнегасні порошки, пісок.

5) Освітлення.

Природне освітлення – це освітлення приміщень світлом неба, що проникає скрізь світлові прорізи в зовнішніх огорожувальних конструкціях.

Штучне освітлення – освітлення приміщень штучним світлом за допомогою електричних ламп (газорозрядні лампи і лампи розжарювання).

Лампи розжарювання належать до джерел світла теплового випромінювання. Газорозрядні лампи – це лампи, в яких оптичне випромінювання виникає в результаті електричного розряду в газах, парах чи інших сумішах.

За конструктивним виконанням штучне освітлення може бути:

- загальним – освітлення, при якому світильники розміщуються у верхній зоні приміщення рівномірно (загальне рівномірне освітлення) або до розташування устаткування (загальне локалізоване освітлення);
- місцевим – освітлення, додаткове до загального, створюване світильниками, що концентрують світловий потік безпосередньо на робочих місцях;
- комбінованим – освітлення, при якому до загального освітлення додається місцеве.

За функціональним призначенням штучне освітлення поділяють на:

- робоче – освітлення приміщень будинків, а також ділянок відкритих просторів, призначених для роботи, приходу людей і руху транспорту;
- чергове – освітлення в неробочий час;
- аварійне – освітлення для продовження роботи при аварійному відключенні робочого освітлення;
- евакуаційне – освітлення для евакуації із приміщення при аварійному відключенні робочого освітлення.

4.2. Розробка заходів по забезпеченню сприятливих умов праці при роботі з персональним комп'ютером у медичному приміщенні

Науково-технічний прогрес вніс серйозні зміни в умови виробничої діяльності працівників розумової праці. Їх праця стала інтенсивнішою, напруженим, що вимагає значних витрат розумової, емоційної і фізичної енергії. Це зажадало комплексного рішення проблем ергономіки, гігієни і організації праці, регламентації режимів праці і відпочинку.

В даний час комп'ютерна техніка широко застосовується у всіх областях діяльності людини. При роботі з комп'ютером чоловік піддається дії ряду небезпечних і шкідливих виробничих чинників: електромагнітних полів (діапазон радіочастот: ВЧ, УВЧ і СВЧ), інфрачервоного і іонізуючого випромінювань, шуму і вібрації, статичної електрики і ін.

Робота з комп'ютером характеризується значною розумовою напругою і нервово-емоційним навантаженням операторів, високою напруженістю зорової роботи і достатньо великим навантаженням на м'язи рук при роботі з клавіатурою ЕОМ. Велике значення має раціональна конструкція і розташування елементів робочого місця, що важливе для підтримки оптимальної робочої пози людини-оператора.

В процесі роботи з комп'ютером необхідно дотримувати правильний режим праці і відпочинку. Інакше у персоналу визначається значна напруга зорового апарату з появою скарг на незадоволеність роботою, головні болі, дратівливість, порушення сну, втому і хворобливі відчуття в очах, в поясниці, у області шиї і руках.

Негативна дія комп'ютера на людину є комплексною, тому і вивчення впливу комп'ютерних технологій повинне бути комплексним, що враховує взаємозв'язаний вплив безлічі чинників. Тільки комплексний підхід дозволяє достовірно оцінити дію комп'ютера на здоров'ї користувача.

1) Комп'ютерне випромінювання.

Коли всі пристрої ПК включені, в районі робочого місця оператора формується складне по структурі електромагнітне поле, яке створює реальну

загрозу для користувача комп'ютера. Як показали результати численних наукових робіт, монітор ПК є джерелом:

- електростатичного поля;
- слабких електромагнітних випромінювань в низькочастотному і високочастотному діапазонах (2 Гц – 400 кГц);
- рентгенівського випромінювання;
- ультрафіолетового випромінювання;
- інфрачервоного випромінювання;
- випромінювання видимого діапазону.

