

За інформаційної підтримки Міністерства охорони здоров'я України

# ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

№ 1 | січень, 2012

ВСЕ ДЛЯ ЕФЕКТИВНОЇ РОБОТИ  
ГОЛОВНОГО ЛІКАРЯ ТА ЙОГО ЗАСТУПНИКІВ

Порядок ознайомлення  
пацієнта з відомостями  
про стан здоров'я

Інструкція з охорони  
праці для лікаря

Облікова політика  
медичного закладу

Деякі аспекти знезараження  
ендоскопічної апаратури

Фандрейзинг  
для лікарні

ВИДАВНИЦТВО  
**АПРЕСС**  
альянс

[www.med-info.net.ua](http://www.med-info.net.ua)

З Новим роком та Різдвом Христовим!

Журнал  
**«ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ  
МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ»**  
Щомісячне спеціалізоване  
видання

Свідоцтво про реєстрацію  
КВ № 16599-5071 Р  
від 30.04.2010,  
видане Міністерством  
юстиції України

**№ 1 | Січень | 2012**  
Виходить з січня 2011 року  
Засновник та видавець  
ТОВ «Пресс Альянс»

**Директор**  
Вікторія Заєць

**Головний редактор**  
Алла Кізім  
kizim@p-a.com.ua

**Заступник головного  
редактора**  
Олена Терещенко

**Коректор**  
Ксенія Колінько

**Дизайн, верстка**  
Дмитро Безкровний

**Відділ реклами**  
Ольга Ваніна  
тел./факс (044) 583 04 22  
ra@p-a.com.ua  
Наталія Сокол-Черніловська  
sokol@p-a.com.ua

**Відділ передплати та збуту**  
Тетяна Мішньова  
тел./факс (044) 583 04 22  
mail@p-a.com.ua

**Адреса редакції**  
вул. М. Раскової, 11, корпус А,  
оф. 611, м. Київ, 02660  
тел./факс (044) 583 04 22

**Друк**  
ТОВ «Видавничий Будинок  
«АВАНПОСТ-ПРИМ»,  
вул. Сурікова, 3, корпус 3,  
м. Київ, 03035

Наклад 9000 примірників  
Журнал розповсюджується  
лише за передплатою,  
яку можна оформити  
в редакції, на пошти  
та в передплатних агенціях

**ТОВ «Пресс Альянс», 2012**

Передплатний індекс у каталозі  
ДП Преса:  
щомісячна — індекс **49595**;  
пільгова передплата — **89090**;  
журнал «Практика управління  
медичним закладом».  
Спецвипуск — індекс **89082**;  
комплект «Практика управління  
медичним закладом» +  
Спецвипуск — індекс **89089**

Редакція не несе відповідальності за збитки, які можуть бути нанесені в результаті використання, невикористання чи неналежного використання інформації, що міститься у цьому виданні. Редакція не завжди поділяє думку автора. Матеріали друкуються мовою оригіналу. Рукописи не рецензуються і не повертаються. Відтворення матеріалів видання можливе лише за наявності письмового дозволу редакції. Матеріали, позначені знаком ©, публікуються на правах реклами. Редакція не несе відповідальності за зміст рекламних блоків.

# ПРАКТИКА УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

Все для ефективної роботи головного лікаря та його заступників

№ 1, січень 2012



## ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Новий рік! Нові надії, сподівання, мрії... Сподівання на те, що зміни торкнуться не лише пілотних регіонів, а й усієї галузі в цілому. Що реформи будуть корисними як для пацієнтів, так і для медичних працівників, і що нарешті наша багатостраждальна галузь успішно подолає величезну прірву, яка відділяє нас від рівня розвитку охорони здоров'я європейських сусідів.

Усі ми, звичайно ж, розуміємо реальні масштаби поставлених перед галуззю завдань, уявляємо, скільки часу необхідно для здійснення таких змін. Однак у дні новорічних свят мріють і вірять у диво не лише діти.

Від усього серця бажаємо вам здоров'я, успіхів, наснаги, терпіння! І нехай найнеймовірніші ваші бажання і мрії здійсняться у новому році!

Одна з моїх мрій уже здійснилась. У цьому році загальна кількість передплатників зростає. Це приємна новина і справжня нагорода для всієї редакції. Тож у нашого видання будуть нові читачі, які, я впевнена, гідно оцінять його професійний рівень і невдовзі стануть нашими вірними друзями.

Для тих, хто бачить журнал уперше, із задоволенням повідомляю про можливість оформити ретропередплату безпосередньо у редакції.

До нових зустрічей на сторінках журналу!

З повагою  
головний редактор

 Алла Кізім

- Бойко В. Я.** — начальник управління охорони здоров'я Рівненської обласної держадміністрації
- Бугро В. І.** — Заслужений працівник охорони здоров'я України, канд. мед. наук, доцент кафедри управління охороною здоров'я, заступник декана медико-профілактичного і фармацевтичного факультету НМАПО ім. П. Л. Шупика
- Гавриленко Л. І.** — головний спеціаліст із соціальних питань Центрального комітету профспілки працівників охорони здоров'я України
- Гревцова Р. Ю.** — канд. юрид. наук, директор Інституту медичного і фармацевтичного права та біоетики Академії адвокатури України, президент ВГО «Українська медико-правова асоціація», член Ради президентів Всесвітньої Асоціації медичного права, адвокат, керуючий партнер Консалтингової компанії «Yurkraft Medical»
- Кізім А. В.** — головний редактор журналу, МВА
- Ледошук Б. О.** — доктор мед. наук, професор, голова Асоціації спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я м. Києва і Київської області
- Лисак В. П.** — начальник головного управління охорони здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації
- Лихотоп Р. Й.** — начальник управління стратегічного планування та аналітичного забезпечення МОЗ України
- Любінець О. В.** — канд. мед. наук, доцент, завідувач кафедри організації та управління охорони здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького.
- Макєєв С. А.** — заступник головного лікаря Полтавської обласної СЕС
- Назаренко О. М.** — перший заступник начальника територіального управління Держгірпромнагляду по Київській області та м. Києву
- Осташко В. Г.** — головний лікар Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини МОЗ України
- Ромаскевич Ю. О.** — канд. мед. наук, доцент, головний лікар Херсонського обласного центру здоров'я та спортивної медицини
- Свиридова В. В.** — канд. мед. наук, заступник головного лікаря Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання
- Слабкий Г. О.** — доктор мед. наук, професор, директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
- Хобзей М. К.** — доктор мед. наук, директор департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України
- Шатило В. Й.** — доктор мед. наук, доцент, ректор Житомирського інституту медсестринства

- Владзимирський А. В.** — доктор мед. наук, завідувач відділу інформатики і телемедицини Донецького НДІ травматології і ортопедії
- Гінзбург В. Г.** — начальник головного управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної держадміністрації
- Децик О. З.** — доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету
- Євтушенко В. В.** — головний лікар Бориспільської Центральної районної лікарні
- Коваленко О. С.** — доктор мед. наук, професор, завідувач відділу міжнародного науково-навчального центру інформаційних технологій і систем НАН України
- Підгорна Л. М.** — начальник управління економіки медичного страхування та соціальних програм МОЗ України

---

06 **ВІТАЄМО ПЕРЕМОЖЦІВ**

07 **Моніторинг законодавства**

---

ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ

---

12 **Порядок ознайомлення пацієнта з відомостями про стан здоров'я**

*Тимур Бондарєв,  
Оксана Маців*

Який порядок повідомлення інформації про стан здоров'я пацієнта з огляду на недопущення порушення його прав і водночас збереження лікарської таємниці? На жаль, чинне законодавство України не містить окремого законодавчого акта, який би регулював права пацієнта, натомість це питання регулюється низкою нормативно-правових актів. Отже, звернімося до чинного законодавства

19 **Повноваження податкової міліції при перевірці медичних закладів**

*Тимур Алієв*

Навряд чи знайдеться хоча б один платник податків, який не знає про існування податкової міліції. Та чи всі уявляють собі обсяг повноважень, наданий цьому контролюючому органу? Як свідчить практика, багато керівників думають, що податковій міліції надані необмежені права. І будь-коли її можна чекати з візитом у медичному закладі. Чи так це насправді?

28 **Соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ**

*Наталія Голева*

Чітко визначене законодавством право осіб на тестування щодо виявлення ВІЛ-інфекції, повідомлення про результати тестування та післятестового консультивання ВІЛ-інфікованих, їх реєстрація та облік з метою надання медичної допомоги потребують ретельної уваги працівників лікувально-профілактичних установ. Адже порушення законодавства у сфері запобігання поширенню ВІЛ-інфекції тягне за собою дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність

---

БУХГАЛТЕРСЬКИЙ ОБЛІК ТА ОПОДАТКУВАННЯ

---

36 **Облікова політика медичного закладу**

*Вікторія Гончарова*

У Законі України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» існує таке поняття, як облікова політика підприємства. Визначати свою облікову політику повинні усі суб'єкти господарювання, у тому числі й заклади охорони здоров'я, причому незалежно від джерел фінансування. Розглянемо, які вимоги встановлено законодавством до облікової політики медичних закладів, її складових, чи можна з часом змінювати обрану облікову політику та як відобразити це у звітності. Також наведемо зразок оформлення наказу про облікову політику медичного закладу

48 **Податок на додану вартість у медицині**

*Людмила Бабенко*

Податок на додану вартість (ПДВ) — це непрямий податок, який додається до вартості товарів, робіт, послуг, здорожуючи їх на 20 відсотків, та сплачується кінцевим споживачем. Утім, більшість послуг з охорони здоров'я, а також постачання лікарських засобів та виробів медичного призначення з метою здешевлення звільняються від ПДВ. Однак для цього слід дотриматися певних вимог. Розглянемо докладніше особливості застосування ПДВ у медицині

---

**САНЕПІДРЕЖИМ**

---

**55****Деякі аспекти знезараження  
ендоскопічної апаратури***Валентина Малюга*

Останнім часом значно збільшилась кількість методик, що потребують застосування ендоскопічного обладнання як для діагностики, так і для лікування. Отже, надзвичайно актуальною є проблема запобігання інфікуванню пацієнтів патогенними агентами під час проведення процедури ендоскопії. Під час ендоскопічної процедури ендоскоп контактує зі слизовими оболонками пацієнта, деякими ж приладами виконуються стерильні маніпуляції. Тому при неправильній обробці ендоскоп може стати фактором передачі патогенних мікроорганізмів

---

**БУХГАЛТЕРСЬКИЙ ОБЛІК ТА ОПОДАТКУВАННЯ**

---

**64****Спрощена система оподаткування — 2012***В'ячеслав Кондратюк*

З 1 січня 2012 року набирають чинності зміни, внесені до розділу XIV Податкового кодексу України, які визначають новий порядок функціонування спрощеної системи оподаткування, обліку та звітності. Зміни внесено Законом України «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України щодо спрощеної системи оподаткування, обліку та звітності» від 4 листопада 2011 р. № 4014-VI. Пропонуємо до вашої уваги короткий аналіз нововведень

---

**ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я СЬОГОДНІ**

---

**69****Фандрейзинг для лікарні***Сергій Сошинський,  
Олена Герус*

Благодійність — це легко, коли є добрі наміри, велике бажання, щирість, прозорість і відкритість, а також готовність до дії. Можна зробити дуже багато добрих справ, але тільки у відповідальному партнерстві. Відповідальне партнерство передбачає рівноцінну участь сторін у досягненні спільних цілей. Ані лікарня, ані жоден інший бенефіціар не повинні розглядати благодійний фонд як джерело вільних легких ресурсів. Благодійний фонд — це інструмент залучення та перерозподілу благодійних коштів для тих, хто має в них потребу

---

**ОХОРОНА ПРАЦІ**

---

**74****Інструкція з охорони праці для лікаря***Тетяна Бровченко*

Інструкції з охорони праці мають бути розроблені в усіх медичних закладах незалежно від форми власності. Минулого року ми почали друкувати інструкції з охорони праці для медичних закладів. На численні прохання читачів з нового року продовжуємо рубрику «Охорона праці»

---

**КОНСУЛЬТАЦІЯ СПЕЦІАЛІСТА**

---

**78****Оплата курсів підвищення кваліфікації***Тамара Будник*

Яким чином медичним працівникам оплачуються курси підвищення кваліфікації, і чи зберігається заробітна плата під час перебування на курсах? У яких випадках виплачується грошова допомога?

## ВІДПОВІДАЄМО НА ЗАПИТАННЯ

- 80** На запитання читачів відповідає **Лідія Гавриленко**, головний спеціаліст із соціальних питань Центрального комітету профспілки працівників охорони здоров'я України
- Робота молодого спеціаліста за направленням
  - Норми навантаження для лікарів санаторію
  - Чергування лікарів понад місячну норму відпрацьованого часу
- 84** На запитання читачів відповідає **Тамара Будник**, консультант з питань тривалих відносин в охороні здоров'я
- Оплата праці заступника головного лікаря з медсестринства
  - Гарантії прав для молодого спеціаліста
  - Атестація бухгалтерів в установах охорони здоров'я
  - Навантаження лікарів загальної практики — сімейної медицини в амбулаторії
  - Медичні працівники у закладах охорони здоров'я
- 91** На запитання читачів відповідає **Ольга Чернетенко**, консультант з питань умов праці
- Право на додаткову відпустку завідувача медпункту та лікаря-терапевта шахти
  - Атестація робочих місць працівників геріатричного пансіонату
- 95** На запитання читачів відповідає **Олена Беденко-Зваридчук**, директор юридичної компанії «МедАдвокат», керівник проекту «Медико-правовий портал «103-law.org.ua», Голова комітету з медичного права Асоціації правників України
- Робота лікарів швидкої допомоги у приймальному відділенні лікарні
  - Обязанности врача соблюдать инструкции к медицинскому препарату
  - Відмова в прийнятті документів на атестацію
  - Посадові особи лікувальних закладів і антикорупційне законодавство

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕРЕЖІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я І СТВОРЕННЯ ЛІКАРЕНЬ  
ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

- 104** Примірне положення про терапевтичне відділення лікарні інтенсивного лікування
- Геннадій Слабкий* Примірне положення про відділення хірургії лікарні інтенсивного лікування

## НОРМАТИВНІ АКТИ

- 109** Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги» від 2 листопада 2011 р. № 743

# Вітаємо переможців тестування дистанційної школи «Сучасне управління медичним закладом»!

Дистанційна школа управлінця «Сучасне управління медичним закладом» закінчила свою роботу. Ми щиро дякуємо вам за активну участь у роботі заочної школи. До редакції надіслано велику кількість анкет. Ми визначили переможців — це читачі, які відповіли на запитання всіх анкет і не припустилися жодної помилки:

**Білогривенко Сергій Гориславович,**  
заступник головного лікаря з медчастини  
КМКЛШМД

**Гайворонська Наталія Федорівна,**  
заступник головного лікаря з оргметодроботи КМКЛШМД

**Суббота Олена Євгеніївна,**  
заступник головного лікаря з питань непрацевдатності  
КЛ залізничного транспорту Придніпровської залізниці,  
м. Сімферополь

**Юрчук Маргарита Миколаївна,**  
головний лікар КУ «Миколаївська міська поліклініка № 5»

Хочемо відзначити і **Солодовник Мирославу Степанівну**, заступника головного лікаря з питань експертизи тимчасової непрацевдатності Білоцерківської міської лікарні № 1. Вона брала участь в анкетуванні лише з питань тимчасової втрати працевдатності і також на всі запитання відповіла правильно.

**Щиро вітаємо вас, шановні колеги!**  
*Усі переможці отримують сертифікати та подарунки від редакції*



# Моніторинг законодавства

Підготувала

**Наталія Голева**

заступник начальника управління — начальник відділу з питань соціального захисту Департаменту конституційного, адміністративного та соціального законодавства Міністерства юстиції України

**Законом України від 17 листопада 2011 р. № 4056-VI** внесено зміни до статті 17 Закону України «Про лікарські засоби» та передбачено, що незареєстровані лікарські засоби можуть ввозитись на митну територію України, зокрема, для проведення фармацевтичної розробки лікарських засобів.

**Постановою Кабінету Міністрів України від 14 листопада 2011 р. № 1165** внесено зміни до Порядку державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 26 травня 2005 р. № 376 (*далі* — Зміни) та доручено Міністерству охорони здоров'я:

- вжити заходів щодо приведення до 1 липня 2012 р. власниками реєстраційних посвідчень на лікарські засоби, які зареєстрували (перереєстрували) лікарські засоби до набрання чинності цією постановою, реєстраційних матеріалів у відповідність з цією постановою;
- у тримісячний строк привести власні нормативно-правові акти у відповідність з цією постановою.

**Постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2011 р. № 1262** внесено зміну до переліку робіт і послуг у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, які виконуються і надаються за плату, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15 жовтня 2002 р. № 1544, виключивши пункти 7 і 12.

Цими пунктами було передбачено, що проведення робіт з акредитації та атестації підприємств, установ, організацій на право здійснення токсиколого-гігієнічних, медико-біологічних, санітарно-гігієнічних, санітарно-хімічних та інших досліджень; підготовка та видача дозволів, висновків, гігієнічних сертифікатів у випадках, передбачених статтями 12, 16, 17, 23 і 25 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та статтею 22 Закону України «Про безпечність та якість харчових продуктів» входили до Переліку робіт і послуг у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, які виконуються і надаються за плату.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11 листопада 2011 р. № 781** затверджено План заходів щодо реформування системи надання адміністративних послуг, що надаються Міністерством охорони здоров'я України, Державною санітарно-епідеміологічною службою України (*далі* — Держсанепідслужба України), Державною службою України з лікарських засобів (*далі* — Держлікслужба України), Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (*далі* — Держслужба України соцзахворювань), юридичними особами, що належать до сфери управління МОЗ України (*далі* — План), та доручено:



1. Керівникам структурних підрозділів Міністерства охорони здоров'я України та Голові Держсанепідслужби України, Голові Держлікслужби України, Голові Держслужби України соцзахворювань:

1) вжити вичерпних заходів щодо виконання завдань, передбачених цим Планом;

2) надавати інформацію на електронних та паперових носіях до Департаменту правового забезпечення та міжнародної діяльності згідно з термінами, зазначеними у Плані.

2. Посадовим особам, що визначені відповідальними виконавцями Плану, неухильно дотримуватись строків виконання Плану.

3. Начальнику адміністративно-господарського Управління Вакуленко Л. Л. довести цей наказ до відома посадових осіб, визначених відповідальними виконавцями Плану.

4. Директору Департаменту нормативно-правового забезпечення Коблошу В. В. про виконання Плану, затвердженого цим наказом, поінформувати до 25 січня 2012 року Міністерство економічного розвитку і торгівлі.

Планом, передбачено, зокрема, такі заходи:

- затвердити переліки адміністративних послуг, які безоплатно надаються МОЗ України, іншими центральними органами виконавчої влади, юридичними особами, що належать до сфери управління МОЗ України, із зазначенням нормативно-правових актів, якими передбачено надання таких послуг, затверджені їх стандарти та порядок надання;
- забезпечити затвердження стандартів адміністративних послуг;
- забезпечити розміщення на власних сайтах інформації про перелік адміністративних послуг, що надаються МОЗ України, іншими центральними органами виконавчої влади, юридичними особами, які належать до сфери управління МОЗ України, і порядок їх надання, а також електронних форм заяв та інших документів, які подаються для одержання адміністративних послуг.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 листопада 2011 р. № 783** затверджено Примірний табель оснащення перинатального центру III рівня у складі закладу охорони здоров'я та Примірний табель оснащення перинатального центру III рівня зі стаціонаром і доручено:

1. Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення (Осташко С. І.) забезпечити доведення Примірних табелів оснащення перинатальних центрів III рівня до відома Міністерства охорони здоров'я АР Крим, управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

2. Міністру охорони здоров'я АР Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, керівникам лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ України, забезпечити впровадження в закладах охорони здоров'я Примірних табелів оснащення перинатальних центрів III рівня.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 листопада 2011 р. № 794** затверджено Розподіл автоматичних аналізаторів закритого типу для хемілюмінесцентного імуноаналізу для визначення концентрації імуносупресорів у крові, закуплених у 2011 році за кошти державного бюджету за бюджетною програмою КПКВК 2301310 «Централізовані заходи з трансплантації органів та тканин».

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 листопада 2011 р. № 796** скасовано наказ МОЗ України від 13 жовтня 2011 р. № 665 «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги» як такий, що підлягав державній реєстрації, але не був поданий на державну реєстрацію.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 листопада 2011 р. № 803** з метою опрацювання питань реформування онкологічної служби України, а також підготовки проекту Плану дій щодо розвитку онкологічної допомоги в Україні на 2012–2013 роки затверджено склад робочої групи з питань реформування онкологічної служби України.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 листопада 2011 р. № 804** внесено зміни до Розподілу лікарських засобів для лікування хворих на розсіяний склероз, закуплених за кошти Державного бюджету України у 2011 році за бюджетною програмою КПКВ 2301400 «Забезпечення

медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру», в частині централізованої закупівлі медикаментів для лікування хворих на розсіяний склероз, затвердженого наказом МОЗ України від 17 жовтня 2011 р. № 670, а саме — його викладено в новій редакції.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 листопада 2011 р. № 808** доручено:

1. Головним позаштатним спеціалістам МОЗ України:

1) взяти під особистий контроль виконання рішення розширеної апаратної наради МОЗ України за участю НАМН України «Про розробку медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів на засадах доказової медицини» від 13 вересня 2011 р. та забезпечити пріоритетність розробки сучасних медико-технологічних документів відповідно до Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини, затвердженої наказами МОЗ України та НАМН України від 19 лютого 2009 р. № 102/18 та від 3 листопада 2009 р. № 798/75;

2) до 1 грудня 2011 р. надати до Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України, управління контролю якості медичних послуг МОЗ України та Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення на затвердження плани з розробки медико-технологічних документів за профілем діяльності з конкретним зазначенням етапів відповідно до тем, що визначаються МОЗ України згідно з примірним планом опрацювання медико-технологічних документів, та щоквартально до 5 числа наступного місяця надавати інформацію про хід виконання затвердженого плану з розробки медико-технологічних документів до Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України.

2. Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України (Хобзей М. К.), Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення (Осташко С. І.) забезпечити:

1) контроль за виконанням головними позаштатними спеціалістами МОЗ України планів з розробки медико-технологічних документів;

2) підготовку розроблених медико-технологічних документів до затвердження в установленому порядку.

3. Департаменту лікувально-профілактичної допомоги МОЗ України (Хобзей М. К.), Департаменту охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення (Осташко С. І.), управлінню контролю якості медичних послуг МОЗ України (Худошина О. В.) забезпечити впровадження затверджених медико-технологічних документів у практику охорони здоров'я з урахуванням Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини, затвердженої наказами МОЗ України та НАМН України від 19 лютого 2009 р. № 102/18 та від 3 листопада 2009 р. № 798/75.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 листопада 2011 р. № 818** затверджено зміни до Розподілу антиретровірусних препаратів для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД та профілактики ВІЛ-інфікування для закладів охорони здоров'я на 2010 рік, затвердженого наказом МОЗ України від 18 листопада 2010 р. № 1008 (зі змінами).

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 листопада 2011 р. № 819** затверджено зміни до Розподілу антиретровірусних препаратів для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД та профілактики ВІЛ-інфікування для закладів охорони здоров'я на 2009 рік, затвердженого наказом МОЗ України від 27 серпня 2009 р. № 640 (зі змінами), та доручено:

1. Начальникам Головного управління охорони здоров'я Київської, Управління охорони здоров'я Волинської обласних державних адміністрацій забезпечити передачу препаратів відповідно до внесених змін.