Вплив їх на організм людини вивчено недостатньо, проте ясно, що він не обходиться без наслідків. Дослідження функціонального стану користувачів ПК показали, що в організмі людини під впливом електромагнітного випромінювання монітора відбуваються значні зміни гормонального стану, специфічні зміни біострумів головного мозку, зміна обміну речовин. Низькочастотні електромагнітні поля при взаємодії з іншими негативними чинниками можуть ініціювати ракові захворювання і лейкемію. Пил, що притягається електростатичним полем монітора іноді стає причиною дерматитів особи, загострення астматичних симптомів, роздратування слизових оболонок.

2) Комп'ютерний зоровий синдром.

Людський зір абсолютно не адаптований до комп'ютерного екрану, ми звикли бачити кольори і предмети у відбитому світлі, що виробилося в процесі еволюції. Зображення на дисплеї принципово відрізняється від звичних оку об'єктів спостереження – воно світиться; складається з дискретних крапок; воно мерехтить, тобто ці крапки з певною частотою запалюються і гаснуть; кольорове комп'ютерне зображення не відповідає природним квітам (спектри випромінювання люмінофорів відрізняються від спектрів поглинання зорових пігментів в колбах сітківки ока, які відповідають за наш колірний зір). Але не тільки особливості зображення на екрані викликають зорове стомлення. При тривалій роботі на комп'ютері у очей не буває необхідних фаз розслаблення, очі напружуються, їх працездатність знижується. Велике навантаження орган зору

отримує при введенні інформації, оскільки користувач вимушений часто переводити погляд з екрану на текст і клавіатуру, що знаходяться на різній відстані і по-різному освітлені.

Вітчизняні і зарубіжні дослідження показують, що більше 90% користувачів комп'ютерів скаржаться на паління або болі у області очей, відчуття піску під віками, затуманення зору тощо. Комплекс цих і інших характерних нездужань з недавнього часу одержав назву «Комп'ютерний зоровий синдром». Вплив роботи з монітором на зорову систему в значній мірі залежить від віку користувача, від стану зору, а також від інтенсивності роботи з дисплеєм і організації робочого місця. За даними італійських учених, які обстежували понад 5 тисяч користувачів, були відмічені наступні симптоми: почервоніння очей – 48%, свербіння – 41%, біль – 9%, потемніння в очах – 2,5%, двоїння – 0,2%. При цьому наголошувалися об'єктивні зміни: зниження гостроти зору – 34%, бінокулярного зору – 49%. В той же час в результаті тривалої роботи дуже великий ризик появи, або прогресивності що вже є, короткозорості.

Як профілактичний засіб абсолютно не зайвим є використання окулярів, спеціально призначених для роботи за ПК. Комп'ютерні окуляри захищають очі від негативної дії монітора. Вони підвищують виразність сприйняття, оптимізують перенесення кольорів, знижують зорове стомлення, підвищують комфортність і працездатність.

3) Проблеми, пов'язані з м'язами і суглобами.

У людей, що заробляють на життя роботою на комп'ютерах, найбільше число скарг на здоров'я пов'язано із захворюваннями м'язів і суглобів.

Нерухома напружена поза оператора, протягом тривалого часу прикованого до екрану монітора, приводить до втоми і виникнення болю в хребті, шиї, плечових суглобах, також розвивається м'язова слабкість і відбувається зміна форми хребта. Інтенсивна робота з клавіатурою викликає больові відчуття в ліктьових суглобах, передпліччях, зап'ястях, в кистях і пальцях рук.

Часто присутні скарги на оніміння шиї, біль в плечах і поясниці або в ногах. Але бувають, проте, і серйозніші захворювання. Найбільш поширений кистьовий тунельний синдром, при якому нерви руки ушкоджуються унаслідок частої і тривалої роботи на комп'ютері. У найбільш важкій формі цей синдром виявляється у вигляді болісних болів, що позбавляють людину працездатності.

4) Синдром комп'ютерного стресу.

Є дані, що постійні користувачі ПК частіше і більшою мірою піддаються психологічним стресам, функціональним порушенням центральної нервової системи, хворобам серцево-судинної системи. За наслідками досліджень можна зробити висновки про вірогідність гормональних зрушень і порушень імунного статусу людини.

На фоні цього медичні круги виявили новий тип захворювання – синдром комп'ютерного стресу. Як правило, наявність єдиного симптому маловірогідне, оскільки всі функціональні органи людини взаємозв'язані. Симптоми захворювання різноманітні і численні:

- фізичні нездужання: сонливість; втома, що не проходить; головні болі після роботи; біль в нижній частині спини, ногах і руках; відчуття оніміння; напруженість м'язів верхньої частини тулуба.

- захворювання очей: відчуття гострого болю, паління, свербіння.

- порушення візуального сприйняття: неясність зору, яка збільшується протягом дня; виникнення подвійного зору.

- погіршення зосередженості і працездатності: зосередженість досягається насилу; дратівливість в час і після роботи; втрата робочої крапки на екрані; помилки при друкуванні.

Існує думка, що шляхом виключення негативних чинників дії ПК можна понизити вірогідність виникнення синдрому комп'ютерного стресу до мінімуму.

Фахівці різних напрямів і спеціалізацій після ретельних досліджень пришли до висновку, що причиною відхилень здоров'я користувачів є не стільки самі комп'ютери, скільки недостатньо строге дотримання принципів ергономіки. Вчені стурбовані тим, щоб поява і активне застосування комп'ютерних

технологій не стала додатковим чинником погіршення здоров'я. Для цього необхідно, щоб робоче місце відповідало б гігієнічним вимогам безпеки.

Добре облаштування робочих місць працівників, використовуючи ПК, забезпечує зниження впливу шкідливих факторів на здоров'я людини. При проектуванні робочого місця треба врахувати наступне:

1) Освітлення. Фахівці рекомендують застосовувати переважно люмінесцентні лампи. Їх розташовують у вигляді суцільних або переривистих ліній, розташованих збоку від робочих місць, паралельно лінії моніторів. При розташуванні комп'ютерів по периметру приміщення світильники розташовують локалізовано над робочим місцем ближче до переднього краю, зверненого до користувача. Існують спеціальні люмінесцентні лампи, які випромінюють світло різної якості, імітуючи, таким чином, повний спектр природного сонячного світла.

2) Робочий стіл. Для комфортної роботи стіл повинен задовольняти наступні умови:

- висота столу повинна бути вибрана з урахуванням можливості сидіти вільно, в зручній позі, при необхідності спираючись на підлокітники;
- нижня частина столу повинна бути сконструйована так, щоб програміст міг зручно сидіти, не був вимушений підтискати ноги;
- поверхня столу повинна володіти властивостями, що виключають появу відблисків у полі зору програміста;
- конструкція столу повинна передбачати наявність висувних ящиків для зберігання документації, канцелярського приладдя тощо
- висота робочої поверхні рекомендується в межах 680-760мм.

3) Крісло. Велике значення надається характеристикам робочого крісла.

Крісло необхідно встановити на такій висоті, щоб не відчувався тиск на хребет (крісло розташоване дуже низько) чи на стегна (крісло розташоване дуже високо). Рекомендована висота сидіння над рівнем підлоги знаходиться в межах 420-550мм. Поверхня сидіння м'яка, передній край закруглений, а кут нахилу

спинки – регульований. Форма стінки крісла повинна повторювати форму спини працюючого.

4) Клавіатура. Висота поверхні, на яку встановлюється клавіатура, повинна бути біля 650мм. Руки повинні розташовуватись так, щоб вони знаходились на відстані 8-12 см. від тіла. При зміні положення тіла (наприклад з вертикального в нахильне) обов'язково треба перемінити положення клавіатури. Може з'явитись корисною підставка для клавіатури, що регулюється.

5) Оригіналотримач. Якщо при праці приходить часто дивитися на документи треба встановити підставку з оригіналом документу в одній площині і на одному рівні з екраном. Якщо треба частіше дивитись на оригінал, аніж на екран, необхідно повернути крісло та екран таким чином, щоб оригінал було розташовано прямо перед очима, а комп'ютер – трохи збоку.