2. Начальникам Головного управління охорони здоров'я Львівської, управлінь охорони здоров'я Черкаської, Хмельницької обласних державних адміністрацій забезпечити отримання препаратів відповідно до внесених змін.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 листопада 2011 р. № 820** затверджено зміни до Розподілу антиретровірусних препаратів для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД

та профілактики ВІЛ-інфікування для закладів охорони здоров'я на 2010 рік, затвердженого наказом МОЗ України від 24 січня 2011 р. № 30, та доручено:

1. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам головних управлінь охорони здоров'я Донецької, Черкаської, Полтавської обласних, Київської міської державних адміністрацій забезпечити передачу препаратів відповідно до внесених змін.

2. Начальникам управлінь охорони здоров'я Запорізької, Одеської, Хмельницької, Чернігівської, Головного управління охорони здоров'я Київської міської державних адміністрацій забезпечити отримання препаратів відповідно до внесених змін.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 листопада 2011 р. № 825** зареєстровано оптово-відпускні ціни на вироби медичного призначення станом на 25 листопада 2011 р. та доручено:

1. Управлінню розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я:

1) внести відомості про зареєстровані оптово-відпускні ціни на вироби медичного призначення до реєстру оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення;

2) подати реєстр оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення до Департаменту з реформ та розвитку галузі охорони здоров'я для розміщення на офіційному сайті МОЗ України.

2. Департаменту з реформ та розвитку галузі охорони здоров'я розмістити реєстр оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення на сайті МОЗ України.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 листопада 2011 р. № 826** запроваджено з 1 грудня 2011 року надання Міністерством охорони здоров'я України адміністративних послуг за принципом «Єдиного вікна» та доручено:

1. Здійснювати прийом документів від юридичних та фізичних осіб, які подаються з метою надання Міністерством охорони здоров'я України адміністративних послуг, за адресою: м. Київ, вул. Ушинського, 40.

2. Заступнику директора Департаменту — начальнику Управління контролю якості медичних послуг Департаменту контролю якості медичних послуг, регуляторної політики та санітарно-епідемічного благополуччя Художиній О. В. та Генеральному директору ДП «Державний експертний центр МОЗ України» Бліхарю В. Є. забезпечити належну організацію роботи з прийому та видачі документів юридичним та фізичним особам, що стосуються надання Міністерством охорони здоров'я України адміністративних послуг за принципом «Єдиного вікна».

3. Директору Департаменту з реформ та розвитку галузі охорони здоров'я Підгорній Л. М. забезпечити оприлюднення на сайті МОЗ України інформації про надання адміністративних послуг Міністерством охорони здоров'я України за принципом «Єдиного вікна».

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 30 листопада 2011 р. № 831** скасовано наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2011 р. № 443 «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу» як такий, що підлягав державній реєстрації, та не був зареєстрований у Міністерстві юстиції України.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 1 грудня 2011 р. № 832**, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 7 грудня 2011 р. за № 1418/20156, затверджено зміни до Правил виготовлення лікарських засобів в умовах аптеки, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 грудня 2004 р. № 626, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 20 грудня 2004 р. за № 1606/10205 (зі змінами) (далі — Правила).

Змінами до Правил передбачено, зокрема:

• введення нових термінів, таких як:

— радіоактивні лікарські засоби — лікарські засоби, які застосовуються в медичній практиці завдяки їх властивості до іонізуючого випромінювання;

— радіофармацевтичний лікарський засіб — будь-який лікарський засіб, який у готовому для застосування стані містить один або більше радіонуклідів (радіоактивних ізотопів), уведених до нього з медичною метою;

- джерело радіонуклідів — будь-яка система, що містить фіксований первинний радіонуклід, з якого утворюються вторинні радіонукліди, які витягуються шляхом елюювання або в інший спосіб та використовуються у радіофармацевтичному лікарському засобі;
  - радіонуклідний набір — будь-який лікарський засіб, який повинен бути поєднаний або змішаний з радіонуклідами в готовому радіофармацевтичному лікарському засобі, як правило, перед його застосуванням;
  - прекурсор радіонукліда — будь-який інший радіонуклід, призначений для введення радіоактивної мітки до іншої речовини перед її застосуванням;
  - введення положення стосовно того, що виготовлення радіофармацевтичних лікарських засобів, враховуючи їх короткий термін придатності, може здійснюватись в аптеках при лікувально-профілактичних закладах для власного використання; виробничі приміщення, у яких виготовляються радіофармацевтичні лікарські засоби для використання в лікувально-профілактичному закладі, повинні виключати перехрещення технологічних потоків;
  - доповнення новою главою «8. Вимоги до виготовлення та забезпечення якості радіофармацевтичних лікарських засобів, що виготовляються в аптеці».
- Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2 грудня 2011 р. № 834** затверджено Розподіл лікарського засобу «Метотрексат» по 5000 мг для лікування дітей, хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання, що закуплений за кошти Державного бюджету України на 2011 рік за бюджетною програмою КПКВК 2301370 «Забезпечення медичних заходів по боротьбі з туберкульозом, профілактики та лікування СНІДу, лікування онкологічних хворих», до регіонів.

**Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 5 грудня 2011 р. № 866** у зв'язку із затвердженням наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 грудня 2010 р. № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 14 березня 2011 р. за № 319/19057, визнано таким, що втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2002 р. № 71 «Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції».

## ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ



**Тімур Бондарєв**

керуючий партнер  
адвокатського  
об'єднання Arzinger



**Оксана Маців**

юрист  
адвокатського  
об'єднання Arzinger

Який порядок повідомлення інформації про стан здоров'я пацієнта з огляду на недопущення порушення його прав і водночас збереження лікарської таємниці? На жаль, чинне законодавство України не містить окремого законодавчого акта, який би регулював права пацієнта, натомість це питання регулюється низкою нормативно-правових актів. Отже, звернімося до чинного законодавства

## Порядок ознайомлення пацієнта з відомостями про стан здоров'я

Рішенням Конституційного суду України від 30 жовтня 1997 р. № 5-зп/1997 (далі — Рішення КСУ) встановлено, що медична інформація, тобто свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі і про наявність ризику для життя і здоров'я, за своїм правовим режимом належить до конфіденційної, тобто інформації з обмеженим доступом. Лікар зобов'язаний на вимогу пацієнта, членів його сім'ї або законних представників надати їм таку інформацію повністю і в доступній формі.

## ■ ПРАВО НА ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ

Відповідно до положень Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII (далі — Основи законодавства про охорону здоров'я) кожен громадянин України має право на достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі й можливі фактори ризику та їх ступінь.

Положеннями Цивільного кодексу України від 16 січня 2003 р. № 435-IV та Основ законодавства про охорону здоров'я передбачено, що право на отримання інформації про стан здоров'я мають:

- пацієнт, який досяг повноліття, — на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я;
- батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник — на отримання інформації про стан здоров'я дитини або підопічного;
- у разі смерті пацієнта члени його сім'ї або інші уповноважені ними фізичні особи мають право бути присутніми при дослідженні причин його смерті та ознайомитися з висновками щодо причин смерті, а також право на оскарження цих висновків до суду.

Проте попри законодавче закріплення обов'язку медичного працівника надати пацієнтові повну інформацію про стан його здоров'я на практиці трапляються численні порушення цієї норми. Зокрема, при призначенні пацієнту лікарських засобів не завжди надається інформація щодо ускладнень, які можуть виникнути у зв'язку з їх вживанням. На початку лікування пацієнт підписує інформовану згоду на його проведення та застереження щодо всіх можливих наслідків, пов'язаних з лікуванням. Однак відомості, що зазначаються в інформаційній згоді, зазвичай досить узагальнені і не містять роз'яснень щодо підстав обрання того чи іншого методу лікування, щодо інших, альтернативних методів лікування, а також щодо всіх можливих ризиків, пов'язаних з проведенням лікування.

Законодавством встановлено, що іноді медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта або обмежити можливість ознайомлення з окремими медичними документами. Йдеться про ті випадки, коли інформація може погіршити стан здоров'я пацієнта або його батьків (усиновлювачів), опікунів та піклувальників. Відповідно до

Медична інформація, тобто свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі і про наявність ризику для життя належить до конфіденційної

Рішення КСУ в такому разі медичний працівник може поінформувати членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого. Так само лікар діє, коли пацієнт перебуває в непритомному стані. Проте законодавець залишає за лікарем право на власний розсуд визначати, в яких випадках повна та достовірна інформація може зашкодити здоров'ю пацієнта чи його близьких. Це істотно обмежує права пацієнта на отримання інформації про стан здоров'я.

## ■ ПОРЯДОК ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ

Право пацієнта на отримання достовірної і повної інформації про стан здоров'я передбачає також і право на ознайомлення з відповідними медичними документами.

Конституцією України встановлено право кожного громадянина на ознайомлення в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, установах і організаціях з відомостями про себе, які не є державною або іншою захищеною законом таємницею.

Закон України «Про звернення громадян» від 2 жовтня 1996 р. № 393/96-ВР (*далі* — Закон № 393) закріплює та регулює, зокрема, по-

рядок звернення громадян до органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій незалежно від їх форм власності із заявами або клопотаннями щодо реалізації соціально-економічних, політичних та особистих прав і законних інтересів та скаргою про їх порушення.

Відповідно до положень Закону № 393 пацієнт має право звернутись до лікувально-профілактичного закладу із заявою або клопотанням щодо реалізації права на отримання інформації про стан здоров'я та ознайомлення із відповідними медичними документами, а також подати скаргу щодо порушення такого права.

Звернення розглядаються і вирішуються у термін не більше одного місяця від дня їх надходження, а ті, які не потребують додаткового вивчення, — невідкладно, але не пізніше п'ятнадцяти днів від дня отримання. Якщо в місячний термін вирішити порушені у зверненні питання неможливо, керівник відповідного органу, підприємства, установи, організації або його заступник встановлюють необхідний термін для їх розгляду, про що повідомляється особі, яка подала звернення. При цьому загальний термін вирішення питань, порушених у зверненні, не може перевищувати сорока п'яти днів.

Право пацієнта на отримання достовірної і повної інформації про стан здоров'я передбачає також і право на ознайомлення з відповідними медичними документами

Звернення громадян розглядаються безоплатно. У випадку відмови в задоволенні вимог, викладених у заяві чи клопотанні, така відмова доводиться до відома громадянина у письмовій формі з посиланням на закон та викладенням мотивів відмови, а також із роз'ясненням порядку оскарження.

Порядок отримання пацієнтом інформації про стан свого здоров'я та ознайомлення з відповідними медичними документами регулюється також положеннями Закону України «Про доступ до публічної інформації» від 13 січня 2011 р. № 2939/VI (далі — Закон № 2939). Законом № 2939 встановлено порядок здійснення та забезпечення права кожного на доступ до інформації, яка знаходиться у володінні суб'єктів владних повноважень, інших розпорядників публічної інформації, визначених цим Законом, та інформації, що становить суспільний інтерес. Відповідно до положень Закону № 2939 публічною вважається інформація, відображена та задокументована будь-якими засобами та на будь-яких носіях, що була отримана або створена в процесі виконання суб'єктами владних повноважень своїх обов'язків, передбачених чинним законодавством, або яка знаходиться у володінні суб'єктів владних повноважень, інших розпорядників публічної інформації, визначених Законом № 2939.

До розпорядників інформації в тому числі належать особи, які виконують делеговані повноваження суб'єктів владних повноважень згідно із законом чи договором, включаючи надання освітніх, оздоровчих, соціальних або інших державних послуг щодо інформації, пов'язаної з виконанням їхніх обов'язків.

Згідно з положеннями Закону № 2939 кожна особа має право доступу до інформації про неї, що збирається або зберігається, а розпорядник у свою чергу повинен надавати таку інформацію безперешкодно та безкоштовно на вимогу особи.

Надання необхідної інформації розпорядником здійснюється на підставі запиту на інформацію. Варто зазначити, що запитувач не зобов'язаний вказувати причину подання запиту та може його подавати в усній, письмовій чи іншій формі (поштою, факсом, телефоном, електронною поштою).

Відповіді на запити на інформацію мають надаватися не пізніше п'яти робочих днів з дня отримання запиту. Винятком є випадок, коли запит стосується надання великого обсягу інформації або потребує пошуку інформації серед значної кількості даних. У такому випадку розпорядник може продовжити строк розгляду запиту до двадцяти робочих

Пацієнт має право звернутись до лікувально-профілактичного закладу із заявою або клопотанням щодо реалізації права на отримання інформації про стан здоров'я та ознайомлення із відповідними медичними документами, а також подати скаргу щодо порушення такого права



днів з обґрунтуванням такого продовження та з обов'язковим повідомленням запитувача в письмовій формі не пізніше п'яти робочих днів з дня отримання запиту.

Законом № 2939 передбачено, що, якщо задоволення запиту на інформацію потребує виготовлення копій документів обсягом більш як 10 сторінок, запитувач зобов'язаний відшкодувати фактичні витрати на копіювання та друк. Проте важливо звернути увагу на те, що при наданні особі інформації про неї та інформації, що становить суспільний інтерес, плата за копіювання та друк не сплачується.

Пацієнт має право звернутись до лікувально-профілактичного закладу із запитом щодо надання інформації про стан здоров'я або ознайомлення із відповідними медичними документами (в тому числі наданням копії зазначених документів)

Отже, пацієнт має право звернутись до лікувально-профілактичного закладу на підставі положень Закону № 2939 із запитом щодо надання інформації про стан здоров'я або ознайомлення із відповідними медичними документами (в тому числі наданням копії зазначених документів). Інформація на

такий запит надається безкоштовно, так само як і копії медичних документів, оскільки в цьому разі пацієнт отримує інформацію про себе.

У зв'язку з набранням чинності Законом України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 р. № 2297-VI (далі — Закон № 2297) заклади охорони здоров'я зобов'язані інформувати пацієнтів щодо порядку обробки їхніх персональних даних, забезпечувати вільний доступ осіб до їхніх персональних даних.

Нагадаємо, що Закон № 2297 передбачає захист персональних даних фізичної особи під час їх обробки в базах персональних даних. Обробка персональних даних здійснюється на підставі згоди суб'єкта персональних даних або на підставі дозволу, який надано володільцеві бази персональних даних відповідно до закону виключно для здійснення його повноважень.

Відповідно до положень Закону № 2297 суб'єкт персональних даних має право на доступ до своїх персональних даних, що містяться у відповідній базі персональних даних, та право на одержання будь-яких відомостей про себе у будь-якого суб'єкта відносин, пов'язаних з персональними даними, без зазначення мети запиту, крім випадків, встановлених законом. Відстрочення доступу суб'єкта персональних даних до своїх персональних даних не допускається.

Відповідь на запит суб'єкта персональних даних щодо того, чи зберігаються його персональні дані у відповідній базі, а також щодо змісту персональних даних, які зберігаються, має надаватися протягом 30 календарних днів з дня надходження запиту.

## ■ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВА НА ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ

У разі відмови у наданні або навмисного приховування медичної інформації від пацієнта, членів його сім'ї або законного представника останні можуть оскаржити дії чи бездіяльність лікаря безпосередньо до суду або, за власним вибором, до керівника медичного закладу чи органу охорони здоров'я.

Відповідно до Закону № 2939 особа має право оскаржити до керівника розпорядника, вищого органу або до суду відмову в задоволенні запиту на інформацію, відстрочку задоволення запиту, ненадання відповіді на запит або несвоєчасне надання інформації, надання недостовірної або неповної інформації та інші рішення, дії чи бездіяльність розпорядника інформації, що порушили законні права та інтереси запитувача.

Рішення про відстрочення або про відмову у доступі до персональних даних, згідно із Законом № 2297, може бути оскаржено до уповноваженого державного органу з питань захисту персональних даних, інших органів державної влади та органів місцевого самоврядування, до повноважень яких належить здійснення захисту персональних даних, або до суду.

При цьому зауважимо, що коли запит зроблено суб'єктом персональних даних щодо даних про себе, обов'язок доведення в суді законності відмови у доступі покладається на володільця бази персональних даних, до якого подано запит.

Законом України «Про інформацію» від 21 грудня 1993 р. № 3759-XII встановлено, що порушення законодавства про інформацію тягне за собою дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно із законами України.

Зокрема, адміністративна відповідальність передбачена статтею 212-3 Кодексу України про адміністративні правопорушення від 7 грудня 1984 р. № 8073-X за неправомірну відмову в наданні інформації, несвоєчасне або неповне надання інформації, надання інформації, що не відповідає дійсності, у випадках, коли така інформація підлягає наданню на запит громадянина чи юридичної особи, відповідно до законів України «Про інформацію», «Про доступ до публічної інформації», «Про звернення громадян», «Про доступ до судових рішень», «Про засади запобігання і протидії корупції», та тягне за собою накладення штрафу від 25 до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (нмдг). Вчинення такого

При порушенні особою службових обов'язків щодо надання необхідної інформації фізичній особі про стан здоров'я чи ознайомлення з відповідними медичними документами до неї може застосовуватись як дисциплінарна, так і кримінальна відповідальність

порушення повторно протягом року тягне за собою накладення штрафу від 50 до 80 нмдг.

При порушенні особою службових обов'язків щодо надання необхідної інформації фізичній особі про стан здоров'я чи ознайомлення з відповідними медичними документами до неї може застосовуватись, крім адміністративної, також дисциплінарна (у вигляді догани чи звільнення) і кримінальна відповідальність.

Кримінальна відповідальність відповідно до статті 367 Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р. № 2341-III застосовується у випадку службової недбалості, тобто невиконання або неналежного виконання службовою особою службових обов'язків через несумлінне ставлення до них, що завдало істотної шкоди охоронюваним законом правам,

свободам та інтересам окремих громадян, державним чи громадським інтересам або інтересам окремих юридичних осіб, та полягає у стягненні з винної особи штрафу або карається виправними роботами або обмеженням волі з позбавленням права обіймати певні посади чи займатись певною діяльністю та зі штрафом.

Істотною шкодою у завданні матеріальних збитків вважається шкода, що у сто і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян.

Цивільно-правова відповідальність за порушення права щодо отримання чи надання інформації передбачає право особи на відшкодування моральної та матеріальної шкоди у зв'язку з таким порушенням. Зокрема, особа має право на відшкодування матеріальної та моральної шкоди у зв'язку з порушенням прав та законних інтересів розпорядниками публічної інформації або вимагати відшкодування збитків, якщо вони стали результатом порушень встановленого порядку розгляду звернень. ■

Істотною шкодою у завданні матеріальних збитків вважається шкода, що у сто і більше разів перевищує неоподатковуваний мінімум доходів громадян

## ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ



Тимур Алієв

шеф-редактор  
журналу  
«Управленческий учет  
и бюджетирование»

Навряд чи знайдеться хоча б один платник податків, який не знає про існування податкової міліції. Та чи всі уявляють собі обсяг повноважень, наданий цьому контролюючому органу? Як свідчить практика, багато керівників думають, що податковій міліції надані необмежені права. І будь-коли її можна чекати з візитом у медичному закладі. Чи так це насправді?

# Повноваження податкової міліції при перевірці медичних закладів

### ■ НА ВАРТІ ІНТЕРЕСІВ ДЕРЖАВИ

Податкову міліцію створено у 1998 році у складі органів державної податкової служби як спеціальний підрозділ для боротьби з податковими правопорушеннями. Перед нею були поставлені завдання щодо здійснення контролю за дотриманням податкового законодавства та виконання оперативно-розшукової, кримінально-процесуальної, а також охоронної функцій.

Відповідно до частини другої статті 19 Закону України «Про державну податкову службу в Україні» від 4 грудня 1990 р. № 509-XII (далі — Закон № 509) завданнями податкової міліції є:

- запобігання злочинам та іншим правопорушенням у сфері оподаткування, їх розкриття, розслідування та провадження у справах про адміністративні правопорушення;
- розшук платників, які ухиляються від сплати податків, інших платежів;
- запобігання корупції в органах державної податкової служби та виявлення її фактів;
- забезпечення безпеки діяльності працівників органів державної податкової служби, захисту їх від протиправних посягань, пов'язаних з виконанням службових обов'язків.

Крім того, пунктом 1<sup>1</sup> статті 101 та частиною четвертою статті 112 Кримінально-процесуального кодексу України від 28 грудня 1960 р. (далі — КПК) податковій міліції надано статус органу дізнання (ст. 204, 207, 208, 209, ч. 2–4 ст. 212, ч. 2–4 ст. 212<sup>1</sup>, ст. 216, 218, 219 Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р. № 2341-III) у справах про:

- незаконне виготовлення, зберігання, збут або транспортування з метою збуту підакцизних товарів;
- ухилення від повернення виручки в іноземній валюті;
- незаконне відкриття або використання за межами України валютних рахунків;
- легалізацію (відмивання) доходів, одержаних злочинним шляхом;
- ухилення від сплати податків, зборів (обов'язкових платежів);
- ухилення від сплати єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування та страхових внесків на загальнообов'язкове державне пенсійне страхування;
- незаконне виготовлення, підроблення, використання або збут незаконно виготовлених, одержаних чи підроблених марок акцизного збору чи контрольних марок;
- фіктивне банкрутство;
- доведення до банкрутства.

Виходячи з поставлених завдань, податкову міліцію наділили певними повноваженнями, закріпленими в статті 21 Закону № 509. Проте в Україні, як і в будь-якій іншій демократичній державі, визнається і діє принцип верховенства права. Так, згідно з частиною другою статті 19 Конституції України органи державної влади та їх посадові особи повинні діяти лише на підставі, у межах повноважень і у спосіб, передбачені чинним законодавством, і можуть реалізовувати свої права лише на законних підставах, керуючись поставленими перед ними завданнями та в межах наданих їм повноважень.

Отже, згідно з частиною першою статті 21 Закону № 509 податкова міліція відповідно до покладених на неї завдань:

- 1) приймає і реєструє заяви про злочини і правопорушення, віднесені до її компетенції, здійснює в установленому порядку їх перевірку і приймає щодо них передбачені законом рішення;

2) здійснює відповідно до закону оперативно-розшукову діяльність (при проведенні оперативно-розшукових заходів податкова міліція керуватиметься Законом України «Про оперативно-розшукову діяльність» від 18 лютого 1992 р. № 2135-XII; далі — Закон № 2135), досудову підготовку матеріалів за протокольною формою, а також проводить дізнання і досудове (попереднє) слідство в межах своєї компетенції;

3) виявляє причини і умови, що сприяли вчиненню злочинів та інших правопорушень у сфері оподаткування, вживає заходів до їх усунення;

4) забезпечує безпеку діяльності органів державної податкової служби та їх працівників;

5) запобігає, виявляє, припиняє корупційні діяння працівників органів державної податкової служби;

6) складає протокол про вчинення корупційного діяння або іншого правопорушення, пов'язаного з корупцією;

7) збирає, аналізує, узагальнює інформацію про порушення податкового законодавства.

Права податкової міліції визначені нормами двох законів — Закону № 509 і Закону України «Про міліцію» від 20 грудня 1990 р. № 565-XII (далі — Закон № 565).

## ■ ПРАВО НА ПЕРЕВІРКУ

За нормами частини першої статті 22 Закону № 509, підпунктів 20.1.2, 20.1.4, 20.1.30 статті 20 Податкового кодексу України від 2 грудня 2010 р. № 2755-VI (далі — ПКУ) податковій міліції надано право:

- під час проведення перевірок вимагати виготовлення платником податків (уповноваженим представником платника податків) і безоплатно отримувати від них засвідчені підписом платника податків або його посадової особи та скріплені печаткою (за її наявності) копії документів, що свідчать про порушення вимог податкового законодавства або іншого законодавства, контроль за дотриманням якого покладено на органи державної податкової служби, та пояснень з питань, що виникають під час перевірок та стосуються реалізації повноважень органів державної податкової служби, встановлених ПКУ та іншими законами України; перевіряти під час проведення перевірок у платників податків — фізичних осіб, а також у посадових осіб та інших працівників платників податків — юридичних осіб документи, що посвідчують особу;
- проводити перевірки платників податків (крім Національного банку України) в порядку, встановленому ПКУ;
- одержувати безоплатно необхідні відомості для ведення Єдиного реєстру податкових накладних, формування інформаційного фонду

Державного реєстру фізичних осіб — платників податків від платників податків, а також Національного банку України та його установ — про суми доходів, виплачених фізичним особам, і утриманих з них податків та зборів (обов'язкових платежів), від органів, уповноважених проводити державну реєстрацію суб'єктів, а також видавати ліцензії на провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню відповідно до закону, — про державну реєстрацію та видачу ліцензій суб'єктам господарської діяльності, від органів внутрішніх справ — про громадян, які прибули на проживання до відповідного населеного пункту чи вибули з нього, від відділів державної реєстрації актів цивільного стану — про фізичних осіб, які померли.

Однак завдання, поставлені перед податковою міліцією, відрізняються від завдань, поставлених перед інспекторами державної податкової служби.

Так, податкова міліція не є органом планового контролю. Тому проведення її працівниками планової перевірки платника податків не узгоджується з наданими їй функціями (оперативного реагування і розслідування).

Одним із принципів оперативно-розшукової діяльності є те, що вона ведеться таємно від суб'єкта, отже, про її проведення він не повинен навіть здогадуватися. Про планову ж перевірку суб'єкта господарювання повідомляють письмово із зазначенням точної дати не пізніше як за десять днів до її проведення (абзац другий п. 77.4 ст. 77 ПКУ).

Утім, органи податкової міліції можуть ініціювати проведення у суб'єкта господарювання планової перевірки. Для цього оперативний працівник податкової міліції повинен скласти мотивований рапорт на ім'я першого заступника голови (начальника) відповідної податкової адміністрації (інспекції) органу податкової міліції.

Відповідно до статті 22 Закону № 509 на працівників податкової міліції поширюється дія окремих норм Закону № 565. Відповідно

до частини другої статті 13 Закону № 565 міліція може направляти спеціальні підрозділи міліції для забезпечення проведення контролюючими органами перевірок суб'єктів господарської діяльності за наявності відповідного рішення судді або суду. На перший погляд, досить неприємна норма, проте не поспішайте з висновками. Податкова міліція — спеціальний підрозділ для боротьби з податковими правопорушеннями, який діє у складі органів державної податкової служби. Але у звичайної міліції

Працівникам податкової міліції забороняється брати участь у проведенні планових і позапланових виїзних перевірок платників податків, які проводяться органами державної податкової служби, якщо такі перевірки не пов'язані з веденням оперативно-розшукових справ або розслідуванням кримінальних справ, порушених стосовно таких платників (посадових осіб платників податків), що знаходяться в їх провадженні (п. 78.3 ПКУ)

є власні спеціальні підрозділи, наприклад, «Беркут», «Грифон» (спеціалізований підрозділ судової міліції), «Титан» (спеціалізований підрозділ міліції охорони), спеціалізовані підрозділи боротьби з організованістю при Міністерстві внутрішніх справ України. Тому вважати податкову міліцію спеціальним підрозділом звичайної міліції не можна. При цьому в згаданій нормі статті 13 Закону № 565 йдеться не про здійснення перевірок співробітниками спеціальних підрозділів, а про забезпечення їх проведення. Необхідність у такому забезпеченні є в тому випадку, якщо суб'єкти господарювання чинять опір або ж ухиляються від допуску представників контролюючих органів до перевірки.

Проведення позапланової податкової перевірки, згідно з пунктом 78.1 статті 78 ПКУ, здійснюється за умови виявлення хоча б однієї з таких обставин:

- за наслідками перевірок інших платників податків або отримання податкової інформації виявлено факти, що свідчать про можливі порушення платником податків податкового, валютного та іншого законодавства, контроль за дотриманням якого покладено на органи державної податкової служби, якщо платник податків не надасть пояснення та їх документальні підтвердження на обов'язковий письмовий запит органу державної податкової служби протягом 10 робочих днів з дня отримання запиту;
- платником податків не подано в установлений законом строк податкову декларацію або розрахунки, якщо їх подання передбачено законом;
- платником податків подано органу державної податкової служби уточнюючий розрахунок з відповідного податку за період, який перевірявся органом державної податкової служби;
- виявлено недостовірність даних, що містяться у податкових деклараціях, поданих платником податків, якщо платник податків не надасть пояснення та їх документальні підтвердження на письмовий запит органу державної податкової служби протягом 10 робочих днів з дня отримання запиту;
- платником податків подано в установленому порядку органу державної податкової служби заперечення до акта перевірки або скаргу на прийняте за її результатами податкове повідомлення-рішення, в яких вимагається повний або частковий перегляд результатів відповідної перевірки або скасування прийнятого за її результатами податкового повідомлення-рішення у разі, коли платник податків у своїй скарзі (запереченнях) посилається на обставини, що не були досліджені під час перевірки, та об'єктивний їх розгляд неможливий без проведення перевірки. Така перевірка проводиться виключно з питань, що стали предметом оскарження;
- розпочато процедуру реорганізації юридичної особи (крім перетворення), припинення юридичної особи або підприємницької



діяльності фізичної особи — підприємця, порушено провадження у справі про визнання банкрутом платника податків або подано заяву про зняття з обліку платника податків;

- платником подано декларацію, в якій заявлено до відшкодування з бюджету податку на додану вартість, за наявності підстав для перевірки, визначених у розділі V ПКУ, та/або з від'ємним значенням з податку на додану вартість, яке становить більше 100 тис. грн. Така документальна позапланова виїзна перевірка проводиться виключно щодо законності декларування заявленого до відшкодування з бюджету податку на додану вартість та/або з від'ємного значення з податку на додану вартість, яке становить більше 100 тис. грн;
- щодо платника податку подано скаргу про ненадання таким платником податків податкової накладної покупцю або про порушення правил заповнення податкової накладної у разі ненадання таким платником податків пояснень та документального підтвердження на письмовий запит органу державної податкової служби протягом 10 робочих днів з дня його отримання;
- отримано постанову суду (ухвалу суду) про призначення перевірки або постанову органу дізнання, слідчого, прокурора, винесену ними відповідно до закону у кримінальних справах, що перебувають у їх провадженні;
- органом державної податкової служби вищого рівня в порядку контролю за діями або бездіяльністю посадових осіб органу державної податкової служби нижчого рівня здійснено перевірку документів обов'язкової звітності платника податків або матеріалів документальної перевірки, проведеної контролюючим органом нижчого рівня, і виявлено невідповідність висновків акта перевірки вимогам законодавства або неповне з'ясування під час перевірки питань, що повинні бути з'ясовані під час перевірки для винесення об'єктивного висновку щодо дотримання платником податків вимог законодавства, контроль за дотриманням якого покладено на органи державної податкової служби. Рішення про проведення документальної позапланової перевірки в цьому випадку приймається органом державної податкової служби вищого рівня лише у тому разі, коли стосовно посадових осіб органу державної податкової служби нижчого рівня, які проводили документальну перевірку зазначеного платника податків, розпочато службове розслідування або порушено кримінальну справу;
- у разі отримання інформації про ухилення податковим агентом від оподаткування виплаченої (нарахованої) найманим особам (у тому числі без документального оформлення) заробітної плати, пасивних доходів, додаткових благ, інших виплат та відшкодувань, що підлягають оподаткуванню, у тому числі внаслідок неукладення платником



## 9-а Міжнародна Виставка

професійного прибирального обладнання,  
обладнання для ХІМЧИСТОК та пралень,  
професійної та побутової ХІМІЇ – CleanExpo Ukraine



28–30 березня 2012

МВЦ, Київ, Україна


*Рішення  
для чистоти*



**25%** зростання експозиційної площі

**10%** зростання чисельності експонентів

більше **3000** пропозицій з 10 країн



**75%** відвідувачів-спеціалістів

[www.cleanexpo.com.ua](http://www.cleanexpo.com.ua)

Організатори:



ПРЕМ'ЄР ЕКСПО, вул. Пимоненка, 13, 4А/21, Київ,  
тел.: +380 44 496 8645, факс: +380 44 496 8646  
e-mail: [clean@pe.com.ua](mailto:clean@pe.com.ua), [www.cleanexpo.com.ua](http://www.cleanexpo.com.ua)



Спільно з:



податків трудових договорів з найманими особами згідно із законом, а також здійснення особою господарської діяльності без державної реєстрації. Така перевірка проводиться виключно з питань, що стали підставою для проведення такої перевірки.

Підставами для проведення податковою міліцією перевірок є постанови органу дізнання, слідчого, суду, звернення правоохоронного органу щодо проведення перевірки суб'єкта підприємництва, стосовно якого є дані про порушення податкового законодавства з ознаками злочинів, а також необхідність перевірки заяв і повідомлень про злочини згідно зі статтею 97 КПК, якщо такі злочини віднесені до відання податкової міліції.

Докладно про кримінальні справи, віднесені до відання податкової міліції, йдеться у Методичних рекомендаціях щодо дій оперативних працівників податкової міліції при проведенні перевірок суб'єктів підприємницької діяльності (додаток до листа Державної податкової адміністрації України від 19 листопада 2002 р. № 17932/7/26-4017).

Порядок проведення перевірки у зв'язку із оперативно-розшуковою справою або розслідуванням кримінальної справи стосовно платника податків або його посадових осіб регламентується законодавством про оперативно-розшукову діяльність (Законом № 2135 і спеціальними інструкціями) і нормами КПК.

Якщо перевірка здійснюється у зв'язку з розслідуванням кримінальної справи, то обмеження щодо перевірок, передбачені нормами ПКУ і Закону № 509, не діятимуть. Якщо ж рішення про здійснення перевірки прийнято

у зв'язку із проведенням оперативно-розшукової діяльності, то працівник податкової міліції зобов'язаний дотримуватися певних правил. За наявності підстав для проведення оперативно-розшукової діяльності, перелічених у статті 6 Закону № 2135, має бути порушена оперативно-розшукова справа. Постанову про її порушення затверджує начальник оперативного підрозділу податкової міліції.

Отже, якщо представники податкової міліції, посилаючись на проведення оперативно-розшукових заходів, намагаються пройти до медичного закладу, керівництво закладу має право запитати у візитерів номер і дату відкриття справи, на підставі якої вони діють. Якщо такої інформації контролюючі органи не нададуть, якщо вони стверджуватимуть, що у процесі чи за результатами перевірки (у разі виявлення фактів порушень) мають ухвалити рішення про відкриття справи, — відмовляйте у проведенні такої перевірки.

Результат оперативно-розшукової діяльності є закритою інформацією, яка не підлягає розголошенню. Проте суб'єкт господарювання має право знати, що проти нього порушено справу, а також номер цієї справи

## ■ ДОПУСТИТИ ЧИ НІ

Якщо представники податкової міліції прийшли з перевіркою, насамперед переконайтеся у їхніх повноваженнях. Виходячи з норм пункту 81.1 ПКУ вам мають пред'явити службові посвідчення працівників податкової міліції (де зазначено прізвище, ім'я, по батькові, посаду, звання) і направлення на перевірку (із зазначенням дати видачі, назви підрозділу міліції, мети перевірки, її виду, підстави для перевірки, дати її початку і закінчення). Направлення на перевірку є дійсним, якщо воно засвідчено підписом керівника підрозділу міліції та печаткою. Правомірність проведення позапланової перевірки підтверджується ще й копією наказу керівника про проведення позапланової виїзної перевірки, в якому обов'язково зазначаються підстави для перевірки, а також дата її початку та закінчення. Якщо зазначені документи не будуть надані, є всі підстави не допустити працівників податкової міліції до проведення перевірки.

Однак зверніть увагу: якщо податкова міліція прибула на перевірку, яка проводиться в межах розслідування кримінальної справи, за постановою суду, прокурора чи слідчого, то наявність направлення на перевірку не потрібна, оскільки свої дії податкові міліціонери здійснюють за нормами КПК.

Відповідно до підпункту 82.2 статті 82 ПКУ тривалість позапланової виїзної перевірки (крім перевірок, що проводяться у разі, коли платником подано декларацію, в якій заявлено до відшкодування з бюджету податку на додану вартість, тривалість яких встановлена у ст. 200 ПКУ), не повинна перевищувати 15 робочих днів для великих платників податків, щодо суб'єктів малого підприємництва — п'яти робочих днів, інших платників податків — 10 робочих днів. Така перевірка може бути подовжена не більш як на 10 робочих днів для великих платників податків, щодо суб'єктів малого підприємництва — не більш як на два робочих дні, інших платників податків — не більш як на п'ять робочих днів.

Якщо у медичному закладі ведеться журнал реєстрації перевірок, в якому мають розписатися візитери, але вони відмовляються це зробити, керівництво має право не допустити їх до перевірки. Але про факт відмови в допуску до перевірки у триденний строк слід повідомити контролюючий орган, від імені якого прийшли з перевіркою (ст. 7 Указу Президента України «Про деякі заходи з дерегулювання підприємницької діяльності» від 23 липня 1998 р. № 817/98). ■

## ПРАВОВІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ

Чітко визначене законодавством право осіб на тестування щодо виявлення ВІЛ-інфекції, повідомлення про результати тестування та після-тестового консультування ВІЛ-інфікованих, їх реєстрація та облік з метою надання медичної допомоги потребують ретельної уваги працівників лікувально-профілактичних установ. Адже порушення законодавства у сфері запобігання поширенню ВІЛ-інфекції тягне за собою дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність



Наталія Голева

заступник начальника управління — начальник відділу з питань соціального захисту Департаменту конституційного, адміністративного та соціального законодавства Міністерства юстиції України

## Соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ

Масове поширення в усьому світі синдрому набутого імунodefіциту (СНІД) — хвороби, зумовленої вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), що характеризується клінічними проявами, спричиненими глибоким ураженням імунної системи людини під впливом ВІЛ, — створює загрозу особистій, громадській і державній безпеці, призводить до тяжких соціально-економічних та демографічних наслідків.

Основним нормативно-правовим актом, який регулює правові відносини у сфері соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ, є Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12 грудня 1991 р. № 1972-ХІІ (далі — Закон № 1972).

СЕМІНАР

# «ПІДБІР ПЕРСОНАЛУ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ І КАДРОВЕ ДІЛОВОДСТВО»

22 лютого 2012 року, м. Київ

Юридична компанія  
«МедАдвокат»

Агентство  
«ФАРМА ПЕРСОНАЛ»

Жоден медичний заклад не зможе здійснювати свою основну діяльність, якщо не буде укомплектований співробітниками. Причому нові Ліцензійні умови провадження медичної практики прямо зобов'язують ліцензіата забезпечити лікувальний заклад достатньою кількістю медичного персоналу для надання заявленого обсягу медичних послуг.

Для приватного лікувального закладу важлива не тільки і не стільки кількість працівників, більшою мірою кожен керівник клініки зацікавлений у підборі висококваліфікованих фахівців.

Якщо перед Вами стоїть питання щодо правильного вибору персоналу для Вашого лікувального закладу, оформлення трудових відносин у рамках чинного законодавства, значить, Вам просто необхідно відвідати цей захід!

**Лекторами семінару є провідні фахівці в галузі медичного права та менеджменту в охороні здоров'я:**

**Анучин Андрій Миколайович** — директор агентства «ФАРМА ПЕРСОНАЛ»;

**Беденко-Зваридчук Олена Анатоліївна** — директор ЮК «МедАдвокат», керівник проекту «Медико-правовий портал «103-law.org.ua», голова Комітету з медичного права Асоціації правників України;

**Клим Дмитро Васильович** — директор рекрутингового агентства Action Group.

## ПРОГРАМА СЕМІНАРУ:

- Професійні методи пошуку персоналу
- Коротка характеристика методів підбору кандидатів. Як вибрати найкращого?
- Як правильно скласти заявку на вакансію
- Що важливіше: професійні чи особистісні характеристики кандидатів?
- Оформлення трудових відносин відповідно до чинного законодавства України
- Головний лікар: особливості оформлення трудових відносин
- Кадрові документи і діловодство. Реєстрація баз персональних даних співробітників
- Оплата праці: зарплата, доплати, надбавки, премії — оформлюємо правильно

Кожен учасник семінару отримує **Сертифікат** про участь і **величезну кількість безцінної інформації**

У програмі семінару передбачено каву-брейк.

Додаткову інформацію можна знайти на сайтах:

**[www.103-law.org.ua](http://www.103-law.org.ua); [www.ph-p.com.ua](http://www.ph-p.com.ua) і [www.med-info.net.ua](http://www.med-info.net.ua)**

Попередня реєстрація учасників **обов'язкова!**

Реєстрація учасників:

- за телефоном **(044) 360 40 73**
- заповнену реєстраційну форму надсилайте, будь ласка, на електронну адресу: **[office@med-advokat.com.ua](mailto:office@med-advokat.com.ua)**

**Інформаційна підтримка:**

Журнал «**Практика управління медичним закладом**»

Спеціалізований інтернет-ресурс  
**МЕДФАРМКОННЕКТ**

Медико-правовий портал «**103-law.org.ua**»

Вартість  
участі  
**550 грн**

## ■ УМОВИ ТА ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ТЕСТУВАННЯ З МЕТОЮ ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ

Згідно з чинним законодавством право на проведення тестування з метою виявлення ВІЛ (*далі* — тестування) з одержанням кваліфікованої консультації до і після проведення тестування мають громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, особи, які звернулися за наданням статусу біженця та яким надано статус біженця в Україні, інші іноземці та особи без громадянства, які на законних підставах тимчасово перебувають на території України.

Тестування здійснюється відповідно до протоколу проведення тестування, затвердженого спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

Доцільно зазначити, що тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи.

Тестування дітей віком до 14 років та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, проводиться на прохання їх батьків

або законних представників та за наявності усвідомленої інформованої згоди. Батьки та законні представники зазначених осіб мають право бути присутніми під час проведення такого тестування, ознайомлені з його результатами та зобов'язані забезпечити збереження умов конфіденційності даних про ВІЛ-статус осіб, інтереси яких вони представляють.

Тестування дітей віком до 14 років, які позбавлені батьківського піклування та перебувають під опікою у дитячих чи навчальних закладах з повним державним утриманням,

проводиться в разі усвідомлення ними наслідків і переваг такого огляду на прохання їх законних представників та за умови наявності усвідомленої інформованої згоди таких осіб лише з метою призначення дітям лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Законні представники таких малолітніх осіб мають право бути ознайомлені з результатами зазначеного тестування та зобов'язані забезпечити збереження конфіденційності даних про ВІЛ-статус осіб, інтереси яких вони представляють.

Тестування здійснюється відповідно до протоколу проведення тестування, затвердженого спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я

Безоплатне тестування з метою виявлення ВІЛ, відповідне дотестове і післятестове консультування, підготовка і видача висновку про результати такого тестування може здійснюватися медичними закладами незалежно від форми власності та підпорядкування, службами соціальної підтримки та іншими організаціями, що працюють у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, мають відповідну ліцензію на здійснення такого виду діяльності та акредитовану в установленому законодавством порядку медичну лабораторію (*далі* — заклад, що проводив тестування).

Для тестування використовуються тест-системи, що пройшли випробування в акредитованих в установленому законодавством порядку лабораторіях і мають документальне підтвердження щодо їх якості.

Особа, яка пройшла тестування з метою виявлення ВІЛ, має право на повторне проведення безоплатного тестування у порядку, встановленому Законом № 1972 та виданими відповідно до нього нормативними актами.

За бажанням особи, яка звернулася для проведення тестування з метою виявлення ВІЛ, таке тестування може бути проведено анонімно.

Водночас доцільно звернути увагу на те, що з метою своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції при певних захворюваннях, симптомах пацієнту, що звернувся по медичну допомогу в заклади охорони здоров'я, пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування (Перелік захворювань, симптомів та синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування при зверненні по медичну допомогу в закладах охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичної допомоги затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11 травня 2010 р. № 388, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 9 липня 2010 р. за № 499/17794).

Особу, в організмі якої за даними тестування виявлено ВІЛ, повідомляє про це працівник, уповноважений закладом, що проводив тестування

## ■ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО РЕЗУЛЬТАТИ ТЕСТУВАННЯ ЩОДО ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ

Особу, в організмі якої за даними тестування виявлено ВІЛ, повідомляє про це працівник, уповноважений закладом, що проводив тестування, з урахуванням вимог Закону № 1972 щодо конфіденційності зазначеної інформації.

Слід пам'ятати, що відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції



є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Медичні працівники зобов'язані вживати необхідних заходів для забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про людей, які живуть з ВІЛ, та захисту такої інформації від розголошення і розкриття третім особам.

Передача медичним працівником цих відомостей дозволяється лише:

- особі, стосовно якої було проведено тестування, а у випадках, коли тестування стосується дітей віком до 14 років та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, — батькам чи іншим законним представникам такої особи;
- іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я — винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи;
- іншим третім особам — лише за рішенням суду в установлених законом випадках.

Також слід зазначити, що передача відомостей про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я допускається виключно за наявності усвідомленої інформованої згоди людини, яка живе з ВІЛ, на передачу таких відомостей, наданої в письмовому вигляді, і лише для цілей, пов'язаних з лікуванням хвороб, зумовлених ВІЛ, та у разі, якщо поінформованість лікаря щодо ВІЛ-статусу пацієнта має істотне значення для лікування.

Водночас розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи її партнеру (партнерам) дозволяється у разі, якщо:

- людина, яка живе з ВІЛ, звернеться до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженим проханням;
- людина, яка живе з ВІЛ, померла, втратила свідомість або існує ймовірність того, що вона не опритомніє та не відновить свою здатність надавати усвідомлену інформовану згоду.

## **■ ПІСЛЯТЕСТОВЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ, РЕЄСТРАЦІЯ ТА ОБЛІК ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ**

Обов'язковою складовою тестування на ВІЛ є кваліфіковане післятестове консультування, під час якого особа, в якій виявлено ВІЛ, має бути поінформована про профілактичні заходи, необхідні для підтримання здоров'я ВІЛ-інфікованої особи, запобігання подальшому поширенню ВІЛ, про гарантії дотримання прав і свобод людей, які живуть з ВІЛ, а також про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження та/або зараження ВІЛ.

Під час проведення післятестового консультування працівник закладу, що проводив тестування, має право запропонувати особі, у якій виявлено ВІЛ, за її згодою повідомити її партнера (партнерів) про ризик інфікування ВІЛ та надати рекомендації щодо необхідності тестування на ВІЛ і застосування профілактичних заходів.

У разі виявлення ВІЛ у дітей віком до 14 років та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, уповноважений медичний працівник повідомляє про це батьків або інших законних представників зазначених осіб. У такому разі батькам або іншим законним представникам ВІЛ-інфікованих осіб має бути надано відповідне консультування, спрямоване на забезпечення прийняття ними належних інформованих рішень щодо лікування, догляду та підтримки своїх підопічних та забезпечення їхніх законних прав та інтересів.

Особа, у якій за результатами тестування виявлено ВІЛ, батьки або уповноважені представники дітей до 14 років, у яких за результатами тестування виявлено ВІЛ, зобов'язані надати уповноваженому працівнику закладу, що проводив тестування, письмове підтвердження у довільній формі за власним підписом щодо отримання інформації про профілактичні заходи, необхідні для підтримання здоров'я ВІЛ-інфікованої особи, запобігання подальшому поширенню ВІЛ, про гарантії дотримання прав і свобод людей, які живуть з ВІЛ, а також про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження та/або зараження ВІЛ.