6) Монітор. Положення тіла звичайно відповідає направленню зору. Дисплей, розташований дуже низько чи під неправильним кутом, є основною причиною сутулості. Відстань від дисплею до очей може змінюватись в залежності від характеру роботи, що виконується в межах від 40 до 70 см. При роботі з текстом відстань від екрана до очей повинна не набагато перевищувати відстань між книгою и очима і становити 40-45 см. Рекомендується встановлювати на екран монітору спеціальні скляні поляризаційні фільтри із заземленням. Необхідно уникати того, щоб термінал був обернений екраном в бік вікна, оскільки інтенсивне освітлення поля зору може затопити струмами світла очі і розмити зображення на сітчатці. Якщо приходить сидіти коло вікна, треба розташувати монітор під прямим кутом до нього, при цьому екран дисплею повинен бути перпендикулярним віконному склу – цим виключаються бліки на екрані.

Технічний рівень сучасних моніторів не дозволяє повністю виключити існування шкідливих дій. Проте цю дію необхідно мінімізувати, регламентувавши ряд параметрів, для чого і були розроблені і випущені санітарні норми. Виділяють дві основні групи стандартів і рекомендацій – по

безпеці і ергономіці. До першої групи відносяться стандарти UL, CE, FCC Class B. Представниками другої групи є TSO, MPR-II, ISO 9241-3.

Розглянемо найбільш поширені з них, наклейки з аббревіатурами яких можна зустріти на всіх сучасних моніторах:

Стандарт FCC Class B розроблений канадською Федеральною комісією по комунікаціях для забезпечення прийнятного захисту навколишнього середовища від впливу радіоперешкод а замкнутому просторі.

Стандарт TSO. Окрім розробки стандартів безпеки, TSO бере участь в створенні спеціальних інструментів для тестування моніторів і комп'ютерів. Стандарти TSO розроблені з метою гарантії користувачам комп'ютерів безпечної роботи. Цим стандартам повинен відповідати кожен монітор, що продається в Європі. До складу розроблених TSO рекомендацій сьогодні входять три стандарти: TCO'92, TCO'95 і TCO'99.

Стандарт TCO'92 був розроблений виключно для моніторів і визначає величину максимально допустимих електромагнітних випромінювань при роботі монітора, а також встановлює стандарт на функції енергозбереження моніторів. Крім того, монітор, сертифікований по TCO'92, повинен відповідати стандарту на енергоспоживання NUTEK стандартам на пожежну і електричну безпеку.

Стандарт TCO'95 розповсюджується на весь ПК і стосується ергономічних властивостей випромінювань, режимів енергозбереження і екології.

Стандарт TCO'99 пред'являє жорсткіші вимоги, чим TCO'95 в наступних областях: ергономіка (фізична, візуальна і зручність використання), енергія, випромінювання (електричних і магнітних полів), навколишнє середовище і екологія, а також пожежна і електрична безпека.

Екологічні вимоги включають обмеження на присутність важких металів, бромінатів і хлоринатів, фреонів (CFC) і хлорованих речовин усередині матеріалів.

Стандарт MPR-II – це ще один стандарт, розроблений в Швеції. Він визначає максимально допустимі величини і випромінювання магнітного і

електричного полей, а також методи їх вимірювання. Основна мета всіх цих стандартів – полегшити адаптацію до незвичних для організму людини чинників, зберігши тим самим працездатність і здоров'я операторів ПК.

Для усунення впливу перерахованих вище негативних чинників необхідно прийняти наступні організаційні заходи:

- обмежити час роботи з ПК впродовж дня;
- ввести регулярні перерви (кожну годину роботи з ПК по 15 хвилин);
- використовувати захисний екран та складові, які мають антибліковий ефект, поліпшують контрастність, знімають заряд статичної електрики і захищають від шкідливого ультрафіолетового впливу (аналогічні екрани із оргстекла, сітчасті екрани менш надійні);
- використовувати монітори з високим дозволенням і антибліковим покриттям;
- при праці з ПК знаходитись від дисплею на відстані 700-900 мм;
- використовувати різні аксесуари та прилади, які полегшують працю – утримувачі паперу, підставки під ноги, подушки під попереки.

4.3. Розрахунок параметрів системи штучного освітлення в медичному приміщенні

Сприятливі умови праці досягаються при правильному виробничому освітленні. Недостатня освітленість робочої зони і значні світлові контрасти викликають напругу зору і швидку стомлення.

Зробимо розрахунок системи загального штучного освітлення приміщення економічного відділу підприємства.

Медичне приміщення являє собою приміщення з побіленою стелею і стінами, вікна приміщення покриті білими занавісками, робоча поверхня темна. Довжина приміщення (A) – 12 м., ширина (B) – 6 м., висота (H) – 3,5 м., висота робочої поверхні (h_p) – 1 м. Напруга в мережі 220 В. Мінімальна освітленість (E_{min}) для офісних приміщень – 200 люкс.

Розрахунок проведено для світильників типу ЩОД для люмінесцентних ламп:

Знаходимо відстань від стелі до робочої поверхні:

$$H_0 = H - h_p = 3,5 - 1 = 2,5 \text{ (м.)}$$

Відстань від стелі до світильника дорівнює:

$$h_c = 0,2 \cdot H_0 = 0,2 \cdot 2,5 = 0,5 \text{ (м.)}$$

Висота підвісу світильника над поверхнею, що освітлюється:

$$h = H_0 - h_c = 2,5 - 0,5 = 2 \text{ (м.)}$$

Висота підвісу світильника над полом:

$$H_{\Pi} = h + h_p = 2 + 1 = 3 \text{ (м.)}$$

Для досягнення рівномірного освітлення в приміщенні приймаємо $\frac{L}{h} = 1,5$, де L – відстань між світильниками, яка в такому разі дорівнює:

$$L = 1,5 \cdot h = 1,5 \cdot 2 = 3 \text{ (м.)}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників:

$$N = \frac{A \cdot B}{L^2} = \frac{12 \cdot 6}{3^2} = 8$$

Обчислюємо відстань від стіни до центра світильника:

$$l = 0,5 \cdot 3 = 1,5 \text{ (м.)}$$

Знаходимо індекс приміщення:

$$i = \frac{A \cdot B}{h \cdot (A + B)} = \frac{12 \cdot 6}{2 \cdot (12 + 6)} = 2$$

За допомогою спеціальної таблиці знаходимо коефіцієнти віддзеркалення для стелі, стін і робочої поверхні:

- для стелі – $\rho = 70\%$;
- для стін – $\rho = 50\%$;
- для робочої поверхні – $\rho = 10\%$.

Знаходимо по таблиці коефіцієнт використання світлового потоку:

$$\eta = 55\%$$

Знаходимо світловий потік однієї лампи:

$$\Phi_p = \frac{E_{\min} \cdot A \cdot B \cdot K_z \cdot z}{N \cdot \eta \cdot n}, \text{ де}$$

K_z – коефіцієнт запасу, який враховує експлуатаційне зниження освітленості в наслідок забруднення стелі, стін, світильників і ламп, а також зниження світлового потоку в процесі їх експлуатації ($K_z = 1,5$);

z – коефіцієнт мінімальної освітленості, який враховує нерівномірність освітлення ($z = 1,1$);

n – кількість ламп у світильнику ($n = 2$)

Отже світловий потік однієї лампи дорівнює:

$$\Phi_p = \frac{200 \cdot 6 \cdot 12 \cdot 1,5 \cdot 1,1}{8 \cdot 0,55 \cdot 2} = 2700(\text{лм})$$

Із довідникової таблиці вибираємо тип лампи, яка має світловий потік, найбільш наближений до розрахункового. Це люмінесцентна лампа міцністю (P) 40 Вт.

Знаходимо фактичну освітленість:

$$E_f = E_{\min} \cdot \frac{\Phi_l}{\Phi_p}, \text{ де } \Phi_l - \text{табличний світловий потік для лампи; } \Phi_p -$$

розрахунковий світловий потік.

$$E_f = 200 \cdot \frac{3200}{2700} = 237(\text{лк})$$

Загальна міцність освітлювальної установки:

$$P_{\text{заг}} = P_l \cdot N \cdot n = 40 \cdot 8 \cdot 2 = 640 (\text{Вт})$$

Отже, для того, щоб створити систему штучного освітлення медичному приміщенні необхідно розмістити 8 світильників типу ЩОД з двома люмінесцентними лампами міцністю 40 Вт кожна. В такому разі загальна міцність системи штучного освітлення становитиме 640 Вт.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення розвитку підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я в Україні. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки теоретичного і практичного спрямування.