Реєстрація, ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за зазначеними особами забезпечуються відповідними закладами охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, визначеними спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я. При цьому мають дотримуватися умови щодо конфіденційності персональних даних, зокрема про стан здоров'я, щодо поваги до особистих прав і свобод людини, визначених законодавством та міжнародними договорами України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

## ■ ДОДАТКОВІ ЗАХОДИ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ ПОШИРЕННЮ ВІЛ

У разі якщо післятестове консультування не привело до змін у поведінці людини, яка живе з ВІЛ, необхідних для максимального зменшення ризику передачі ВІЛ партнеру (партнерам), то лікар, який надає медичні послуги особі у зв'язку із хворобою, зумовленою ВІЛ, повинен повторно роз'яснити їй заходи, яких вона мусить вживати для запобігання подальшому поширенню ВІЛ, а також запропонувати за її згодою повідомити

її партнера (партнерів) про те, що він (вона, вони) піддавався ризику інфікування ВІЛ, та надати рекомендації щодо необхідності тестування на ВІЛ і застосування профілактичних заходів для недопущення інфікування ВІЛ.

Якщо проведене лікарем повторне роз'яснення необхідності вжиття зазначених профілактичних заходів не привело до змін у поведінці людини, яка живе з ВІЛ, необхідних для максимального зменшення ризику передачі ВІЛ іншим особам, а також якщо людина, яка живе з ВІЛ, відмовилася надати згоду на попередження лікарем її партнера (партнерів) про те, що він (вона, вони) піддавався ризику інфікування ВІЛ, лікар має право без згоди цієї особи повідомити зазначеного партнера (партнерів) про те, що він (вона, вони) піддавався ризику інфікування ВІЛ, та надати рекомендації щодо необхідності тестування на ВІЛ і застосування профілактичних заходів для недопущення інфікування ВІЛ.

При наданні такого повідомлення забороняється розкривати дані людини, яка живе з ВІЛ, внаслідок контакту з якою партнер (партнери) міг інфікуватися, а також повідомляти будь-які обставини, які можуть розкрити дані цієї особи.

Дані щодо поведінки людини, яка живе з ВІЛ, а також про наявність чи відсутність змін у її поведінці можуть бути добровільно надані нею у відповідь на запитання лікаря або отримані з джерел та у спосіб, що не заборонені законом.

## ■ ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ

Згідно з чинним законодавством люди, які живуть з ВІЛ, мають право:

- на інформацію, у тому числі на захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам; на безперешкодне ознайомлення з інформацією про стан свого здоров'я, що зберігається в закладах охорони здоров'я; бути проінформованими про послуги із забезпечення необхідної їм психологічної, соціальної та правової підтримки і за бажанням одержати таку підтримку у спосіб, що не зумовить розкриття їх ВІЛ-статусу;
- на рівні з іншими громадянами можливості для реалізації їхніх прав;
- на відшкодування шкоди, пов'язаної з обмеженням їхніх прав унаслідок розголошення чи розкриття інформації про їх позитивний ВІЛ-статус;
- на безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами та лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я;

- на захист від звільнення з роботи, відмови у прийнятті на роботу, відмови у прийомі до освітніх, медичних закладів, до закладів соціальної опіки і піклування та соціальних служб, а також відмови у наданні медичної допомоги та соціальних послуг, обмеження інших прав людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їх ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їхніх рідних і близьких на цій підставі;
- на відшкодування в судовому порядку шкоди, завданої внаслідок зараження ВІЛ-інфекцією під час переливання крові (її компонентів), біологічних рідин, пересадки клітин, тканин та органів людини, виконання медичних маніпуляцій або виконання службових обов'язків.

Люди, які живуть з ВІЛ, зобов'язані:

- вживати заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, запропонованих органами охорони здоров'я;
- повідомляти осіб, які були їхніми партнерами до виявлення факту інфікування, про можливість їх зараження;
- відмовитися від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для їх використання у медичній практиці.

У разі невиконання зазначених обов'язків, люди, які живуть з ВІЛ, з числа іноземців, а також осіб без громадянства, які своєю поведінкою створюють загрозу здоров'ю, захисту прав і законних інтересів громадян України, можуть бути видворені за межі України в порядку, встановленому законодавством.

## ■ ПРАВА БАТЬКІВ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ

Батьки ВІЛ-інфікованих дітей і дітей, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ, та особи, які їх замінюють, мають право на:

- спільне перебування у стаціонарному відділенні лікарні з дітьми віком до 14 років із звільненням на цей час від роботи та виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною;
- одержання додаткової щорічної відпустки тривалістю 10 днів у літній чи інший зручний для них час до досягнення дітьми 18-річного віку.

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 10 липня 1998 р. № 1051 ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ, віком до 16 років призначається щомісячна державна допомога — з 1 січня 1999 року в розмірі двох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян. ■

## БУХГАЛТЕРСЬКИЙ ОБЛІК ТА ОПОДАТКУВАННЯ

У Законі України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» існує таке поняття, як облікова політика підприємства. Визначати свою облікову політику повинні усі суб'єкти господарювання, у тому числі й заклади охорони здоров'я, причому незалежно від джерел фінансування. Розглянемо, які вимоги встановлено законодавством до облікової політики медичних закладів, її складових, чи можна з часом змінювати обрану облікову політику та як відобразити це у звітності. Також наведемо зразок оформлення наказу про облікову політику медичного закладу



Вікторія Гончарова

експерт з питань  
бухгалтерського  
та податкового  
обліку

# Облікова політика медичного закладу

Будь-яке підприємство має вести бухгалтерський облік для того, щоб відображати інформацію про своє майнове і фінансове становище. Завдяки цій інформації внутрішні та зовнішні її користувачі мають уявлення про реальний стан справ на підприємстві.

Для ведення бухгалтерського обліку необхідно використовувати первинні облікові документи, проводити інвентаризації, оцінки, калькулювання, фіксувати проведення розрахунків, контролю тощо. Тобто підприємство має створити цілісну систему обліку, а побудувати її можна, застосовуючи розроблену облікову політику.

Згідно з визначенням, наведеним у статті 1 Закону України «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні» від 16 липня 1999 р. № 996-XIV (далі — Закон про бухоблік), облікова політика підприємства являє собою сукупність принципів, методів і процедур, що використовуються ним для складання та подання фінансової звітності. Під такими принципами, методами та процедурами слід

розуміти внутрішні правила, встановлені кожним конкретним підприємством, якими повинні керуватися всі його працівники. В кінцевому підсумку це призведе до того, що на підприємстві не буде плутанини стосовно питань ведення бухгалтерського обліку, а всі матимуть єдиний підхід до проведення та фіксації господарських операцій.

## ■ ХТО І КОЛИ ВСТАНОВЛЮЄ ОБЛІКОВУ ПОЛІТИКУ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Відповідно до пункту 3 статті 8 Закону про бухоблік відповідальність за організацію бухгалтерського обліку на підприємстві покладається на його власника або уповноважений орган (посадову особу), що керує підприємством. Для забезпечення та ведення бухгалтерського обліку керівник вводить до штату посаду бухгалтера або створює бухгалтерську службу на чолі з головним бухгалтером (частина друга п. 4 ст. 8 Закону про бухоблік). Тобто керівник медичного закладу зобов'язаний створити необхідні умови для правильного ведення бухгалтерського обліку, а головний бухгалтер — забезпечити його ведення та вчасно складати і подавати фінансову, статистичну та податкову звітність. З цього випливає, що встановлює облікову політику керівник медичного закладу шляхом видання відповідного наказу. Розроблення такого документа слід розпочати до нового звітного року і завершити до 31 грудня, щоб з нового фінансового року працювати за новими параметрами. Але якщо у медичному закладі з будь-яких причин не зроблено цього у зазначений термін, виправити ситуацію можна на початку року.

Новостворені заклади розробляють облікову політику до початку господарської діяльності таким чином, щоб перша господарська операція відбувалася після її затвердження. Зразок наказу про облікову політику медичного закладу з урахуванням норм Податкового кодексу України від 2 грудня 2010 р. № 2755-VI наведено у *додатку*.

Зрозуміло, що у такій важливій справі керівнику без допомоги головного бухгалтера не обійтись, але повністю покладати обов'язок розробки облікової політики на одного головного бухгалтера недоцільно. Адже при формуванні облікової політики може виникнути низка суто технічних питань, які не належать до компетенції бухгалтера. Наприклад, при визначенні методів нарахування амортизації на основні засоби необхідно

Для ведення бухгалтерського обліку необхідно використовувати первинні облікові документи, проводити інвентаризації, оцінки, калькулювання, фіксувати проведення розрахунків, контролю тощо

знати технічні особливості об'єктів, технологічні умови їх експлуатації, вивчити процеси морального старіння тощо. Від цих даних залежить визначення строку корисної експлуатації об'єкта основних засобів та його ліквідаційної вартості. Тому обов'язок розроблення пропозицій щодо облікової політики, які не стосуються бухгалтерського обліку, варто покласти на спеціальну комісію. А щоб не створювати зайвих комісій, доцільно наділити такими повноваженнями постійно діючу інвентаризаційну комісію.

Комісія за участю всіх причетних до розроблення облікової політики спеціалістів ухвалює на своєму засіданні рішення щодо облікової політики медичного закладу. Далі головний бухгалтер складає проект наказу і зі всіма додатками та розрахунками передає на затвердження власнику (керівнику). Наказ набирає юридичної сили з дня його підписання власником (керівником) медичного закладу і є обов'язковим для виконання всіма службами і працівниками.

Розроблення облікової політики можна також доручити аудиторській фірмі.

## ■ СКЛАДОВІ ОБЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ

Згідно з пунктом 23 Положення (стандарту) бухгалтерського обліку (далі — П(С)БО) 1 «Загальні вимоги до фінансової звітності» підприємство зобов'язане висвітлювати обрану облікову політику шляхом опису принципів оцінки статей звітності та вибір одного із запропонованих П(С)БО методів обліку, яких слід неухильно дотримуватися, щоб скласти достовірну фінансову звітність.

Основні принципи бухгалтерського обліку та фінансової звітності викладено в статті 4 Закону про бухоблік та пункті 18 П(С)БО 1 «Загальні вимоги до фінансової звітності». Так, фінансова звітність медичного закладу має формуватися, зокрема, з дотриманням таких принципів:

- своєї автономності, у зв'язку з чим медичний заклад розглядається як юридична особа, що відокремлена від власників. Тому особисте майно і зобов'язання власників не повинні відображатись у фінансовій звітності медичного закладу;
- безперервності діяльності, що передбачає оцінку активів і зобов'язань медичного закладу, виходячи з припущення, що його діяльність триватиме й далі;
- періодичності, що припускає розподіл діяльності медичного закладу на певні періоди часу з метою складання фінансової звітності;
- нарахування та відповідності доходів і витрат, у зв'язку з чим для визначення фінансового результату звітного періоду слід зіставити доходи звітного періоду з витратами, які були здійснені для отримання цих доходів. При цьому доходи і витрати відобража-

ються в обліку і звітності у момент їх виникнення незалежно від часу надходження і сплати грошей;

- повного висвітлення, згідно з чим фінансова звітність повинна містити всю інформацію про фактичні та потенційні наслідки операцій та подій;
- послідовності, що передбачає постійне (із року в рік) застосування медичним закладом обраної облікової політики. Зміна облікової політики має бути обґрунтована і розкрита у фінансовій звітності;
- єдиного грошового вимірника, що передбачає вимірювання та узагальнення всіх операцій медичного закладу у його фінансовій звітності в єдиній грошовій одиниці.

Більшість принципів, методів і процедур, які використовуються для складання фінансової звітності, однозначно встановлені у відповідних П(С)БО, і зрозуміло, що бухгалтер має дотримуватися цих норм. Разом з тим деякі з них передбачено в кількох варіантах, отже, медичний заклад має зробити вибір. Саме цей вибір і відображається в обліковій політиці.

Облікова політика будь-якого підприємства має враховувати такі фактори:

- форму власності та організаційно-правову структуру підприємства;
- вид економічної діяльності, що зумовлює особливості та умови облікової роботи;
- відносини з податковою системою, наявність пільг та умови їх отримання;
- матеріально-технічне забезпечення обліково-аналітичної роботи підприємства.

Відповідно до вимог, які висуваються Міністерством фінансів України в листі від 21 грудня 2005 р. № 31-34000-10-5/27793, розпорядчий документ, що регламентує вибір облікової політики підприємства (тобто наказ), має встановити застосування:

- методів оцінки вибуття запасів;
- періодичності визначення середньозваженої собівартості одиниці запасів;
- порядку обліку (ідентифіковано або загалом) та розподілу транспортно-заготівельних витрат;
- методів амортизації необоротних активів;
- вартісних ознак предметів, що входять до складу малоцінних необоротних матеріальних активів;
- періодичності (періоду) зарахування сум дооцінки необоротних активів до складу нерозподіленого прибутку;
- методу обчислення резерву сумнівних боргів;
- переліку створюваних забезпечень майбутніх витрат та платежів;
- порядку оцінки ступеня завершеності операцій з надання послуг;



- сегментів, пріоритетного виду сегменту, принципів ціноутворення у внутрішньогосподарських розрахунках;
- переліку і складу змінних та постійних загальновиробничих витрат, бази їх розподілу;
- переліку та складу статей калькуляції виробничої собівартості продукції (робіт, послуг);
- порядку визначення ступеня завершеності робіт за будівельним контрактом;
- дати визнання придбаних у результаті систематичних операцій фінансових активів;
- бази розподілу витрат за операціями з інструментами власного капіталу;
- порога суттєвості щодо окремих об'єктів обліку;
- переоцінки необоротних активів;
- періодичності відображення відстрочених податкових активів та відстрочених податкових зобов'язань.

Поряд із цим у зазначеному листі до наказу про облікову політику пропонується включати також питання застосування окремого субрахунку обліку транспортно-заготівельних витрат, відкриття рахунків класу 9 «Витрати діяльності», складання окремого балансу філіями, відділеннями та іншими відокремленими підрозділами підприємства. Однак, на нашу думку, вказані питання не мають прямого стосунку до облікової політики, тому їх доцільно відобразити в іншому наказі — про організацію бухгалтерського обліку в медичному закладі.

Медичні заклади державної форми власності при розробленні облікової політики зобов'язані керуватися нормами Положення про порядок бухгалтерського обліку окремих активів та операцій підприємств державного, комунального секторів економіки і господарських організацій, які володіють та/або користуються об'єктами державної, комунальної власності, затвердженого наказом Міністерства фінансів України від 19 грудня 2006 р. № 1213 (*далі* — Положення № 1213). Розділ II Положення № 1213 так і називається: «Облікова політика підприємств державного, комунального секторів економіки». Перелік питань, що підлягають висвітленню в наказі про облікову політику державних медичних закладів, наведено в пункті 2 розділу II Положення № 1213 і він практично повністю повторює складові облікової політики, перелічені у вищезгаданому листі. Єдина різниця — згідно з Положенням № 1213 наказ про облікову політику має встановлювати, крім іншого, ще й порядок обліку фінансових витрат. І тут слід вказати, що такий порядок мають визначати в обліковій політиці всі підприємства, а не тільки державного сектору. Просто до листа Мінфіну, про який ідеться, не вносилися поправки в зв'язку з появою нового П(С)БО 31 «Фінансові витрати».

## ■ ЩО СЛІД ВКЛЮЧАТИ ДО ОБЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Облікова політика медичного закладу має бути визначена за кожним конкретним напрямом (питанням), що теоретично (або вже практично) виникатиме у процесі його діяльності.

Переважна більшість принципів, методів і процедур, що використовуються для складання та подання фінансової звітності, безальтернативно прописані в нормативних документах з бухгалтерського обліку, тому перелічувати їх в обліковій політиці немає потреби. Адже такі норми підлягають безумовному виконанню, тобто є імперативними для застосування підприємством (медичним закладом). Про недоцільність включення до наказу про облікову політику підприємства таких однозначних методів оцінки, обліку та процедур (імперативних норм) вказував і Мінфін у листі від 21 березня 2006 р. № 31-34000-20-16/5770.

Однак якщо нормативно-правові акти у сфері бухгалтерського обліку надають можливість вибору (містять більше ніж один варіант), то з усіх допустимих варіантів слід вибрати той, який якнайповніше відображає специфіку господарської діяльності. На цьому також наголошує Мінфін у листі від 6 березня 2006 р. № 31-34000-20-10/4555.

Оскільки облікова політика будь-якого підприємства визначається на підставі принципів та методів, регламентованих не тільки П(С)БО, то при обранні того чи іншого варіанта можуть використовуватися також інші нормативно-правові документи, що регулюють методологію бухгалтерського обліку та складання фінансової звітності.

Вибір відповідного варіанта має бути закріплено в розпорядчому документі, що встановлює облікову політику медичного закладу. Розглядаючи у процесі вироблення власної облікової політики всі теоретично можливі варіанти, до наказу (розпорядження) про облікову політику необхідно включати ті з них, якими медичний заклад керуватиметься у своїй повсякденній діяльності або має намір скористатися в найближчому майбутньому. Наприклад, якщо не будуються і не заплановано будувати нові корпуси, то й немає потреби встановлювати обліковою політикою методи визначення ступеня завершеності робіт за будівельним контрактом. Передбачати наперед всі події та операції, а тим більше перелічувати в наказі про облікову політику всі можливі варіанти принципів оцінки та методів обліку не слід, оскільки при виникненні в майбутньому в медичному закладі фактів

Облікова політика медичного закладу має бути визначена за кожним конкретним напрямом (питанням), що теоретично (або вже практично) виникатиме у процесі його діяльності

господарської діяльності, що не мали місця раніше, облікову політику можна доповнити, а в окремих випадках і змінити.

### **■ КОЛИ МОЖНА ЗМІНЮВАТИ ОБЛІКОВУ ПОЛІТИКУ**

Зазвичай облікова політика не змінюється протягом всього часу діяльності підприємства (медичного закладу). У будь-якому разі вона має залишатися незмінною протягом календарного року (з 1 січня по 31 грудня). Однак, як відомо, і у правилах є винятки. Згідно зі статтею 4 Закону про бухоблік змінити облікову політику можна тільки у виключних випадках, прямо встановлених у П(С)БО. Причому перегляд облікової політики має бути обґрунтований, а усі зміни розкрито у фінансовій звітності (ст. 4 Закону про бухоблік, п. 18 П(С)БО 1).

Як і до будь-якого іншого наказу, зміни до наказу про облікову політику може вносити лише керівник медичного закладу. Згідно з пунктом 9 П(С)БО 6 «Виправлення помилок і зміни у фінансових звітах» зробити це можна лише у трьох випадках:

- змінилися статутні вимоги медичного закладу (наприклад, до статуту внесено зміни, що стосуються сфери фінансового обліку). Для державних закладів охорони здоров'я таким випадком є зміна вимог установчих документів;
- змінилися вимоги органу, що затверджує положення (стандарти) бухгалтерського обліку (йдеться про зміни до П(С)БО, які вимагають доповнення або зміни прийнятої на підприємстві облікової політики). Державні медичні заклади мають враховувати ще й зміни вимог органу управління;
- такі зміни забезпечать достовірне відображення подій чи операцій у фінансовій звітності підприємства. Від державних підприємств пункт 3 розділу II Положення № 1213 прямо вимагає, щоб цей факт було підтверджено відповідними обґрунтуваннями бухгалтерської служби (бухгалтера) підприємства.

Варто звернути увагу на один важливий момент. Чинне законодавство, зокрема Закон про бухоблік, не містить обмежень щодо термінів та періодичності змін (доповнень) облікової політики. Отже, вносити зміни до облікової політики можна в будь-який момент, а не лише з 1 січня нового року. З одного боку, це правильно, оскільки якщо внесення змін до наказу про облікову політику зумовлено запровадженням нових П(С)БО, то навіщо чекати початку нового календарного року та недостовірно відображати події чи операції у фінансовій звітності. Але, з другого боку, протягом року облікова політика має залишатися незмінною. Тож це питання поки що є відкритим.

У пункті 10 П(С)БО 6 «Виправлення помилок і зміни у фінансових звітах» наведено перелік випадків, які не можуть розцінюватися як зміни облікової політики. Так, зміною облікової політики не вважається встановлення облікової політики для подій або операцій, які:

- відрізняються за змістом від попередніх подій або операцій;
- не відбувалися раніше.

У таких випадках облікову політику можна доповнити. Наприклад, якщо медичний заклад починає діяльність, до якої не вдавався раніше, вносяться поправки до облікової політики у вигляді опису принципів та методів відображення фактів господарського життя, відмінних за суттю від тих, що мали місце раніше, або таких, що виникли вперше. Будь-яких коригувань фінансової звітності за минулі періоди це не потребує, оскільки ця подія не є зміною облікової політики.

Зміни та доповнення до облікової політики оформляються в тому ж порядку, що і вже прийнята облікова політика — відповідним розпорядчим документом — наказом (розпорядженням), яким коригується базовий наказ (розпорядження) про облікову політику медичного закладу. У ситуації, коли внесені до облікової політики зміни за обсягом охоплюють більшу частину тексту або суттєво впливають на її зміст, Мінфін рекомендує наказ про облікову політику підприємства викласти в новій редакції.

## ■ ВІДОБРАЖЕННЯ ЗМІН ОБЛІКОВОЇ ПОЛІТИКИ У ЗВІТНОСТІ

Якщо зміни, внесені до облікової політики, впливають на події та операції минулих періодів, їх згідно з пунктом 12 П(С)БО 6 необхідно відобразити у фінансовій звітності. Зробити це слід шляхом:

- коригування сальдо нерозподіленого прибутку на початок звітного року;
- повторного подання порівняльної інформації за попередні звітні періоди.

У міжнародній практиці такий механізм визначено як ретроспективний метод коригування фінансової звітності. При цьому ретроспективне відображення змін полягає в застосуванні новообраної облікової політики до подій та операцій так, начебто така нова облікова політика застосовувалася завжди, а не лише з моменту її встановлення. У такому випадку коригування впливає на показники не тільки поточного та майбутніх періодів, а й на показники попередніх звітних періодів.

Якщо суму коригування нерозподіленого прибутку на початок звітного року неможливо визначити достовірно, здійснюється перспективне відображення змін облікової політики (п. 13 П(С)БО 6), яке полягає в поширенні впливу облікової політики на події та операції, які відбуваються після

дати зміни облікової політики. При цьому не здійснюється жодних коригувань показників минулих звітних періодів — ані щодо сальдо нерозподіленого прибутку на початок періоду, ані щодо відображеної в звітності суми чистого прибутку (або збитку), оскільки існуючі залишки на початок звітного року в цьому випадку не перераховуються, а порівняльна інформація повторно не подається. У зазначеній ситуації відповідно до пункту 22 П(С)БО 6 у Примітках до річної фінансової звітності необхідно розкривати:

- обґрунтування неможливості достовірного визначення суми коригування нерозподіленого прибутку на початок звітного року;
- недоцільність перерахунку порівняльної інформації про попередні звітні періоди.

Зазначене розкриття змін робиться в описовій формі. Також до фінансової звітності слід надати копію розпорядчого документа про встановлення або зміну облікової політики (п. 4 розд. II Положення № 1213).

### **■ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕПРИЙНЯТТЯ ЧИ НЕВИКОНАННЯ НАКАЗУ ПРО ОБЛІКОВУ ПОЛІТИКУ**

Безпосередньої відповідальності підприємства та посадових осіб за неприйняття облікової політики законодавством не передбачено. Разом з тим статтею 1642 «Порушення законодавства з фінансових питань» Кодексу України про адміністративні правопорушення від 7 грудня 1984 р. № 8073-Х (далі — КпАП) за ведення бухгалтерського обліку з порушенням установленого порядку або внесення неправдивих даних до фінансової або статистичної звітності накладається штраф у розмірі від восьми до п'ятнадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян (нмдг) — від 136 до 255 грн. А висвітлення облікової політики підприємства, як було зазначено, передбачено правилами П(С)БО.

Положення наказу про облікову політику є обов'язковими для фінансових служб медичного закладу. У межах бухгалтерського обліку та складання фінансової звітності не можна відступати від закріплених у ньому методів оцінок та конкретних аспектів облікової політики. Якщо такий відступ усе ж таки буде допущено, то винних осіб може бути притягнуто до дисциплінарної та іншої відповідальності, встановленої внутрішніми правилами медичного закладу, а при масштабних порушеннях — також і до адміністративної відповідальності за ведення бухгалтерського обліку з порушенням установленого порядку. У такому випадку до винних працівників також застосовуються норми вищезгаданої статті 1642 КпАП (тобто штраф від 8 до 15 нмдг).

ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я»

**НАКАЗ**

3 січня 2012 року

м. Одеса

№ 1

Про організацію бухгалтерського обліку та облікову політику  
ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я»

На підставі Закону України «Про бухгалтерський облік і фінансову звітність в Україні» від 16 липня 1999 р. № 996-XIV та Положень (стандартів) бухгалтерського обліку

**НАКАЗУЮ:**

1. Організувати бухгалтерський облік у ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я».
- 1.1. Ведення бухгалтерського обліку покласти на бухгалтерію товариства, яку очолює головний бухгалтер. Кількісний склад бухгалтерії визначається штатним розписом і затверджується окремим наказом керівника. Права та обов'язки головного бухгалтера і всіх посадових осіб бухгалтерії визначаються згідно із затвердженими посадовими інструкціями.
- 1.2. Головному бухгалтеру товариства забезпечити дотримання єдиних методологічних засад бухгалтерського обліку, складання та подання у встановлені терміни фінансової звітності.
- 1.3. Бухгалтерський облік вести згідно з принципами та методами, передбаченими Законом України «Про бухгалтерський облік і фінансову звітність в Україні» та Положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку (*далі* — П(С)БО).
- 1.4. Для відображення господарських операцій застосовувати План рахунків бухгалтерського обліку та Інструкцію про його застосування, затверджені наказом Міністерства фінансів України від 30 листопада 1999 р. № 291.
- 1.5. Застосовувати у товаристві журнально-ордерну систему обліку.
- 1.6. Для повної та реальної картини здійснюваних господарських операцій та їх результатів дозволити головному бухгалтеру своїм розпорядженням затверджувати додаткову систему субрахунків та реєстрів аналітичного обліку.
- 1.7. Бухгалтерам проставляти на первинних документах, що відображаються в обліку, відмітку про їх обробку у вигляді кореспонденції рахунків, дати, підпису.
- 1.8. Щомісяця складати журнали-ордери та інші облікові реєстри. Роздруківки з комп'ютерної програми має підписувати бухгалтер, який відповідає за складання облікового документа.
- 1.9. Дані журналів-ордерів, інших облікових реєстрів і додаткових довідок головний бухгалтер має відображати в Головній книзі підприємства (оборотному балансі), що є підставою для складання Балансу товариства. Після обробки журнали-ордери, облікові реєстри і довідки підписує головний бухгалтер із зазначенням дати підпису.
- 1.10. Усім працівникам ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я» неухильно виконувати вимоги працівників бухгалтерії щодо дотримання порядку оформлення первинних документів і терміну подання їх до обліку. За порушення вимог бухгалтерів, несвоєчасне складання первинних документів і недостовірність відображення в них даних притягати винних осіб до дисциплінарної відповідальності.

Якщо документ, підписаний працівником, складено з порушенням законодавчих і нормативних вимог, або взагалі не складено, або відсутність такого документа потягла за собою застосування фінансових санкцій до ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я», питання про відповідальність такого працівника розглядати на засіданні правління товариства за участю представників трудового колективу.

1.11. Для забезпечення достовірності даних бухгалтерського обліку і фінансової звітності своєчасно проводити інвентаризацію активів і зобов'язань відповідно до Інструкції з інвентаризації основних засобів, нематеріальних активів, товарно-матеріальних цінностей, грошових коштів, документів і розрахунків, затвердженої наказом Міністерства фінансів України від 11 серпня 1994 р. № 69 (зі змінами і доповненнями).

1.12. Для здійснення інвентаризації і прийняття рішення за її результатами створити постійно діючу інвентаризаційну комісію у складі:

голова комісії — Онопенко В. С., заступник директора з господарських питань;

члени комісії: Корнійчук М. Л., лікар-терапевт;

Федченко Т. О., старша медична сестра;

Задорожна М. І., комірниця.

2. Встановити облікову політику ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я».

2.1. Змінити облікову політику, якщо:

- зміняться вимоги Міністерства фінансів України;
- зміняться статутні вимоги ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я»;
- нові (запропоновані й обґрунтовані фахівцями товариства) положення облікової політики забезпечуватимуть більш достовірне відображення господарських операцій.

2.2. При складанні фінансової звітності встановити межу істотності в розмірі 50 грн.

2.3. Основним засобом визнавати актив, якщо очікуваний термін його корисного використання (експлуатації), установлений засіданням виробничої комісії, більше року (або операційного циклу, якщо він більше року), а вартісна оцінка дорівнює сумі, що перевищує 2500 грн.

2.4. До малоцінних необоротних матеріальних активів відносити активи, відмінні від основних засобів (на підставі класифікації, поданої в пункті 5 П(С)БО 7 «Основні засоби»), вартісна оцінка яких дорівнює сумі, що не перевищує 2500 грн.

2.5. Застосовувати при нарахуванні амортизації основних засобів методи амортизації, строк корисного використання та ліквідаційну вартість, установлені і затверджені наказом по підприємству, за результатами місяця, в якому такий основний засіб введено в експлуатацію.

2.6. Установити такі методи нарахування амортизації:

- для основних засобів — прямолінійний метод;
- для малоцінних необоротних активів — у розмірі 100 % їх вартості в першому місяці використання об'єкта;
- для нематеріальних активів — прямолінійний метод.

2.7. Термін корисного використання нематеріальних активів встановити наказом по підприємству за результатами місяця, в якому такий нематеріальний актив введено в експлуатацію.

2.8. Установити такі методи оцінки вибуття запасів:

- при відпусканні запасів у процес роботи (надання медичних послуг) — метод ФІФО;
- при відпусканні товарів у реалізацію до аптек — метод ціни продажу.

2.9. З метою недопущення розкрадань (нестач) малоцінних і швидкозношуваних предметів (МШП), переданих в експлуатацію і вилучених зі складу активів, головному бухгалтеру посилити контроль за видачею МШП за місцями експлуатації шляхом забезпечення проставлення в облікових картках підписів працівників в отриманні МШП, відміток про переміщення МШП між структурними підрозділами, а також складання актів на їх списання у разі непридатності до експлуатації.

2.10. Суму резерву сумнівних боргів установлювати на підставі класифікації дебіторської заборгованості за товари або послуги за термінами її непогашення.

2.11. Створити забезпечення:

- оплати відпусток згідно з розрахунком, складеним бухгалтерією;
- гарантійних зобов'язань для здійснення майбутніх витрат на проведення гарантійних ремонтів реалізованих товарів або наданих медичних послуг відповідно до кошторису, складеного бухгалтерською службою.

3. Гармонізувати бухгалтерський та податковий облік у зв'язку з набуттям чинності Податковим кодексом України.

3.1. Використовувати альтернативний підхід ведення бухгалтерського обліку, передбачений змінами, внесеними до П(С)БО наказом Міністерства фінансів України «Про затвердження змін до деяких положень (стандартів) бухгалтерського обліку» від 18 березня 2011 р. № 372.

3.2. Первісну вартість основних засобів збільшувати на суму витрат, пов'язаних з поліпшенням та ремонтом об'єкта, визначених у порядку, встановленому податковим законодавством.

3.3. Первісну вартість об'єкта основних засобів збільшувати на суму індексації, проведеної у порядку, встановленому податковим законодавством, з відображенням у бухгалтерському обліку в порядку, передбаченому пунктами 19-21 П(С)БО 7 «Основні засоби».

3.4. Нарахування амортизації здійснювати з урахуванням мінімально допустимих строків корисного використання основних засобів, встановлених податковим законодавством.

3.5. При визначенні собівартості наданих медичних послуг використовувати підхід «прямих витрат». Тобто загальновиробничі витрати вважати витратами звітного періоду та відносити на фінансові результати того періоду, в якому вони фактично понесені. Інформацію про суму загальновиробничих витрат розкривати у Звіті про фінансові результати окремою статтею.

3.6. У випадку придбання одного об'єкта основних засобів, що складається з частин, які мають різний строк корисного використання (експлуатації), кожну з цих частин визнавати в бухгалтерському обліку як окремі об'єкти основних засобів.

3.7. З метою створення єдиної системи організації бухгалтерського обліку та дотримання єдиної облікової політики для складання консолідованої звітності філіям (відділенням, структурним підрозділам) виконувати цей наказ, узгоджуючи свої дії з головним бухгалтером підприємства.

3.8. Бухгалтерський та податковий облік на підприємстві вести за допомогою автоматизованої системи обліку 1С Підприємство.

4. Наказ довести до відома всіх відповідальних осіб ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я».

5. Контроль за виконанням наказу покласти на головного бухгалтера Солодка І. В.

Директор  
ТОВ «Клініка «Доброго здоров'я»

*Корж*

І. П. Корж

Головний бухгалтер  
Солодка І. В. Солодка  
03.01.2012



## БУХГАЛТЕРСЬКИЙ ОБЛІК ТА ОПОДАТКУВАННЯ

Податок на додану вартість (ПДВ) — це непрямий податок, який додається до вартості товарів, робіт, послуг, здорожуючи їх на 20 відсотків, та сплачується кінцевим споживачем. Утім, більшість послуг з охорони здоров'я, а також постачання лікарських засобів та виробів медичного призначення з метою здешевлення звільняються від ПДВ. Однак для цього слід дотриматися певних вимог. Розглянемо докладніше особливості застосування ПДВ у медицині

Людмила Бабенко

консультант  
з оподаткування  
та бухгалтерського  
обліку

# Податок на додану вартість у медицині

### ■ ПОСЛУГИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Згідно з підпунктом 197.1.5 статті 197 Податкового кодексу України від 2 грудня 2010 р. № 2755-VI (*далі* — ПКУ) від оподаткування ПДВ звільняються операції з постачання послуг з охорони здоров'я установами охорони здоров'я, що мають ліцензію на постачання таких послуг, а також постачання послуг реабілітаційними установами для інвалідів та дітей-інвалідів, що мають ліцензію на постачання таких послуг, крім послуг, перелічених у зазначеному підпункті ПКУ. Тобто для застосування цієї пільги необхідно дотриматися трьох обов'язкових умов.

**Перша умова** — установа повинна мати статус закладу охорони здоров'я. Згідно зі статтею 16 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-

профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців.

Перелік закладів охорони здоров'я затверджено наказом МОЗ України від 28 жовтня 2002 р. № 385 (далі — Перелік № 385).

Відповідно до Переліку № 385 до закладів охорони здоров'я належать:

1. Лікувально-профілактичні заклади:

- лікарняні заклади (багатопрофільні, однопрофільні, спеціалізовані, особливого типу);
- амбулаторно-поліклінічні заклади;
- заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги;
- санаторно-курортні заклади.

2. Санітарно-профілактичні заклади:

- санітарно-епідеміологічні заклади;
- заклади санітарної просвіти.

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади.

4. Інші заклади (бюро судово-медичної експертизи, молочні кухні тощо).

5. Заклади медико-соціального захисту.

**Друга умова** — наявність ліцензії на провадження медичної практики. Медична практика, відповідно до Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» від 1 червня 2000 р. № 1775-III, входить до переліку видів господарської діяльності, ведення яких потребує отримання ліцензії.

Порядок отримання ліцензії визначається Ліцензійними умовами ведення господарської діяльності з медичної практики, затвердженими наказом МОЗ від 2 лютого 2011 р. № 49 (далі — Ліцензійні умови).

Під дію Ліцензійних умов підпадають всі суб'єкти господарювання, що зареєстровані в установленому порядку, незалежно від їх організаційно-правової форми та форми власності, і які займаються господарською діяльністю з медичної практики. Водночас зазначено, що медичну практику провадять юридичні особи, які створили заклад охорони здоров'я, та фізичні особи — підприємці.

Ліцензійні умови містять вимогу щодо необхідності розміщення ліцензіатом (тобто особою, що отримала ліцензію) за місцем провадження діяльності достовірної інформації в доступному для споживача місці, а саме:

Від оподаткування ПДВ звільняються операції з постачання послуг з охорони здоров'я установами охорони здоров'я, що мають ліцензію на постачання таких послуг, а також постачання послуг реабілітаційними установами для інвалідів та дітей-інвалідів, що мають ліцензію на постачання таких послуг

- вивіски із зазначенням найменування суб'єкта господарювання відповідно до свідоцтва про держреєстрацію;
- фотокопії ліцензії та копії виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб і фізичних осіб — підприємців;
- акредитаційного сертифіката закладу охорони здоров'я (за умови функціонування більше двох років);
- режиму роботи ліцензіата;
- відомостей про керівництво (прізвище, ім'я, по батькові керівника, його заступників) та лікарів ліцензіата (прізвища, імена, по батькові, посади, категорії);
- книги відгуків та пропозицій громадян.

**Третя умова** — послуги з охорони здоров'я, що надаються, не мають бути включені до переліку послуг, наведених у підпункті 197.1.5 статті 197 ПКУ. Особливо наголошуємо, що перелік побудований за виключним принципом.

Оподатковуються податком на додану вартість такі послуги з охорони здоров'я (пп. 197.1.5. ПКУ):

а) надання косметологічної допомоги, крім тієї, що надається за медичними показаннями;

б) масаж для зміцнення здоров'я дорослого населення, корекції осанки тощо;

в) проведення профілактичних медичних оглядів із підготовкою висновку про стан здоров'я на прохання громадян;

г) проведення гігієнічної експертизи проектних матеріалів та попередніх проектних пропозицій, у тому числі щодо розміщення об'єкта, а також нормативної документації на нові технології виробництва продукції та нові види продукції за заявкою замовника, гігієнічна оцінка зразків нових видів продукції;

г) надання консультаційної допомоги з питань проведення державної санітарно-гігієнічної експертизи;

д) обстеження за заявкою замовника об'єктів, що будуються, реконструюються або функціонують, з метою їх відповідності санітарному законодавству;

е) проведення за заявкою замовника токсиколого-гігієнічних, медико-біологічних, санітарно-гігієнічних, фізіологічних та інших обстежень з метою визначення безпеки продукції для здоров'я людини;

є) видача суб'єктам господарювання дозволів на виробництво, використання, транспортування, зберігання, реалізацію, захоронення, знищення, утилізацію продукції і речовин вітчизняного та імпортного виробництва, що потенційно небезпечні для здоров'я людини;

ж) надання юридичним і фізичним особам консультаційної допомоги з питань застосування законодавства про охорону здоров'я, в тому числі щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;

з) проведення медичного огляду осіб для видачі:

- дозволу на право отримання та носіння зброї громадянам, крім військовослужбовців і посадових осіб, носіння зброї якими передбачено законодавством;
- відповідних документів на виїзд громадян за кордон за викликом родичів, що проживають у зарубіжних країнах, оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах за власним бажанням, а також у службові відрядження (крім державних службовців, робота яких пов'язана з такими виїздами і які мають відповідні медичні документи);
- посвідчення водія транспортного засобу;

и) медичне обслуговування з'їздів, конференцій, симпозіумів, фестивалів, нарад, змагань тощо;

і) медичне обслуговування громадян за їх бажанням у медичних закладах із поліпшеним сервісним обслуговуванням;

ї) організація медичного контролю осіб, які займаються фізичною культурою і спортом в оздоровчих закладах;

й) проведення профілактичних щеплень громадянам, які від'їжджають за кордон за викликом, для оздоровлення в зарубіжних лікувальних або санаторних закладах за власним бажанням, а також у туристичні подорожі (крім тих, що від'їжджають на лікування та в службові відрядження);

к) складення за заявками замовників санітарних паспортів радіотехнічних об'єктів та проведення досліджень для їх підтвердження;

л) проведення за заявками замовників державної санітарно-гігієнічної експертизи з акредитації та атестації підприємств, установ, організацій на право проведення токсиколого-гігієнічних, медико-біологічних, санітарно-гігієнічних та інших досліджень;

м) визначення за заявками замовника шкідливих і небезпечних факторів виробничого середовища, технологічного та трудового процесів, проведення досліджень для розробки засобів і заходів щодо усунення або зменшення їх небезпечної дії;

н) навчання за заявками замовників на робочих місцях фахівців підприємств, установ, організацій в установах санітарно-епідеміологічної служби, державних науково-дослідних інститутах гігієнічного та епідеміологічного профілю, а також фахівців підприємств, установ, організацій, проведення санітарно-гігієнічних та бактеріологічних досліджень;

о) надання за заявками замовників послуг з організації роботи відомчих санітарних лабораторій, оснащення їх медичною технікою (обладнанням, апаратурою, приладами); навчання на місці фахівців таких лабораторій методики проведення санітарно-гігієнічних досліджень.

Отже, якщо дотримано всіх трьох вищезазначених умов, послуги з охорони здоров'я звільняються від оподаткування незалежно від форми

власності закладу. Тобто такі послуги звільняються від ПДВ як у державних чи комунальних закладах охорони здоров'я, так і у приватних, у тому числі створених фізичною особою — підприємцем.

Не обкладаються ПДВ також деякі види послуг, що згадуються у наведеному переліку:

1. Надання косметологічної допомоги за медичними показаннями.
2. Проведення медичного огляду осіб для видачі:
  - дозволу на право отримання та носіння зброї військовослужбовцям і посадовим особам, носіння зброї якими передбачено законодавством;
  - відповідних документів на виїзд за кордон у службові відрядження державних службовців, робота яких пов'язана з такими виїздами і які мають відповідні медичні документи.
3. Проведення профілактичних щеплень громадянам, які від'їжджають за кордон на лікування та в службові відрядження.

### ■ ПОСТАЧАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ

Відповідно до статті 2 Закону України «Про лікарські засоби» від 4 квітня 1996 р. № 123/96-ВР (далі — Закон № 123) лікарські засоби — це речовини або їх суміші природного, синтетичного чи біотехнологічного походження, які застосовуються для запобігання вагітності, профілактики, діагностики та лікування захворювань людей або зміни стану і функцій організму.

До лікарських засобів належать:

- діючі речовини (субстанції);
- готові лікарські засоби (лікарські препарати, ліки, медикаменти);
- гомеопатичні засоби;
- засоби, які використовуються для виявлення збудників хвороб, а також боротьби із збудниками хвороб або паразитами;
- лікарські косметичні засоби та лікарські домішки до харчових продуктів.

Статтею 9 Закону № 123 передбачено, що лікарські засоби допускаються до застосування в Україні після їх державної реєстрації. При цьому не підлягають державній реєстрації лікарські засоби, які виготовляються в аптеках за рецептами лікарів та на замовлення лікувально-профілактичних закладів із дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин.

Державна реєстрація лікарських засобів здійснюється шляхом внесення лікарського засобу до Державного реєстру лікарських засобів

України. Державний реєстр лікарських засобів України — це нормативний документ, який містить відомості про лікарські засоби, дозволені для виробництва і застосування в медичній практиці. Положення про Державний реєстр лікарських засобів України затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 31 березня 2004 р. № 411.

На підставі підпункту 197.1.27 статті 197 ПКУ від оподаткування ПДВ звільняються операції з постачання лікарських засобів, дозволених для виробництва і застосування в Україні та внесених до Державного реєстру лікарських засобів (у тому числі аптечними закладами), а також виробів медичного призначення за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

Однак залишається відкритим питання щодо оподаткування ПДВ операцій з постачання лікарських засобів, які виготовляються в аптеках за рецептами лікарів та на замовлення лікувально-профілактичних закладів із дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин. Адже якщо такі лікарські засоби не внесені до Державного реєстру, то вони мають оподатковуватися ПДВ.

До 2 січня 2011 року, тобто до набуття чинності ПКУ, за Законом України «Про податок на додану вартість» від 3 квітня 1997 р. № 168/97-ВР перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення визначався постановою Кабінету Міністрів України «Про перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, операції з продажу яких звільняються від обкладення податком на додану вартість» від 17 грудня 2003 р. № 1949 (далі — Постанова № 1949). Постановою № 1949 було передбачено, що переліком лікарських засобів, операції з продажу яких звільняються від обкладення податком на додану вартість, є Державний реєстр лікарських засобів. При цьому лікарські засоби, виготовлені в аптеках за рецептами лікарів та на замовлення лікувально-профілактичних закладів, підпадали під оподаткування ПДВ (лист Державної податкової адміністрації України від 19 березня 2004 р. № 2056/6/15-2415).

На вирішення цієї проблеми у 2004 році до Постанови № 1949 були внесені зміни постановою Кабінету Міністрів України «Про розширення переліку лікарських засобів, операції з продажу яких звільняються від обкладення податком на додану вартість» від 10 серпня 2004 р. № 1006, якою було передбачено включити лікарські засоби, що виготовляються аптечними закладами за рецептами лікарів та замовленнями лікувально-профілактичних закладів з дозволених до застосування

Не підлягають державній реєстрації лікарські засоби, які виготовляються в аптеках за рецептами лікарів та на замовлення лікувально-профілактичних закладів із дозволених до застосування діючих та допоміжних речовин

діючих та допоміжних речовин, до переліку лікарських засобів, операції з продажу яких звільняються від обкладення ПДВ.

Окремо слід сказати про спирт етиловий, який зареєстровано в Україні як лікарський засіб і внесено до Державного реєстру. Відповідно до пункту 215.1 статті 215 ПКУ спирт етиловий належить до підакцизних товарів. Оскільки цей аптечний товар є підакцизним, на нього пільговий режим оподаткування поширюватися не може. Адже згідно з пунктом 197.5 статті 197 ПКУ звільнення від оподаткування, встановлене пунктом 197.1 статті 197 ПКУ, не поширюється на постачання підакцизних товарів. Тому при реалізації спирту етилового як лікарського засобу потрібно нараховувати ПДВ за ставкою 20 %.

Водночас продаж лікарських засобів (настойок), у яких спирт є однією зі складових, підпадає під пільгу та звільняється від ПДВ, згідно з підпунктом 197.1.27 статті 197 ПКУ (як продаж зареєстрованих та допущених для споживання лікарських засобів).

Перелік виробів медичного призначення, операції з постачання яких звільняються від оподаткування ПДВ, затверджено постановою Кабінету Міністрів України «Питання звільнення виробів медичного призначення від оподаткування податком на додану вартість» від 8 серпня 2011 р. № 867 (далі — Перелік № 867). Однак слід зауважити, що Перелік № 867 діє з 16 серпня 2011 року.

З 1 серпня по 15 серпня 2011 року діяв Перелік виробів медичного призначення, операції з постачання яких звільняються від оподаткування податком на додану вартість, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 9 червня 2011 р. № 785 (далі — Перелік № 785). В Переліку № 785 були відсутні деякі вироби, зокрема дитячі пелюшки і підгузники, різні види сосок та аналогічні товари для дітей, ваги (у тому числі для зважування немовлят), а також презервативи. До Переліку № 785 не увійшли й інші позиції, наприклад, медичні та хірургічні меблі, спеціалізований транспорт для надання медичної допомоги. Однак Перелік № 785 проіснував лише 15 днів і втратив чинність з 16 серпня 2011 року.