1. Розглядаючи сутність, принципи та функції медичного бізнесу, було показано, що основними завданнями підприємницької діяльності при впровадженні медичної практики господарської діяльності є: вибір виду та сфери діяльності закладу; місце розташування медичного закладу; вибір методів, технологій та режимів роботи; фінансування та інвестування діяльності.

2. В результаті дослідження організаційно-правових форм підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я було встановлено, що в Україні можуть функціонувати такі типи підприємств: Державні заклади охорони здоров'я Установа, що належить до системи охорони здоров'я не має права власності на закріплене за ним майно, яким воно володіє, користується та розпоряджається в межах, встановлених Цивільним кодексом України; Державний заклад охорони здоров'я створюється компетентним органом місцевого самоврядування на основі окремої частини комунальної власності і підпорядковується його управлінню; приватні заклади охорони здоров'я; Виходячи з майна фізичної особи встановлюється за рішенням власника майна.

3. На підставі вивчення процесу організації підприємницької діяльності у галузі охорони здоров'я було встановлено, що особи можуть займатися підприємницькою діяльністю у сфері охорони здоров'я, ті, хто отримав відповідну спеціальну освіту та відповідає однакова кваліфікація: Свідоцтво про медичну освіту; Сертифікат (Сертифікат) про подальшу кваліфікацію за останні 5 років; Свідоцтво про присвоєння звання медичного спеціаліста; Атестація та думка експертів Української асоціації народної медицини. Певна діяльність підприємств вимагає не лише затвердження Антимонопольного комітету, але і спеціального дозволу (ліцензії). Усі підприємства та заклади охорони здоров'я підлягають ліцензуванню і є практично окремими підприємствами.

4. Аналіз медичного бізнесу в Україні показав, що зведений бюджет медичного сектору щорічно збільшується з 7,5 млрд. грн. у 2010 р. до 49,0 млрд. грн. у 2019 р. Однак темпи зростання бюджету охорони здоров'я та витрат населення на платні послуги охорони здоров'я дещо різняться. Так, у 2010 році на кожні 10 гривень, витрачених на охорону здоров'я, держава витрачала 58 гривень, а у 2015 році ця цифра зросла до 72 гривень. У наступні роки відбулося скорочення видатків держави на охорону здоров'я у порівнянні з видатками населення на охорону здоров'я до 61 гривні за кожні 10 гривень витрат населення. Дані державної статистичної звітності та їх розвиток протягом 10 років переконливо показують, що в Україні спостерігається стійке і неминуче збільшення обсягів виробництва різними (державними та комунальними, відомчими та приватними) органами охорони здоров'я. організації, які оплачують їхні послуги, та збільшенням реального споживання населенням платних медичних послуг за рахунок видатків із сімейного бюджету та збільшенням зарплати.

5. Оцінка процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні показала, що українська держава посідає останнє місце за кількістю грошей, які держава витрачає з бюджету на одного пацієнта на рік - 149 доларів. Наприклад, у Німеччині в чотири рази менше лікарень, ніж в Україні, а вартість на пацієнта в 20 разів вища. Кількість ліжок у лікарнях країни вдвічі перевищує європейський стандарт. Завдяки застарілим технологіям лікування в лікарні в нашій країні на 50% довше, ніж у країнах ЄС. Тому трансформація фінансування вітчизняної медицини в ринкову економіку необхідна, щоб зробити систему охорони здоров'я ефективною, а медичні послуги якісними.