З 1 січня до 1 серпня 2011 року відповідно до пункту 10 Перехідних положень ПКУ був чинний перелік, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2003 р. № 1949 «Про перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, операції з продажу яких звільняються від обкладення податком на додану вартість», який був тотожний нинішньому.

Згідно з пунктом 197.4 статті 197 ПКУ звільнення від оподаткування, передбачене пунктом 197.1 статті 197 ПКУ, поширюється і на імпорт. Таким чином, у разі імпорту (реімпорту) лікарських засобів та виробів медичного призначення сплачувати ввізного ПДВ не потрібно — ввезення таких товарів здійснюється у пільговому режимі. ■

## САНЕПІДРЕЖИМ

Останнім часом значно збільшилась кількість методик, що потребують застосування ендоскопічного обладнання як для діагностики, так і для лікування. Отже, надзвичайно актуальною є проблема запобігання інфікуванню пацієнтів патогенними агентами під час проведення процедури ендоскопії. Під час ендоскопічної процедури ендоскоп контактує зі слизовими оболонками пацієнта, деякими ж приладами виконуються стерильні маніпуляції. Тому при неправильній обробці ендоскоп може стати фактором передачі патогенних мікроорганізмів



Валентина Малюга

лікар-дезінфекціоніст  
ТОВ «Лаверна»

# Деякі аспекти знезараження ендоскопічної апаратури

В Україні, як і в сусідній Російській Федерації, рівень загрози інфікування після ендоскопічних процедур оцінити досить важко, адже ця група внутрішньолікарняних інфекцій практично не реєструється. Водночас результати досліджень Центру гігієни та епідеміології (Москва) засвідчили високу контамінацію каналів ендоскопів ВІЛ (94,3 %), ВГС (85,7 %), мікобактеріями туберкульозу (90,6 %) після обстеження пацієнтів з відповідними патологіями. Відзначено, що за період з 1996 по 2008 рік найбільш імовірною причиною передачі 97 пацієнтам ВГС і ВГВ у лікувальних закладах Москви стали саме діагностичні ендоскопічні обстеження. Такі дані були наведені в доповіді на II Міжнародному конгресі з внутрішньолікарняних інфекцій, що відбувся в Москві наприкінці листопада 2011 року.



У зв'язку з тим, що перед проведенням досліджень неможливо перевірити пацієнтів на всі інфекції, необхідно умовно вважати, що кожен пацієнт може бути джерелом (носієм) різноманітних інфекційних хвороб і завчасно вжити всіх заходів для захисту і запобігання зараженню.

Виділяють кілька основних причин інфекційних ускладнень внаслідок ендоскопічних втручань:

- недостатнє очищення і знезараження ендоскопів та інструментів до них;
- неправильне зберігання ендоскопів та інструментів до них;
- контамінація ендоскопів внаслідок застосування неадекватних розчинів дезінфекційних засобів;
- конструктивні особливості ендоскопів, їх явні та приховані дефекти, що унеможливають чи роблять неефективним їх знезараження.

### ■ СТЕРИЛЬНІ Й НЕСТЕРИЛЬНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ПРОЦЕДУРИ

Сучасний ендоскоп — складна багатокомпонентна оптична техніка. Тільки деякі з його каналів можна очистити механічним способом. Поверхні ендоскопа досить легко пошкодити дефектними щітками, іншими предметами, неадекватними хімічними розчинами. Навіть через невидимі оком пошкодження патогенні мікроорганізми можуть проникати всередину тіла

ендоскопа, де вони стають важкодоступними для очищення та дезінфекції. Матеріали, що покривають канали ендоскопа, кілька разів на день піддаються дії хімічних реагентів, механічній дії щіток під час очищення та знезараження. Надзвичайно важливо для збереження приладів у робочому стані постійно, перед кожним застосуванням проводити перевірки на герметичність.

У світовій практиці відомо два випадки спалахів інфекції внаслідок виконання ендоскопічних маніпуляцій приладами із заводським браком. Інфекційні захворювання викликані *Pseudomonas aeruginosa*, прояви інфекційного процесу — пневмонії, бронхіти, синусити і навіть септичний стан. Усього спостереження проводилось за 514 пацієнтами, із них захворіли 40 осіб, троє померли.

Резервуаром інфекції в обох випадках став біопсійний порт бронхоскопів моделей BF-P40, BF-160, BF-1T160 фірми Olympus (США). Знезараження приладів проводились відповідно до рекомендацій виробника та національних стандартів. Але повітряні пробки в порожнині

Матеріали, що покривають канали ендоскопа, кілька разів на день піддаються дії хімічних реагентів, механічній дії щіток під час очищення та знезараження

порту і біологічні особливості *Pseudomonas aeruginosa* (здатність утворювати біологічні плівки) перешкождали контакту дезінфектантів із заразним матеріалом та висушуванню цієї порожнини приладу на завершальному етапі обробки. Виробничий дефект згаданих моделей бронхоскопів був виявлений у дослідженнях за участю фірми Olympus. У результаті компанія прийняла рішення про вилучення 14 000 ендоскопів з лікувальних закладів в усьому світі.

Описана ситуація ще раз застерігає, як важливо використовувати справну апаратуру для запобігання виникненню інфекційних ускладнень.

З 2004 року в Україні введено в дію Методичні вказівки щодо очищення, дезінфекції та стерилізації ендоскопів, а також медичного інструментарію до них (*далі* — Методичні вказівки). У Методичних вказівках вперше були узагальнені питання підходу вітчизняних і зарубіжних учених та практиків до проблеми знезараження ендоскопічної апаратури. Зрозуміло, що у зв'язку зі стрімким розвитком медичної науки та практики Методичні вказівки уже через сім років потребують корекції і оновлення, однак на сьогодні це є чинний регламентуючий документ.

Вітчизняні Методичні вказівки спираються на рекомендації Асоціації спеціалістів з протиінфекційної роботи та епідеміології (APIC) щодо вибору та застосування дезінфекційних засобів. Рівень знезараження ендоскопа визначається залежно від його призначення — для проведення стерильної чи нестерильної маніпуляції.

Ендоскопічні процедури, за яких ендоскоп вводиться в стерильні у фізіологічному стані порожнини, а також у тканини і в кров'яне русло людини, належать до стерильних (лапароскопія, артроскопія, цистоскопія тощо). У цих випадках ендоскоп — це критичний виріб медичного призначення, він підлягає обов'язковій стерилізації з використанням методів і апаратури, що офіційно зареєстровані в Україні та дозволені до застосування саме для цих особливо складних приладів. Стерилізація — знищення всіх форм мікроорганізмів, включаючи спорові.

Ендоскопічні процедури, за яких ендоскоп вводиться через природні шляхи в порожнисті органи, нестерильні у фізіологічному стані, належать до нестерильних (гастродуоденоскопія, ретроградна холангіопанкреатографія, колоноскопія, бронхоскопія). Ендоскопи при цьому віднесено до напівкритичних виробів медичного призначення. Під час виконання процедур вони контактують зі слизовими оболонками травного тракту, дихальних і сечовивідних шляхів, не порушуючи їх цілісності. Ендоскопічне обладнання для нестерильних процедур підлягає дезінфекції високого рівня (ДВР).

Ендоскопічні процедури, за яких ендоскоп вводиться через природні шляхи в порожнисті органи, нестерильні у фізіологічному стані, належать до нестерильних

ДВР — знезараження ендоскопа спороцидним засобом, у результаті чого знищуються всі вегетативні форми бактерій, включаючи мікобактерії, віруси, у тому числі парентеральні вірусні гепатити і ВІЛ, гриби, кількість спор зменшується. Спороцидні засоби для ДВР використовуються в тих самих концентраціях, при тій же температурі робочих розчинів, що і при стерилізації, але час експозиції значно скорочений.

Вважається, що цей рівень знезараження необхідний і достатній для запобігання передачі патогенної та умовно-патогенної мікрофлори пацієнтам. Обов'язковою умовою (як і після стерилізації) є дотримання асептичних умов зберігання ендоскопа в період між процедурами, а також у разі необхідності його транспортування.

ДВР досить давно застосовується для знезараження напівкритичних виробів медичного призначення в США, однак досі ведуться дискусії щодо доцільності та достатності ДВР для забезпечення епідеміологічної безпеки ендоскопічних маніпуляцій.

Достатність рівня знезараження при ДВР обговорюється насамперед тому, що за цієї технології виконання знезараження знищуються не всі бактеріальні спори. Сумніви також виникають через те, що можливі порушення цілісності слизових оболонок при проведенні ендоскопів через природні шляхи (дихальні, травлення). Важливі також такі факти, як використання ендоскопів для лікувальних маніпуляцій, під час яких вони контактують із пошкодженими слизовими хворого органу (ерозії, виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки тощо).

І все-таки у більшості країн світу ДВР визнана достатньою для знезараження ендоскопічного обладнання, що застосовується для виконання нестерильних маніпуляцій, і забезпечення при цьому інфекційної безпеки.

Інструменти до ендоскопічного обладнання, незалежно від виду маніпуляцій, належать до критичних виробів медичного призначення і підлягають обов'язковій стерилізації.

## **■ ОЧИЩЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ОБЛАДНАННЯ**

Незалежно від того, яка процедура знезараження ендоскопічного обладнання (ДВР чи стерилізація) буде застосовуватись у подальшому, їй обов'язково передуює процес очищення з метою видалення всіх забруднень, і в першу чергу органічних, з усіх поверхонь приладу.

Очищення — видалення з внутрішніх та зовнішніх поверхонь виробів медичного призначення органічних забруднень та залишків лікувальних засобів, інших речовин (наприклад, солей). Зазвичай очищення виконується із застосуванням води, механічних пристосувань і детер-

гентів чи ферментативних препаратів. Дослідження засвідчили, що ручне і механічне очищення ендоскопів знижує кількість мікроорганізмів на поверхнях устаткування залежно від якості виконання в 1000–10 000 разів (до 99,9 %).

Органічні забруднення (кров, кал, секрет дихальних шляхів) перешкоджають проникненню мікроцидних засобів та їх контакту з мікробною клітиною. Окрім цього, деякі дезінфекційні засоби значно втрачають свою активність у присутності органічних забруднень. Серед дезінфектантів є засоби, активніючі речовини яких фіксують білкові забруднення (наприклад, альдегіди, які є досить дієвими герміцидами, у тому числі і спороцидами, і не можуть бути виключеними зі списків деззасобів для ендоскопів).

Властивість бактерій до утворення біоплівок також є важливим фактором поширення інфекцій, що можуть передаватись через ендоскоп. Відомо, що біоплівки прикріплюються до внутрішніх поверхонь каналів ендоскопа і перешкоджають ефективній дезінфекції, тому їх треба ретельно видаляти під час механічного очищення з використанням спеціальних щіток (входять у стандартний набір до ендоскопа) перед дезінфекцією чи стерилізацією.

Очищення інструментального і аспіраційного каналів ендоскопів за допомогою спеціального набору щіток має принципове значення для якості ручної процедури.

Відразу ж після використання ендоскопа чи інструментів до нього слід провести процедуру очищення. Невиконання цього правила може призвести до псування ендоскопа та неможливості проведення дезінфекції. Температура води або м'якого розчину не повинна перевищувати 40 °С. Процедура очищення розділяється на попереднє очищення і в залежності від виду ендоскопа і вибраного методу знезараження (ДВР чи стерилізація) виконується заключне очищення або достерилізаційне очищення.

Очищення, що за своєю процедурою повторює достерилізаційне, чи достерилізаційне очищення виконується тільки після перевірки ендоскопа на герметичність. У випадках коли ендоскоп виявляється розгерметизованим, оптична частина приладів у розчини не занурюється. З метою запобігання ушкодженням, псуванню ендоскопічного обладнання необхідно застосовувати тільки спеціально призначені для цього препарати. Найкраще зарекомендували себе композиційні м'які засоби, що вміщують ензимні комплекси. Розчини, що застосовуються для очищення ендоскопів, мають використовуватись тільки одноразово.

Розчини, що застосовуються для очищення ендоскопів, мають використовуватись тільки одноразово

## ■ РЕЧОВИНИ ДЛЯ ЗНЕЗАРАЖЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ОБЛАДНАННЯ

Методика проведення обробки ендоскопічного обладнання, правила виконання процедур повністю викладені в уже згаданих Методичних вказівках. Відповідно до цієї методики після процедури очищення застосовується ДВР або стерилізація.

У разі багаторазового використання деззасобів необхідно ретельно стежити за зовнішнім виглядом робочих розчинів. Обов'язкова при цьому процедура очищення перед дезінфекцією і стерилізацією має закінчуватись висушуванням усіх поверхонь обладнання, включаючи канали. Адже залишки вологи при потраплянні у робочі розчини призводять до їх розведення і, відповідно, зниження концентрацій, що унеможлиблює виконання якісної ефективної процедури знезараження.

Для запобігання використанню робочих розчинів деззасобів у невідповідних концентраціях необхідно контролювати концентрацію діючої речовини із застосуванням для цього експрес-тестів. Надійніше, коли такий контроль проводиться під час кожного циклу обробки ендоскопічного обладнання при неодноразовому використанні робочих розчинів деззасобів.

Із цілого переліку активnodіючих речовин, які мають протимікробні властивості, не так багато таких, що підходять для знезараження ендоскопічного обладнання.

Класичними засобами для знезараження ендоскопів є дезінфектанти, що вміщують альдегіди: глутаровий, ортофталевий, бурштиновий, формальдегід. Вони мають високі протимікробні властивості, але можуть фіксувати органічні забруднення. Окрім цього, альдегіди у разі неповного відмивання ендоскопів після дезінфекції, залишаючись на робочих поверхнях приладів, можуть викликати подразнення слизових у пацієнтів, не виключені навіть алергічні реакції. При роботі з альдегідвмісними засобами персоналу необхідно ретельно дотримуватись правил безпечного поводження з такими препаратами. Особливо це стосується формальдегіду. Якщо використовуються формальдегідвмісні засоби, робочі приміщення забезпечуються вентиляцією з механічним збудником, а також автоматикою для спостереження вмісту цієї речовини в повітрі робочої зони.

Досить безпечними і дієвими є дезінфекційні засоби на основі перекису водню. Однак необхідно завжди пам'ятати, що при швидкому розпаді перекису водню він пошкоджує метали й інші матеріали. Для нівелювання цього недоліку створені засоби на основі перекису водню в комбінації з іншими активними речовинами (наприклад, із групи полігуанідинів) та функціональними комплексами, що включають і протикорозійні домішки. При цьому збережені високі протимікробні властивос-

ті засобів, і, що також важливо, — засоби залишаються безпечними як для пацієнтів, так і для персоналу.

Група надкислот і особливо надоцтова кислота при комбінації з протикорозійними та іншими необхідними компонентами є досить дієвою і перспективною для створення дезінфекційних засобів, що використовуються з метою знезараження ендоскопів.

Деякі речовини не рекомендують для оброблення ендоскопічної апаратури у зв'язку з недостатнім спектром мікроцидної дії, токсичністю для персоналу чи ризиком фізичного пошкодження обладнання:

1. Антисептики (повідон-йод, хлоргексидину глюконат тощо).
2. Гіпохлорити викликають корозію конструктивних матеріалів.
3. Четвертинні амонійні сполуки (ЧАС) не тільки не знищують спори, мікобактерії туберкульозу, гідрофільні віруси, а навіть можуть стати середовищем харчування для мікроорганізмів.
4. Феноли абсорбуються пористими матеріалами і навіть після ретельного промивання продезінфікованих виробів можуть залишатись на поверхнях ендоскопів і бути причиною подразнень тканин і пошкодження слизових оболонок. В повітрі приміщень виявляються небезпечні концентрації парів фенолу. Крім цього, феноли не мають спороцидної дії.

Після ДВР слід змити дезінфектант стерильною водою. Причому для цієї процедури необхідно взяти досить велику кількість води. І це, на жаль, є проблемою не тільки для нашої країни. Застосування питної води з водогінної мережі не виключає можливості забруднення синьогнійною паличкою, легіонелами, вірусами.

У Російській Федерації, Білорусі, інших країнах дозволено використовувати кип'ячену воду, воду, що пройшла очистку через спеціальні бактеріальні фільтри (що знову ж таки не виключає контамінацію вірусами). Це питання активно обговорюється в колах фахівців як ученими, так і практиками, але остаточне рішення поки що не прийнято.

Ендоскопи, які витримують високу температуру, вологість та тиск, можуть бути простерилізовані методом автоклавування

## ■ МЕТОДИ СТЕРИЛІЗАЦІЇ ЕНДОСКОПІЧНОГО ОБЛАДНАННЯ

Ендоскопи, які витримують високу температуру, вологість та тиск, можуть бути простерилізовані методом автоклавування. Більшість ендоскопічного обладнання належить до категорії термолабільного, тому необхідно використовувати низькотемпературні методи для його

Стерилізація низькотемпературною плазмою в парах перекису водню досить дієвий, але дороговартісний метод

оброблення. До низькотемпературних методів належать хімічна стерилізація рідкими засобами, стерилізація етиленоксидом, стерилізація низькотемпературною плазмою в парах перекису водню.

Для хімічної стерилізації можуть використовуватись ті ж засоби, що і для ДВР, при цьому збільшується експозиція процедури знезараження.

Оксид етилену (ОЕ) раніше широко використовувався для стерилізації медичного обладнання. Але він має досить високі токсичні та мутагенні показники, не виключені і канцерогенні властивості цієї речовини. Стерилізація ЕО — досить тривала процедура. Тому в багатьох країнах від цієї методики повністю відмовились.

Стерилізація низькотемпературною плазмою в парах перекису водню досить дієвий, але дороговартісний метод.

Триває пошук більш досконалих методів стерилізації в усіх країнах з розвинутою медициною і наукою.

Після оброблення ендоскопів з використанням хімічних розчинів обов'язково виконують промивання каналів етиловим спиртом і просушування повітрям. Ця процедура дає можливість видалити з поверхонь ендоскопів залишки вологи, що значно зменшує можливість повторного забруднення ендоскопів мікроорганізмами, які можуть бути у воді, і ймовірність росту мікробів у каналах приладів. Необхідно звертати увагу на ступінь очищення етилового спирту, що використовується.

## ■ МЕХАНІЗОВАНИЙ СПОСІБ ОБРОБЛЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ОБЛАДНАННЯ

Оброблення ендоскопічного обладнання можна і навіть бажано здійснювати не тільки ручним, а й механізованим способом, з використанням мийних чи мийно-дезінфекційних машин. Зрозуміло, що при цьому зводяться практично до нуля помилки медичного персоналу при виконанні процедур, що пов'язані з очищенням та знезараженням ендоскопів. Значно зменшується вплив шкідливих факторів на організм працівників (як за рахунок зменшення контакту з хімічними речовинами, так і завдяки практичному унеможливленню травмування при виконанні маніпуляцій під час очищення і дезінфекції). Для якісного ефективного функціонування мийно-дезінфекційні машини мають відповідати таким вимогам:

- наявність Інструкції з експлуатації, реєстрації у МОЗ України;
- наявність автоматичного контролю і документування у вигляді чеку основних критичних параметрів циклу обробки;

- наявність антибактеріальних фільтрів на входах подачі води та повітря;
- наявність ефективного режиму самодезінфекції машини;
- наявність функції підігріву та підтримання температури розчину на заданому рівні;
- приготування робочих розчинів в автоматичному режимі;
- сумісність машини і засобів, що в ній використовуються для очищення і дезінфекції, з ендоскопами.

Процеси оброблення ендоскопічного обладнання мають виконуватися з обов'язковим урахуванням «чистих» і «забруднених» потоків переміщення виробів медичного призначення. Вимогою до проведення ДВР та стерилізації є їх виконання в окремому приміщенні зі створеними асептичними умовами.

Не менш важливим є правильне зберігання ендоскопів у проміжках між виконанням досліджень. Для цього використовуються спеціальні шафи з налагодженою системою знезараження і вентиляції повітря. Також дозволяється зберігати ендоскопи в шафах загорнутими в стерильні простирадла.

Тільки дотримання всіх правил під час виконання етапів процедури знезараження ендоскопічної апаратури й інструментів до неї може повністю виключити ризик інфікування і гарантувати безпеку ендоскопічного дослідження. Хоча й досі в усіх країнах світу залишається низка невирішених питань, шляхи пошуку відповідей на які активно обговорюються. ■

#### УВАГА!

Продовжуємо друкувати відповіді на запитання «Дистанційної школи управління». Пропонуємо ознайомитися з правильними відповідями на запитання Анкети, надрукованої в журналі № 9 (вересень 2011 р.).

Інструкція «Про проведення судово-медичної експертизи», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 1995 р. № 6 «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України»:

**1.** а); **2.** а), б), г), д); **3.** б); **4.** а), в), д); **5.** а), в), д), є), ж); **6.** а), в), д); **7.** а), в), д); **8.** а), в); **9.** а), в); **10.** б); **11.** а); **12.** б), г); **13.** б), г).

Положення «Про порядок розтину трупів у лікувально-профілактичних закладах», затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 травня 1992 р. № 81:

**1.** б); **2.** а), б), д); **3.** а), б), в); **4.** б); **5.** а), б), г), д); **6.** б), в); **7.** а); **8.** б); **9.** в), г); **10.** а), б); **11.** а), б); **12.** а), б), в), г), д); **13.** а), б), в), г); **14.** а), б); **15.** б), в); **16.** а), в); **17.** в).



## БУХГАЛТЕРСЬКИЙ ОБЛІК ТА ОПОДАТКУВАННЯ

З 1 січня 2012 року набирають чинності зміни, внесені до розділу XIV Податкового кодексу України, які визначають новий порядок функціонування спрощеної системи оподаткування, обліку та звітності. Зміни внесено Законом України «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких інших законодавчих актів України щодо спрощеної системи оподаткування, обліку та звітності» від 4 листопада 2011 р. № 4014-VI. Пропонуємо до вашої уваги короткий аналіз нововведень

В'ячеслав  
Кондратюк

консультант  
з питань  
бухгалтерського  
обліку  
та оподаткування

# Спрощена система оподаткування — 2012

Спрощена система оподаткування, обліку та звітності (*далі* — спрощена система оподаткування) передбачає заміну сплати встановлених законодавством податків і зборів (обов'язкових платежів) сплатою єдиного податку та застосуванням спрощеної форми бухгалтерського обліку та звітності. Спрощена система оподаткування запроваджена Указом Президента України «Про спрощену систему оподаткування, обліку та звітності суб'єктів малого підприємництва» від 3 липня 1998 р. № 727/98 і була популярною у представників як малого, так і великого бізнесу.

Всіма перевагами спрощеної системи оподаткування скористалися і малі підприємства приватного сектору сфери охорони здоров'я — стоматологічні клініки, центри репродуктивної медицини, лікарі, які вели приватну медичну практику, народні цілителі тощо.

## ■ ОСОБЛИВОСТІ НОВОЇ СПРОЩЕНОЇ СИСТЕМИ ОПОДАТКУВАННЯ

З 1 січня 2012 року спрощена система оподаткування функціонує по-новому. Чи знайшлося в ній місце для закладів охорони здоров'я? Перш ніж відповісти на це запитання, коротко розповімо, чим у цілому нова спрощена система оподаткування відрізняється від старої.

Стара спрощена система оподаткування розмежовувала платників фіксованого податку — підприємців, які здійснювали торговельну діяльність на ринку, та платників єдиного податку — підприємців та юридичних осіб, які мали право здійснювати всі види діяльності, крім заборонених для платників єдиного податку.

За новою спрощеною системою оподаткування зможуть працювати чотири групи платників єдиного податку (див. табл. 1), і для кожної з цих груп встановлено:

- окремі ставки єдиного податку — у відсотках до мінімальної зарплати та у відсотках до доходу;
- граничний обсяг доходу;
- граничну кількість найманих працівників;
- заборонені види діяльності;
- види діяльності, вдавшись до яких, суб'єкт господарювання (юридична чи фізична особа — підприємець) не може бути далі платником єдиного податку;
- умови, при порушенні яких платник єдиного податку повинен або перейти на загальну систему оподаткування, або змінити ставку оподаткування (перейти в іншу групу платників єдиного податку);
- умови, при порушенні яких платник єдиного податку має застосувати подвійну ставку оподаткування.

Крім того, запроваджується новий порядок визначення доходів від здійснення господарської діяльності платниками єдиного податку, подання звітності та сплати податку. Деякі види доходів платників єдиного податку з власним рухомим та нерухомим майном не включатимуться до оподаткування єдиним податком.

Стара спрощена система оподаткування всі ці питання так детально не визначала, що призводило до частих спорів між податківцями та платниками єдиного податку. Тепер всі спірні моменти врегульовано доволі чітко та однозначно.

Платники єдиного податку I групи мають право вести роздрібну торгівлю з торговельних місць на ринках, надавати побутові послуги

Всіма перевагами спрощеної системи оподаткування скористалися і малі підприємства приватного сектору сфери охорони здоров'я

Платники єдиного податку за групами і ставки податку

Таблиця 1

Групи платників єдиного податку		Граничний обсяг доходу	Гранична чисельність найманих працівників	Ставки податку
Фізичні особи — підприємці	I	Не більше 150 тис. грн	Без найманих працівників	1–10 % від мінімальної зарплати на 1 січня*
	II	Не більше 1 млн грн	До 10 осіб	2–20 % від мінімальної зарплати на 1 січня*
	III	Не більше 3 млн грн	До 20 осіб	3 % від доходу в разі сплати ПДВ
Юридичні особи	IV	Не більше 5 млн грн	До 50 осіб	5 % від доходу без сплати ПДВ

\*Ставки встановлюють органи місцевого самоврядування

населенню згідно з переліком (п. 291.7 Податкового кодексу України від 2 грудня 2010 р. № 2755-VI; далі — ПКУ). Платникам єдиного податку II групи дозволено такі види діяльності:

- надання послуг (населенню або платникам єдиного податку);
- виробництво та (або) продаж товарів;
- ресторанне господарство (продаж товарів у сфері громадського харчування).

Фізичні особи — підприємці, які належать до III групи платників, а також юридичні особи мають право на будь-які види діяльності, крім заборонених для спрощеної системи оподаткування.

Звітний період, встановлений для I групи платників єдиного податку, — рік, для решти платників — квартал. Сплатити податок фізичні особи — підприємці I і II груп мають до 20 числа поточного місяця, платники єдиного податку III і IV груп — протягом 50 днів після закінчення звітного кварталу.

Фізичні особи — підприємці III групи та юридичні особи, що належать до IV групи платників єдиного податку, можуть зареєструватися платниками ПДВ, якщо відповідають вимогам до обов'язкової реєстрації згідно з розділом V «Податок на додану вартість» ПКУ.

Реєстратори розрахункових операцій мають застосовувати лише юридичні особи — платники єдиного податку IV групи. Усі платники єдиного податку мусять використовувати тільки грошову форму розрахунку за товари, роботи, послуги.

### ■ ЗАБОРОНИ ТА ОБМЕЖЕННЯ ДЛЯ ПЛАТНИКІВ ЄДИНОГО ПОДАТКУ

Не мають права застосовувати спрощену систему оподаткування (п. 291.5 ПКУ), зокрема, такі суб'єкти господарювання:

- суб'єкти господарювання, у статутному капіталі яких сукупність часток, що належать юридичним особам, які не є платниками єдиного податку, дорівнює або перевищує 25 %;
- філії, представництва, відділення та інші відокремлені підрозділи юридичних осіб, які не є платником єдиного податку;
- нерезиденти — юридичні та фізичні особи;
- суб'єкти господарської діяльності, які мають непогашений податковий борг.

Крім того, платники єдиного податку всіх чотирьох груп не можуть діяти у сфері управління підприємствами, надання поштових послуг та послуг зв'язку. Для фізичних осіб — підприємців I–III груп заборонено, приміром, такі види діяльності:

- здавання в оренду земельних ділянок площею понад 0,2 га;
- здавання в оренду житлових приміщень площею понад 100 кв. м;
- здавання в оренду нежитлових приміщень площею понад 300 кв. м;
- надання аудиторських послуг (проведення аудиторської діяльності).

Запроваджується новий порядок визначення доходів від здійснення господарської діяльності платниками єдиного податку, подання звітності та сплати податку

### ■ ЯКІ ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МОЖУТЬ БУТИ ПЛАТНИКАМИ ЄДИНОГО ПОДАТКУ

Комунальні та державні заклади охорони здоров'я не матимуть права працювати за спрощеною системою оподаткування, оскільки їх утворюють органи влади, які, по суті, є їх стовідсотковими засновниками і не платниками єдиного податку. Зате приватні заклади охорони здоров'я та лікарі-практики, які відповідають наведеним вище критеріям, можуть знову обрати спрощену систему оподаткування. Вдатися до спрощеної системи оподаткування можуть і ті приватні медичні заклади, засновниками яких є нерезиденти — фізичні особи, незалежно від їх частки у статутному капіталі.

Заяву про вибір спрощеної системи оподаткування з 1 січня 2012 року можна подати до 25 січня 2012 року. Свідоцтво платника єдиного податку тепер видаватиметься безстроково.

У разі порушення умов провадження діяльності за спрощеною системою оподаткування до платників єдиного податку застосовуються підвищені ставки оподаткування (*див. табл. 2*).

**Наслідки порушення умов провадження діяльності за спрощеною системою оподаткування**

**Таблиця 2**

Вид порушення	Ставки податку для фізичних осіб — підприємців			Ставки податку для юридичних осіб
	I	II	III	IV
Перевищення граничного обсягу доходу у відповідній групі	15 % до суми перевищення			6 % або 10 % до суми перевищення
Застосування інших форм розрахунків, крім грошової	15 % до всієї суми доходу у негрошовій формі			6 % або 10 % до всієї суми доходу у негрошовій формі
Провадження недозволених видів діяльності	15 % до всієї суми доходу від такого виду діяльності			6 % або 10 % до всієї суми доходу від такого виду діяльності
Провадження діяльності, не вказаної у свідоцтві				x

Якщо платники єдиного податку перевищують граничний обсяг доходу у відповідній групі, вони мусять перейти до іншої групи або відмовитися від спрощеної системи оподаткування. ■

**УВАГА!**

Закінчуємо друкувати відповіді на запитання «Дистанційної школи управління». Пропонуємо ознайомитися з правильними відповідями на запитання Анкети, надрукованої в журналі № 10 (жовтень 2011 р.):

**1. в); 2. б); 3. в); 4. г); 5. а); 6. б); 7. б); 8. а); 9. а); 10. б); 11. в); 12. а); 13. а); 14. б); 15. б); 16. а); 17. б); 18. а); 19. б); 20. а); 21. б); 22. в); 23. а); 24. а); 25. б); 26. б); 27. в); 28. а); 29. в); 30. б); 31. б); 32. а).**

## ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я СЬОГОДНІ

Благодійність — це легко, коли є добрі наміри, велике бажання, щирість, прозорість і відкритість, а також готовність до дії. Можна зробити дуже багато добрих справ, але тільки у відповідальному партнерстві. Відповідальне партнерство передбачає рівноцінну участь сторін у досягненні спільних цілей. Ані лікарня, ані жоден інший бенефіціар не повинні розглядати благодійний фонд як джерело вільних легких ресурсів. Благодійний фонд — це інструмент залучення та перерозподілу благодійних коштів для тих, хто має в них потребу



Сергій Сошинський

президент  
Міжнародного  
благодійного  
фонду «Здоров'я  
українського  
народу»

## Фандрейзинг для лікарні



Олена Герус

менеджер проектів  
Міжнародного  
благодійного  
фонду «Здоров'я  
українського  
народу»

### ■ ЯК ВИКОРИНИТИ ПРИМУСОВІСТЬ У БЛАГОДІЙНИЦТВІ

Протягом останніх років громадяни, які звертаються до закладів охорони здоров'я, для отримання тієї чи іншої довідки, консультації, діагностики, лікування тощо мають сплатити так званий благодійний внесок, який при цьому є обов'язковим. Відповідно до статті 1 Закону України «Про благодійництво та благодійні організації» від 16 вересня 1997 р. благодійництво — добровільна безкорислива пожертва фізичних та юридичних осіб у поданні набувачам матеріальної, фінансової, організаційної та іншої благодійної допомоги; специфічними формами благодійництва є меценатство і спонсорство. У цьому визначенні найголовнішим є слово «добровільна».

Чи є добровільною пожертва, без сплати якої не можна отримати необхідної послуги, або якщо цю добровільність визначено конкретною

сумою? Для узаконення збору благодійних пожертв при закладах охорони здоров'я певні кола осіб створили «благодійні фонди», на рахунках яких акумулюються зібрані кошти. Проте із набуттям чинності Законом України «Про засади запобігання і протидії корупції» від 7 квітня 2011 р. № 3206-VI (далі — Закон № 3206) діяльність таких фондів мала би стати під загрозою.

Звісно, держава не в змозі забезпечувати повноцінне фінансування галузі охорони здоров'я через складну політичну та економічну обста-

новку. Громадяни готові допомагати і лікарні, і собі, але це буде легше робити, коли результати допомоги будуть прозорі і зрозумілі. Люди готові платити, якщо розуміють, за що, або надавати благодійну допомогу, коли розуміють, на що.

Сфера діяльності, в якій прозорість і відкритість не тільки забезпечує довіру громадян, а й дає фінансові результати — це сфера благодійності та робота благодійних фондів, а також інших громадських організацій. Саме робота організацій так званого третього сектору є показовою щодо відкритості та прозо-

рості. У статті «Антикорупційне законодавство і благодійність» (Практика управління медичним закладом, № 9, 2011 р., с. 89) вже обговорювалося питання, як обрати благодійний фонд для співпраці — це можна зробити через особисту ініціативність, дослідження діяльності та фінансових результатів різних фондів, зустрічі з їх керівництвом та персоналом.

Для чого лікарні співпраця з благодійними фондами (не фіктивними, а реальними)? Працівники благодійних організацій знають, як правильно подати громадянам необхідну інформацію, як залучити їх до участі, оскільки благодійний внесок — це так само участь у процесі творення добра. Робота з благодійними внесками та благодійна діяльність — це професія. Отже, довірити цю справу можна тільки професіоналам.

### ■ З ЧОГО РОЗПОЧАТИ СПІВПРАЦЮ З БЛАГОДІЙНИМ ФОНДОМ

Лікарні не обов'язково створювати свій благодійний фонд, до співпраці можна залучити вже діючу організацію із значним досвідом успішної роботи. Підписуючи меморандум або договір між лікарнею і благодійним фондом, слід визначити напрями, можливості та умови співпраці. Такий документ є офіційним узаконенням відносин і підвищує статус обох сторін, оскільки вони тепер роблять спільну справу.

Сфера діяльності, в якій прозорість і відкритість не тільки забезпечує довіру громадян, а й дає фінансові результати — це сфера благодійності та робота благодійних фондів, а також інших громадських організацій

Про співпрацю варто розповісти громаді міста під час прес-конференції чи іншого заходу.

Благодійний фонд зі свого боку має розробити Положення про благодійну програму. Наприклад, Положення про благодійну програму «Ургентна допомога», в межах якої лікарня і благодійний фонд домовляються про спільну діяльність, спрямовану на збір коштів для забезпечення надання ургентної допомоги пацієнтам. У Положенні мають бути прописані можливі заходи та дії, які будуть здійснюватися для акумуляції фінансових та інших матеріальних ресурсів, а також цілі, на які вони можуть витратитися. Наприклад, 40 % від залучених коштів витратимуться на придбання медикаментів першої необхідності, 40 % — на оновлення матеріально-технічної бази, 20 % — на адміністративні потреби. Відповідно до статті 20 Закону № 3206 благодійна організація може витратити до 20 % від залучених коштів у поточному році на утримання організації.

Для підвищення прозорості та відкритості діяльності важливо створити Наглядову (Опікунську) раду. Це дорадчо-ревізійний орган. До Наглядової ради мають входити авторитетні люди, спеціалісти, які допомагатимуть у реалізації визначеної програми, рекомендуватимуть найкращі напрями використання залучених ресурсів, стежитимуть за доцільністю витрат та фінансовими звітами.

Благодійний фонд має розробити так званий фандрейзинговий план, в якому визначити цілі для збору пожертв та можливі джерела залучення коштів (від громадян, від корпоративного сектору, від трудових колективів тощо). Будь-яка фандрейзингова кампанія (кампанія зі збирання пожертв) передбачає чітко визначену ціль. Наприклад, лікарня хоче закупити прилад для штучної вентиляції легень новонароджених. Отже, до громадськості має бути доведено таку інформацію:

- опис приладу та його призначення;
- обґрунтування необхідності придбання приладу, включаючи статистичні дані про те, яким чином він допоможе в лікуванні;
- вартість приладу;
- відомості про виробників та тендерні пропозиції (не менше трьох);
- обґрунтування вибору певного виробника (не обов'язково треба закуповувати найдешевше обладнання, може бути й найдорожче, якщо є підтвердження того, що саме цей виробник найкращий);

Передусім слід визначити цільові аудиторії, на які спрямовувати пропозиції долучитися до творення доброї справи. Фандрейзингова кампанія має врахувати всі можливі способи звернутися до громадян та бізнесу



- місце розташування приладу, якщо він буде придбаний, та умови його використання для надання допомоги громадянам (обов'язково використання придбаного приладу має здійснюватися на безоплатній основі).

Чим докладнішою є інформація про ціль збирання пожертв, чим доступніша вона для пересічних громадян і чим вона для них ближча, тим вищим буде відсоток підтримки. Якщо інформація про кінцеву ціль буде розмитою, на зразок «ви здайте гроші, а ми купимо прилад, який врятує всіх», то довіри до такої акції не варто очікувати.

### ■ ПІДХОДИ ДО ЗАЛУЧЕННЯ БЛАГОДІЙНИХ ПОЖЕРТВ

Передусім слід визначити цільові аудиторії, на які спрямовувати пропозиції долучитися до творення доброї справи. Фандрейзингова кампанія має врахувати всі можливі способи звернутися до громадян та бізнесу. Якщо вартість приладу, який необхідно придбати, становить 20 тис. грн, то таку суму можна зібрати протягом 3–4 місяців, поставивши скриньки для благодійних пожертв у лікарнях, супермаркетах міста. Проте якщо вартість приладу 50–100 тис. грн, то, очевидно, що без певної кількості пожертв у розмірі від 1000 грн фандрейзингова кампанія може розтягнутися в часі. Для збору пожертв на ще більш дорогівартісні прилади та потреби фандрейзингова кампанія має передбачити більшу кількість підходів.

З досвіду успішних фандрейзингових кампаній — Всеукраїнський благодійний фонд «Серце до серця» щороку збирає благодійні пожертви в розмірі від декількох мільйонів гривень (в 2011 році — понад 4 млн грн), які спрямовує на придбання медичного обладнання для лікарень в Україні.

У Рівному була проведена акція «Я хочу жити», ініціаторами якої стали працівники компанії «АссісТас» спільно з Фондацією імені князів-благодійників Острозьких, які встановлювали скриньки для благодійних пожертв у супермаркетах, а також проводили вуличні акції зі збору благодійних пожертв. Протягом двох місяців було зібрано 21 тис. грн на апарат зволоження та підігріву повітря для новонароджених дітей (вагою від 500 г), які потребують особливого догляду.

### ■ ПЕРШІ ТА НАЙПРОСТІШІ КРОКИ

У лікарні та в інших громадських місцях слід розмістити інформацію про початок фандрейзингової кампанії та її цілі, а також заклик до громадян долучитися до цієї кампанії. Обов'язково треба зазначити, яким чи-

ном кожен небайдужий може зробити внесок (покласти гроші у скриньку для благодійних пожертв, перерахувати на банківський рахунок тощо).

Благодійний фонд має встановити скриньки для благодійних пожертв у лікарні та інших доступних громадських місцях. Лікарня має максимально допомагати, наприклад, домовитися із партнерськими закладами та установами про встановлення скриньок. На жаль, поки що досить мало громадян знають, як перерахувати благодійну пожертву через інтернет, за банківським рахунком тощо. Не варто очікувати, що черги небайдужих громадян вишикуються до благодійного фонду зі своєю пожертвою (яка в середньому становить 10–50 грн), якщо фонд сам до них не прийде.

Доцільно залучити волонтерів для допомоги в розміщенні скриньок, а також для участі у вуличних волонтерських акціях збору пожертв. У весняно-літній період можна проводити щотижневі волонтерські акції, під час яких запропонувати громадянам зробити благодійну пожертву і таким чином долучитися до доброї справи. Лікарня може допомогти із залученням волонтерів, звернувшись до медичних навчальних закладів (училищ, ВНЗ тощо). Такі акції дають можливість не лише зібрати додаткові кошти, а й поширити інформацію серед громадян про благодійну програму. Перед кожним заходом для волонтерів слід провести інструктаж, як поводитися зі скринькою для пожертв, як звертатися до громадян. Кожен волонтер, що бере участь в акції, має розуміти, на що саме збираються кошти, якою є його роль у цьому процесі.

Благодійний фонд має зробити розсилку листів-звернень для бізнесу установ міста. До цих листів, надрукованих на офіційних бланках, можна і варто приєднувати листи підтримки програми від лікарні, державних установ та інших партнерських організацій. У листах мають бути окреслені можливі шляхи підтримки програми. Наприклад, зробити фінансовий внесок (перерахувати благодійну пожертву) або оплатити частину вартості приладу визначеного виробника тощо. Звернення до бізнесу установи як потенційного спонсора — це дуже відповідальна справа, яка потребує ретельної підготовки. Оскільки від некоректного листа може постраждати імідж не лише благодійного фонду, а й лікарні, для якої збираються кошти.

До фандрейзингової кампанії можна і варто включати такі заходи, як благодійна лотерея чи аукціон, благодійний бал тощо. Кошти та ресурси для своїх потреб лікарня може залучати через діючі програми та проекти благодійних фондів («МедФармБанк», «Банк благодійних подарунків», «Благодійна поштова листівка»), всеукраїнські акції, такі як «Серце до серця», а також проекти фонду «Карітас Україна», благодійного фонду Ріната Ахметова «Розвиток України» та цільові гранти міжнародних донорських організацій на реформування і модернізацію системи охорони здоров'я. ■



**Тетяна Бровченко**

головний державний інспектор Державної інспекції промислової безпеки та охорони праці у соціально-культурній сфері Територіального управління Держгірпромнагляду по Київській області та м. Києву

Інструкції з охорони праці мають бути розроблені в усіх медичних закладах незалежно від форми власності. Минулого року ми почали друкувати інструкції з охорони праці для медичних закладів. На численні прохання читачів з нового року продовжуємо рубрику «Охорона праці»

# Інструкції з охорони праці для медичних закладів

Інструкції, які діють у закладі, належать до нормативних актів про охорону праці, чинних у межах закладу. Ці інструкції розробляються на основі державних міжгалузевих і галузевих нормативних актів про охорону праці, примірних інструкцій та технологічної документації закладу з урахуванням вимог безпеки, викладених в експлуатаційній та ремонтній документації. Порушення вимог інструкції розглядається як порушення трудової дисципліни, за яке до працівника може бути застосоване стягнення згідно з чинним законодавством.

Головне управління охорони здоров'я м. \_\_\_\_\_

Міська клінічна лікарня № \_\_\_\_\_

ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар МКЛ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Петренко О. І.

(підпис)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

## ІНСТРУКЦІЯ З ОХОРОНИ ПРАЦІ № \_\_\_\_\_ для лікаря

### I. Загальні положення

- 1.1. Дія інструкції поширюється на всіх лікарів міської клінічної лікарні № \_\_\_\_\_.
- 1.2. На території лікувального закладу заборонено вживати алкогольні напої, наркотичні та токсичні засоби.
- 1.3. Лікар зобов'язаний дбати про особисту безпеку, а також про безпеку і здоров'я людей, що оточують його, у процесі виконання будь-яких робіт чи під час перебування на території лікувального закладу (ст. 14 Закону України «Про охорону праці»).
- 1.4. До самостійного виконання робіт допускаються особи, які:
  - досягли 18-ти років;
  - пройшли медичний огляд;
  - пройшли навчання та інструктаж з охорони праці, правил надання першої допомоги потерпілим від нещасних випадків, правил поведінки під час аварій.
- 1.5. Лікар зобов'язаний:
  - працювати чесно і сумлінно, своєчасно і точно виконувати розпорядження керівника структурного підрозділу, дотримуватись трудової і технологічної дисципліни, дбайливо ставитись до майна закладу;
  - вчасно приходити на роботу, використовувати весь робочий час для продуктивної роботи, утримуватись від дій, що заважають іншим працівникам виконувати їх трудові обов'язки;
  - дотримуватись порядку та чистоти на своєму робочому місці, а також на території закладу, передавати своє робоче місце, обладнання і устаткування у належному стані;
  - знати і виконувати вимоги нормативно-правових актів з охорони праці, правила роботи з машинами, механізмами, обладнанням, користуватися засобами індивідуального захисту;
  - дотримуватись обов'язків з охорони праці, передбачених колективним договором і правилами внутрішнього трудового розпорядку закладу, а саме:
    - а) своєчасно розпочинати і закінчувати роботу;
    - б) не виконувати роботу, не передбачену посадовою інструкцією;
    - в) не перебувати на роботі у неробочий час без відповідного дозволу керівника;
      - співпрацювати з керівником структурного підрозділу у справі організації безпечних та нешкідливих умов праці, особисто вживати заходів щодо усунення ситуацій, які створюють загрозу життю та здоров'ю людей, повідомляти про небезпеку свого безпосереднього керівника;
      - систематично підвищувати рівень професійних знань та майстерності.
- 1.6. У процесі роботи на лікаря можуть впливати такі небезпечні та шкідливі чинники:
  - значне психічне та нервово-емоційне напруження (робота в умовах гострих та хронічних стресогенних факторів, висока юридична та моральна відповідальність);
  - значне статичне фізичне навантаження;
  - навантаження зорового, слухового аналізаторів;
  - часте порушення режиму праці та сну, робота в нічний час;
  - біологічні (інфекційні) фактори.
- 1.7. Лікарям видається безкоштовно за встановленими нормами спеціальний одяг, взуття, маски, одноразові рукавички тощо. Безкоштовно видаються також мило, мийні та дезінфікуючі засоби.

1.8. Під час виконання професійних обов'язків лікарі зобов'язані дотримуватися вимог санітарних норм і особистої гігієни:

- працювати лише у засобах індивідуального захисту;
- утримувати робоче місце в чистоті;
- зберігати і вживати їжу тільки у спеціально відведених місцях;
- після закінчення роботи ретельно вимити руки.

1.9. Відповідно до Закону України «Про охорону праці» (ст. 44) особи, які не виконують вимоги інструкції з охорони праці, притягуються до дисциплінарної, матеріальної, адміністративної та кримінальної відповідальності (залежно від характеру порушень).