6. В рамках дослідження було розроблено алгоритм реорганізації (трансформації) закладу охорони здоров'я з бюджетної установи в комунальне: рішення відповідної ради територіальної громади припинити діяльність закладу охорони здоров'я шляхом реорганізації з бюджетна установа на комунальне підприємство, яке повинно містити, серед іншого, таку інформацію: Порядок та умови здійснення припинення шляхом конверсії; передача повноважень щодо

нагляду за виконанням рішення виконавчому комітету відповідної ради або іншому уповноваженому органу; оптимізація персоналу та чисельності працівників закладу охорони здоров'я; Порядок оплати; можливість для закладу охорони здоров'я самостійно вирішувати, які кошти будуть витрачатися, тобто економічну та адміністративну свободу. Інвестиції в таких умовах є більш здійсненими, ніж це було раніше.

7. Таким чином, магістерське дослідження дало рекомендації щодо вдосконалення підприємств охорони здоров'я: приватне медичне обслуговування не може повністю замінити державні форми охорони здоров'я, воно однаково доповнює їх у національній системі охорони здоров'я; Приватну медичну діяльність здійснюють приватні медичні (фармацевтичні) установи та організації, а також медичні працівники (приватна практика) як індивідуальні підприємці; Основою приватної діяльності є приватна власність або оренда основних фондів; має бути обґрунтований перелік стратегічних закладів охорони здоров'я на державному та територіальному рівнях; які забезпечували б соціальні гарантії в медицині, їх передачу приватному сектору, а також орендні відносини з суб'єктами в цій галузі повинні бути заборонені законом; створення та регулювання медичної діяльності повинні базуватися на ліцензіях, сертифікатах, статутах, договорах та різних формах контролю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонюк С., Радиш Я. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України (на прикладі надання населенню стоматологічної допомоги) // Вісник НАДУ, 2015. № 2. С. 147–152.
2. Бахтеєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до «кращих» часів / Т. Бахтеєва // Ваше здоров'я. – 2019. – 29 трав. – С. 3 – 4.
3. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі. 2014. К.: Вид-во: ТОВ «НВП «Інтерсервіс». 2014. 52 с.
4. Волкова А.С., Анакшин В.В., Камчатный Г.И. Организационно-правовые основы частной стоматологической деятельности. Х.: Курсор, 2013. 400 с.
5. Голяченко А. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Голяченко А. – К., 2018. – 36 с.
6. Гончарова В. Г. Роль держави у розвитку малого та середнього підприємництва. / В.. Гончарова // Науковий вісник АМУ: збірник наукових праць. Серія «управління». 2019. Вип. 3. – С. 313–319.
7. Господарський кодекс України: чинне законодавство із змінами і доповненнями на 2 вересня. – К. : Алерта ; ЦУЛ, 2019. – 160 с.
8. Дишловий І. Фактор здоров'я людей у відтворенні людського капіталу України / І. Дишловий // Економіка України. 2016. – № 2. С. 83–89.
9. Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін.; за ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця: нова книга, 2018. 288 с.
10. Заглада О.О., Кризина Н.П. Переваги та недоліки запровадження системи фінансування за методом глобального бюджету у закладах охорони здоров'я України / О.О. Заглада, Н.П. Кризина // Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 108–112.

11. Іртищева І.О., Рябець Д.М. Забезпечення доступності медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення. Економічний аналіз. 2020. Том 30. № 1. Частина 2. С. 60-65. (0,75 д.а.). (Index Copernicus).

12. Іртищева І.О., Рябець Д.М., Трушлякова А.Б. Демографічна ситуація України в системі виміру людського капіталу та охорони здоров'я. Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка менеджмент». 2019. Вип.4 (81). С. 138-145. (Index Copernicus)

13. Іртищева І.О., Сергійчук С.І., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету імені Дмитра Моторного (економічні науки)». 2020. № 1. С. 76-83. (0,63 д.а.). (Index Copernicus).

14. Кнейслер О.В., Шупа Л.З. Вектор розвитку медичного страхування у контексті сучасної медичної реформи в Україні. URL: <http://sf.tneu.edu.ua/index.php/sf/article/view/1077/1082>.

15. Князевич В. М. Медична галузь потребує системних змін / В. М. Князевич // 36. наук. пр. співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2018. – С. 5 – 7.

16. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2018. – № 3 (3). – С. 23 – 37.

17. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я / В. М. Пономаренко, А. М. Нагарна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний// Укр. мед. вісті. – 2017. – № 1 (56). – С. 28 – 29.

18. Кравченко В.В. Наукове обґрунтування організаційних основ функціонування моделі приватної практики в стоматології в період переходу до ринкових відносин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03.К.:, 2007.23 с.

19. Лехан В. М., Лакіза-Сачук Н. М., Войцехівський В. М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2017. – 174 с.

20. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко.К. : Четверта хвиля, 2019. 353с.
21. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // Теорія та практика державного управління. – 2015. – Вип. 2 (49). – С. 198-206.
22. Літвак А.І. Аналіз ринку медичних послуг в Україні. / А. І. Літвак // Охорона здоров'я в регіонах: влада і громада. Збірка матеріалів по дослідженню політики охорони здоров'я в Україні. Одеса. 2015. – С. 50–69.
23. Лободіна З. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я / З. Лободіна // Фінанси України. 2020. – № 4. С. 88–97.
24. Міщенко Д., Фінансування охорони здоров'я в Україні: проблеми та напрями їх вирішення. Економічний простір. 2016. №106. С. 168-177.
25. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ; зі змін. і доп. від 09.04.2015№ 28 . ст.237. Режим доступу:<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
26. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. / за редакцією В. М. Князевича. – К.: Видавництво Київ. 2017. – 437 с.
27. Панов Б. В., Свірський О. О., Дзигал О. Ф. Ковалевська Л. А., Конкін С. І., Кирилюк М. Л., Балабан С. В., Беляков О. В. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 4. – С. 85–89.
28. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В.Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. К.: Здоров'я, 2013. 396 с.
29. Парсяк В. Н. Наукове дослідження магістранта : у 6 ч. Ч. 1. Методика проведення, формалізації і публічного захисту результатів : навч. посіб. / В. Н. Парсяк, Н. Є. Терьошкіна, І. А. Воробйова ; за ред. проф. В. Н. Парсяка. – Миколаїв : НУК, 2013. – 202 с.

30. Про стан та перспективи розвитку підприємництва в Україні: Національна доповідь / К. О. Ващенко, З. С. Варналій, В. Є. Воротін, В. М. Геєць, Е. М., Кужель О. В., Лібанова та ін. – К., Держкомпідприємство, 2016. – 226 с.

31. Реформа системи охорони здоров'я. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemiohoroni-zdorovya>.

32. Соціально-економічний стан України: наслідки для народу та держави: національна доповідь. / за заг. ред. В. М. Гейця [та інш.] К.: НВЦ НБУВ, 2017. – 687 с.

33. Статистичний щорічник Україна за 2017 рік. / За ред. О. Г. Осауленка. – К. : Держпідприємство «Інформаційно-аналітичне агентство», 2018. – 567 с.

34. Статистичний щорічник Україна за 2018 рік. / За ред. О. Г. Осауленка. – К. : Держпідприємство «Інформаційно-аналітичне агентство», 2019. – 560 с.

35. Статистичний щорічник Україна за 2019 рік. / За ред. О. Г. Осауленка. – К. : Держпідприємство «Інформаційно-аналітичне агентство», 2012. – 562 с.

36. Статистичний щорічник Україна за 2015 рік / За ред. О. Г. Осауленка. – К. : Консультант, 2016. – 575 с.

37. Україна у цифрах 2019: Статистичний збірник. Державна служба статистики. / За ред. О. Г. Осауленка. – Київ. 2012. – 251 с.

38. Фірсова О.Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України / О.Д. Фірсова // Економіка та держава. 2017. № 1. С. 100–104.

39. Шнипко О. Сутність підприємницької діяльності та основні умови її розвитку в Україні / О. Шнипко // Економіка, 2009. – № 6. – С. 3–6.

40. Шутов М.М. Організаційно-економічний механізм розвитку системи охорони здоров'я у регіоні: Автореф. ...дис. д.е.н.: Інститут економіко-правових досліджень НАН України. Донецьк, 2014. 31 с.