## **2. Вимоги безпеки перед початком роботи**

2.1. Перевірити та одягнути засоби індивідуального захисту.

2.2. На робочому місці мають бути тільки необхідні для виконання певної роботи медичні інструменти, препарати, обладнання та прилади.

2.3. Перевірити справність обладнання та інструментарію.

2.4. Перед початком роботи з електроапаратурою перевірити справність електродротів, за допомогою яких обладнання підключається до електромережі, з урахуванням того, що апарати мають підключатися до електромережі гнучким кабелем чи шнуром, ізольованим гумовою трубкою. Використання електродротів з пошкодженими ізоляцією чи заземленням заборонено.

2.5. При виявленні несправностей обладнання чи пошкодженні засобів захисту слід сповістити про це безпосереднього керівника. До усунення виявлених несправностей починати роботу заборонено.

## **3. Вимоги безпеки під час роботи**

3.1. Лікар:

- призначає діагностичні та лікувальні процедури;
- проводить інструментальні дослідження;
- оглядає хворих у кабінеті або в палатах.

3.2. Забороняється залишати без нагляду підключені до електромережі прилади.

3.3. У разі виявлення несправностей в електромережі слід негайно вимкнути обладнання.

3.4. Стерилізатори та інші нагрівальні прилади слід встановлювати на вогнетривкій підставці.

3.5. Під час роботи з дезінфікуючими засобами:

- одягати халат, маску, гумові рукавички, фартух, за потреби — захисні окуляри;
- у разі потрапляння розчинів на шкіру чи слизові оболонки слід негайно промити їх проточною водою.

3.6. Працювати з токсичними препаратами у спецодязі. Зберігати сильнодіючі речовини у закритих металевих шафах. Доступ до них мають лише особи, відповідальні за їх витрату і зберігання.

## **4. Вимоги безпеки після закінчення роботи**

4.1. Прибрати робоче місце.

4.2. Обладнання, яке використовувалося під час роботи, вимкнути або привести в режим, обумовлений інструкцією з експлуатації.

4.3. Перевірити, щоб електромережа була вимкнена.

4.4. Зняти спецодяг та інші засоби індивідуального захисту і прибрати їх у спеціально відведене місце.

4.5. Повідомити безпосереднього керівника про недоліки, які мали місце під час роботи.

## **5. Вимоги безпеки в аварійних ситуаціях**

До аварійних ситуацій належать:

- коротке замикання у мережі електроживлення;
- ураження працівника електричним струмом;
- інші аварійні ситуації, не пов'язані безпосередньо з виконуваними роботами.

5.1. Кожен працівник, який першим виявив загрозу виникнення аварійної ситуації, повинен негайно припинити роботу.

5.2. Про загрозу виникнення аварійної ситуації працівник повинен негайно повідомити безпосереднього керівника. Роботу відновити можна лише з дозволу безпосереднього керівника.

5.3. Під час короткого замикання у мережі електроживлення відключити електрообладнання і викликати особу, відповідальну за експлуатацію електромереж.

5.4. При займанні у мережі електропостачання слід вимкнути обладнання і почати гасіння пожежі з використанням вогнегасників.

5.5. При ураженні працівника електричним струмом:

- звільнити потерпілого від дії електричного струму;
- відключити електромережу;
- звільнити потерпілого від струмопровідних частин із застосуванням діелектричних захисних засобів або інших ізолюючих речей і предметів (сухого одягу, сухої жердини, гумового матеріалу тощо);
- перерізати або перерубати дріт будь-яким інструментом з ізолюючою рукояткою, виключити можливість додаткового травмування потерпілого.

5.6. Надавати морально-психологічну підтримку потерпілому. Неприпустимі грубість, роздратування, докори в необережності, недотриманні правил безпеки тощо.

5.7. У разі виникнення пожежі слід:

- припинити роботу;
- знеструмити електрообладнання, вентиляцію;
- повідомити про пожежу безпосереднього керівника;
- негайно взяти участь в евакуації хворих;
- розпочати гасіння осередку займання наявними засобами пожежогасіння;
- повідомити про пожежу за телефоном «101».

Розробив

\_\_\_\_\_ (посада керівника підрозділу-розробника)

\_\_\_\_\_ (особистий підпис)

\_\_\_\_\_ (ініціали, прізвище)

ПОГОДЖЕНО

Керівник служби охорони праці закладу

\_\_\_\_\_ (особистий підпис)

\_\_\_\_\_ (ініціали, прізвище)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Яким чином медичним працівникам оплачуються курси підвищення кваліфікації, і чи зберігається заробітна плата під час перебування на курсах? У яких випадках виплачується грошова допомога?

Тамара Будник

консультант  
з питань трудових  
відносин в охороні  
здоров'я

# Оплата курсів підвищення кваліфікації

Законом України «Основи законодавства про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2802-XII передбачено, що медичні та фармацевтичні працівники мають право на підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах охорони здоров'я (п. «в» ст. 77).

Постановою Кабінету Міністрів України «Про гарантії і компенсації для працівників, які направляються для підвищення кваліфікації, підготовки, перепідготовки, навчання інших професій з відривом від виробництва» від 28 червня 1997 р. № 695 серед іншого була встановлена така гарантія, як збереження середньої заробітної плати за основним місцем роботи на період навчання. Водночас за вчителями та іншими працівниками освіти, які направлялися на курси і до

інститутів удосконалення вчителів, зарплата зберігалася за кожним місцем роботи.

Збереження зарплати за кожним місцем роботи лише для працівників освіти викликало обурення медиків, адже працюють вони, як і освітяни, у державних закладах. З огляду на це, Профспілці працівників охорони здоров'я України вдалося досягти порозуміння з Кабінетом Міністрів України щодо однакового підходу і для учителів, і для медичних працівників. Кабінет Міністрів України ухвалив постанову «Питання оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» від 11 травня 2011 р. № 524 (далі — Постанова № 524), в якій визначено: за медичними і фармацевтичними працівниками державних і комунальних закладів (установ), які направляються до закладів післядипломної освіти для підвищення кваліфікації, підготовки і перепідготовки, зберігається середня заробітна плата за кожним місцем роботи згідно із законодавством.

Отже, нині для лікарів та середнього медичного персоналу, які працюють за сумісництвом у своїй установі охорони здоров'я чи в іншій, зберігається середня зарплата за усіма місцями роботи при направленні їх на курси удосконалення чи підвищення кваліфікації.

Крім того, за нормами Постанови № 524, з 1 січня 2012 року медичним і фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів (установ) охорони здоров'я під час основної щорічної відпустки виплачуватиметься допомога на оздоровлення, як і педагогічним працівникам, у розмірі посадового окладу.

Випускникам вищих навчальних закладів, які здобули освіту за напрямками і спеціальностями медичного та фармацевтичного профілю й уклали на строк не менш як три роки договір про роботу в закладах охорони здоров'я, що розташовані у сільській місцевості та селищах міського типу, а також про роботу в інших закладах охорони здоров'я на посадах лікарів загальної практики (сімейних лікарів), дільничних лікарів-педіатрів і лікарів-терапевтів, згідно з Постановою № 524, надається одноразова адресна грошова допомога у п'ятикратному розмірі мінімальної заробітної плати у порядку, затвердженому Міністерством охорони здоров'я України за погодженням з Міністерством фінансів.

Тож чекатимемо видання відповідного наказу та роз'яснення щодо інших працівників установ охорони здоров'я, які не мають медичної освіти, але працюють у галузі (наприклад, біологи, зоологи тощо), умови оплати праці яких прирівняні до оплати праці медичних працівників. ■

Нині для лікарів та середнього медичного персоналу, які працюють за сумісництвом у своїй установі охорони здоров'я чи в іншій, зберігається середня зарплата за усіма місцями роботи при направленні їх на курси удосконалення чи підвищення кваліфікації



## ВІДПОВІДАЄМО НА ЗАПИТАННЯ



На запитання читачів відповідає **Лідія Гавриленко**, головний спеціаліст із соціальних питань Центрального комітету профспілки працівників охорони здоров'я України

### Робота молодого спеціаліста за направленням



**Чи можна молодому терапевту після направлення до ЦРЛ (бюджетна форма навчання, без забезпечення житлом, без компенсації за проїзд) працювати менш як на ставку?**

Працевлаштування молодих спеціалістів регулюється статтею 56 Закону України «Про вищу освіту» від 17 січня 2002 р. № 2984-III, статтею 197 КЗпП, постановою Кабінету Міністрів України «Про Порядок працевлаштування випускників вузів, підготовка яких здійснювалася за держзамовленням» від 22 серпня 1996 р. № 992 (*далі* — Порядок № 992), Указом Президента України «Про заходи щодо реформування системи підготовки спеціалістів та працевлаштування випускників вищих навчальних закладів» від 23 січня 1996 р. № 77/96 (зі змінами, внесеними Указом Президента України від 16 травня 1996 р. № 342), наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням» від 25 грудня 1997 р. № 367 (*далі* — Наказ № 367) та постановою Кабінету Міністрів України «Про порядок формування та розміщення держзамовлень на поставку продукції для державних потреб та контролю за їх виконанням» від 29 лютого 2006 р. № 266.

Відповідно до норм зазначених вище нормативних актів обмеження щодо працевлаштування на повну або неповну ставку не встановлюється. Вимогою є тільки працевлаштування за основним місцем роботи, з оформленням за трудовою книжкою. Проте працевлаштування випускника має відповідати заявленій потребі в молодих спеціалістах.

Відповідно до пункту 18 Порядку № 922 та пункту 8.2 Наказу № 367 керівництво вищого навчального закладу, підготовка в якому здійснювалась за державним замовленням, за рік до закінчення навчання пропонує випускнику посаду у закладі охорони здоров'я (*далі* — замовник) з виданням направлення на роботу. На підставі цього направлення замовник укладає угоду з випускником, якою передбачені взаємозобов'язання: з боку замовника — щодо розміру заробітної плати, забезпеченості житлом, інших соціальних гарантій, з боку випускника — щодо обов'язкового відпрацювання за направленням не менше трьох років.

Направлення на роботу містить інформацію про заклад, до якого направлено випускника, посаду, посадовий оклад та забезпечення житлом.

Згідно з пунктом 33 Наказу № 367 випускники, які одержали направлення на роботу в іншу місцевість, а також члени їхніх сімей забезпечуються житлом згідно з чинним законодавством та умовами направлення. З огляду на викладене, випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалась за державним замовленням, замовники мають забезпечувати роботою за набутою спеціальністю з оплатою місячного посадового окладу, житлом, якщо це було передбачено угодою.

Інакше кажучи, якщо було заявлено потребу на одну ставку, або укладено контракт з ВНЗ, в якому здійснюється підготовка спеціаліста, заклад повинен працевлаштувати на заявлену посаду на ставку.

## Норми навантаження для лікарів санаторію



**Наш гастроентерологічний санаторій розраховано на 160 ліжок. Працюємо цілорічно. Визначте, будь ласка, для нас: скільки відпочивальників має прийняти і пролікувати терапевт за місяць, скільки він може вести хворих одночасно? Чи існує така законодавчо підтверджена норма?**

Норми навантаження для лікарів санаторіїв затверджені у додатку 37 до наказу МОЗ України «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» від 23 лютого 2000 р. № 33.

Так, відповідно до пункту 3 цього додатку посади лікарів у санаторіях вводяться з розрахунку одна посада на 50 ліжок. Виходячи з цього нормативу визначається норма навантаження на одного лікаря: у гастроентерологічному санаторії 160 ліжок, тому в штатному розписі санаторію має бути затверджено три посади лікарів-гастроентерологів, які проводять лікування хворих на захворювання органів травлення.

Крім того, на кожні 150 ліжок може бути введено посаду завідувача.

### **Чергування лікарів понад місячну норму відпрацьованого часу**



**Працюю лікарем по 7,7 години на день п'ять днів на тиждень (тобто відпрацьовую місячну норму робочого часу). Додатково ставлять у графік нічні чергування по 16 годин, які відмовляються оплачувати. Чи зобов'язаний я чергувати? Який порядок надання вихідних і тривалість відпочинку після чергування?**

Для забезпечення надання медичної допомоги хворим у вечірній, нічний час, вихідні і святкові дні в закладах охорони здоров'я організуються чергування лікарів. У санаторіях на 100 і більше ліжок чергування лікарів забезпечується штатними посадами санаторію в межах їх робочого часу за обліковий період за графіком, затвердженим керівником закладу (п. 13 додатка 37 до наказу МОЗ України «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» від 23 лютого 2000 р. № 33).

Відповідно до статті 61 КЗпП у закладах охорони здоров'я, як правило, застосовується щомісячний облік робочого часу. Тривалість нічної роботи дорівнює денній і становить до 12 годин на зміну. Призначати працівника на роботу протягом двох змін підряд забороняється. За рішенням трудового колективу дозволяється встановлювати тривалість робочої зміни до 24 годин (крім водіїв санітарного транспорту) за погодженням з профспілкою (розділ V наказу МОЗ України «Про затвердження Галузевих правил внутрішнього трудового розпорядку» від 18 грудня 2000 р. № 204-О).

Організація чергувань та оплата праці лікарів визначені у пункті 5.2 спільного наказу Мінпраці та МОЗ України «Про впорядкування Умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 5 жовтня 2005 р. № 308/519. Графік чергувань складається щомісяця, виходячи зі встановленої місячної норми робочого часу лікарів за рахунок скорочення тривалості їх робочих змін протягом місяця, і затверджується керівником закладу за погодженням з профспілкою.

Згідно з чинним законодавством (ст. 51 КЗпП та ст. 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я) для медичних працівників, які працюють у нормальних умовах праці, встановлено скорочену тривалість робочого часу 38,5 години на тиждень. Робочий час медичних працівників розраховується помісячно. Кількість чергувань чинним законодавством не встановлено.

За чергування в межах місячної норми робочого часу додатковій оплаті підлягають:

- у робочі дні тижня — лише години чергування у нічний час, яким вважається час з десятої години вечора до шостої години ранку, — у розмірі 35 відсотків посадового окладу;
- у вихідні і святкові дні — за згодою сторін може надаватися інший день відпочинку або здійснюватися оплата у розмірі одинарної годинної ставки понад оклад (ст. 72 та 107 КЗпП).

У разі неможливості забезпечити чергування наявними штатними лікарями в межах місячної норми їх робочого часу оплата за додаткові чергування без займання штатних посад понад місячну норму робочого часу здійснюється за рахунок фонду оплати праці закладу. Ці кошти мають бути передбачені у кошторисі закладу. Залучення лікарів до роботи понад місячну норму здійснюється за їх згодою. У цьому випадку оплата чергувань, що виконуються у робочі дні тижня, проводиться у одинарному розмірі понад оклад, а у вихідні та неробочі дні — у розмірі подвійної годинної або денної ставки понад оклад (ст. 106 та 107 КЗпП).

З огляду на викладене, графік чергувань лікарів має складатися з урахуванням чинних норм трудового законодавства України.

# КЛУБ КАДРОВИКІВ

Шановні колеги!

**ЗАПРОШУЄМО ДО УЧАСТІ ФАХІВЦІВ  
КАДРОВИХ СЛУЖБ ПІДПРИЄМСТВ!**

**Періодичність:** зустрічі 1 раз на місяць  
**Формат:** майстер-класи, доповіді, семінари, дискусії.

Засідання в клубі проходять у теплій атмосфері, у колі колег і друзів, які завжди готові допомогти порадою.

**КЛУБ КАДРОВИКІВ** створений для тих, хто любить працювати з людьми!

**Умови участі:** Потрібна попередня реєстрація!  
(44) 507-2227, [pr@mediapro.com.ua](mailto:pr@mediapro.com.ua)  
Місце проведення клубу: м. Київ

**Тема засідання:**  
**Кадрові питання  
в медичних закладах (лютий 2012)**



Детальніше про засідання і теми наступних зустрічей — на сайті [www.KADROVIK.ua](http://www.KADROVIK.ua)

**Організатори:** Щомісячний професійний журнал «Довідник кадровика»  
Всеукраїнська асоціація кадровиків ([www.KADROVIK.ua](http://www.KADROVIK.ua))

**ДОВІДНИК  
КАДРОВИКА**



На запитання читачів відповідає **Тамара Будник**, консультант з питань трудових відносин в охороні здоров'я

### Оплата праці заступника головного лікаря з медсестринства



**Працюю заступником головного лікаря з медсестринства у ЦРЛ на 315 ліжок. До ЦРЛ належать ще 14 амбулаторій сімейної медицини та 28 ФАПів. Загальна кількість підпорядкованого середнього медперсоналу — 460 осіб. Маю вищу кваліфікаційну категорію. Освіта — магістр «Сестринська справа». Загальний стаж роботи 20 років. Отримую зарплату як головна медсестра. Яким чином має здійснюватися оплата моєї праці?**

Умовами оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту, що затверджені наказом Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 5 жовтня 2005 р. № 308/519, передбачено, що заступникам керівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення (у тому числі заступнику головного лікаря з питань медсестринства) посадові оклади встановлюються на 5–15 відсотків нижче від посадового окладу керівника такого закладу без урахування підвищень за кваліфікаційну категорію, шкідливі і важкі умови праці.

Керівникам закладів охорони здоров'я та їх заступникам з числа лікарів посадовий оклад підвищується за наявності кваліфікаційної категорії за спеціальністю «організація та управління охороною здоров'я», які мають:

- вищу кваліфікаційну категорію — на 44,9 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;
- першу кваліфікаційну категорію — на 31,9 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;
- другу кваліфікаційну категорію — на 24,1 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду.

Керівникам із числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою та головним медичним сестрам, які мають:

- вищу кваліфікаційну категорію — на 28,3 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;
- першу кваліфікаційну категорію — на 18,4 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду;
- другу кваліфікаційну категорію — на 8,7 відсотка тарифної ставки працівника I тарифного розряду.

Посадовою інструкцією заступника головного лікаря з медсестринства, яка затверджена 16 листопада 2007 р. першим заступником міністра охорони здоров'я України О. М. Біловолом, передбачено, що на посаду заступника головного лікаря з медсестринства призначається фахівець, який має базову вищу освіту (бакалавр) у галузі знань «Медицина» за спеціальністю «Сестринська справа» та стаж роботи за фахом не менше п'яти років. Наказом щодо атестації молодших спеціалістів з медичною освітою не передбачено, за якою спеціальністю має атестуватись заступник головного лікаря з медсестринства, хоча зазначено, що головні медичні сестри можуть атестуватися за будь-якою спеціальністю, що передбачено Номенклатурою для атестації сестер медичних. Але ці фахівці не можуть атестуватися як лікарі за спеціальністю «організація та управління охороною здоров'я».

Отже, підвищення посадового окладу заступнику головного лікаря з медсестринства має здійснюватися як керівнику із числа фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою та головним медичним сестрам, які мають відповідну атестаційну категорію за будь-якою спеціальністю, що передбачена Номенклатурою для атестації фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою.

## Гарантії прав для молодого спеціаліста



**Чи маю право на самостійне працевлаштування після закінчення інтернатури, якщо ЛПЗ, куди направили на роботу, не надає житла?**

Постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 1996 р. № 992 було затверджено Порядок працевлаштування випускників вищих

навчальних закладів, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням, у якому викладені права і обов'язки замовників та випускників, а також соціальні гарантії і компенсації для випускників. Міністерством охорони здоров'я України 25 грудня 1997 р. видано наказ № 367 «Про затвердження Порядку працевлаштування випускників державних вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням», який зареєстровано у Міністерстві юстиції України 15 квітня 1998 р. за № 246/2686 (далі — Наказ № 367). Наказ конкретизує норми урядової постанови щодо випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, підготовка яких здійснювалася за державним замовленням.

Наказом № 367, зокрема, передбачено, що з випускниками вищого медичного (фармацевтичного) закладу освіти, які навчалися за державним замовленням, укладається угода, і вони працевлаштовуються на роботу (до замовника) на підставі направлення на роботу. Такі випускники вважаються молодими спеціалістами протягом трьох років з моменту укладення ними трудового договору із замовником і зобов'язані відпрацювати за місцем призначення не менш як три роки.

Угода передбачає зобов'язання сторін. Нею, як правило, обумовлюється, що випускник зобов'язаний:

- прибути після закінчення вищого закладу освіти на місце направлення і відпрацювати не менше трьох років;
- у разі відмови їхати за призначенням — відшкодувати відповідно до державного або місцевого бюджетів вартість навчання в установленому порядку.

В угоді також зазначається, що усі спірні питання, які можуть виникати між сторонами, вирішуються в судовому порядку.

Сам випускник має право розірвати укладену з ним угоду з таких причин:

- встановлення інвалідності I або II групи, внаслідок чого випускник не може стати до роботи за місцем призначення;
- встановлення інвалідності I або II групи у дружини (чоловіка) випускника, у одного з батьків (або осіб, які замінюють батьків) випускника;
- якщо випускник — вагітна жінка; мати або батько, які мають дитину у віці до трьох років або дитину, яка згідно з медичним висновком потребує догляду (до досягнення нею шестирічного віку); одинока мати або батько, які мають дитину до чотирнадцяти років або дитину-інваліда;
- у разі проходження чоловіком (дружиною) військової служби (крім строкової) поза місцем розташування замовника;
- у разі вступу випускника закладу освіти I–II рівнів акредитації (медучилища) до вищих закладів освіти III–IV рівнів акредитації (медінститутів).

У цих випадках за рішенням комісії з працевлаштування випускників видається довідка про надання можливості самостійного працевлаштування.

Випускник повинен прибути до місця призначення у термін, визначений у направленні на роботу. Неявка випускника за рішенням комісії з працевлаштування випускників не звільняє його від обов'язку прибути на роботу за призначенням.

У разі якщо випускник не прибув за направленням або відмовився приступити до роботи за призначенням, чи його звільнено з ініціативи власника або уповноваженого ним органу за порушення трудової дисципліни або за власним бажанням протягом навчання в інтернатурі та до трьох років після закінчення останньої, він зобов'язаний відшкодувати до державного або місцевого бюджетів вартість навчання та компенсувати замовнику всі витрати.

Випускникам забезпечуються соціальні гарантії і компенсації — відпустка тривалістю 30 календарних днів з виплатою допомоги у розмірі місячної стипендії за рахунок замовника, забезпечення житлом, якщо випускник отримав направлення на роботу в іншу місцевість. За випускниками, які одержали направлення на роботу до іншої місцевості, житло за попереднім місцем проживання зберігається згідно із законодавством.

Якщо державний замовник не може забезпечити молодому спеціалісту соціальні гарантії, він може дати згоду на зміну його місця працевлаштування. Питання щодо зміни місця працевлаштування випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти вирішуються між державними замовниками. Контрольні функції покладаються на Міністерство охорони здоров'я України.

Випускники, яких не було забезпечено житлом згідно з угодою і які продовжують працювати за призначенням після закінчення терміну, мають право на позачергове одержання житла незалежно від терміну роботи за цим призначенням.

## Атестація бухгалтерів в установах охорони здоров'я



**Які документи необхідно підготувати для атестації працівників загальних професій (бухгалтер, економіст) у закладах охорони здоров'я?**

Умовами оплати праці працівників закладів охорони здоров'я, затвердженими спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» від 5 жовтня 2005 р. № 308/519



(далі — Наказ № 308) передбачено встановлення усім фахівцям (як з медичною освітою, так і для інженерно-технічного персоналу та працівників бухгалтерсько-економічних служб) посадових окладів залежно від їхньої кваліфікаційної категорії. Чим вища кваліфікаційна категорія у цих спеціалістів, тим вищий їх посадовий оклад.

Відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я України затверджені положення про атестацію лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я (бактеріологи, біологи, генетики, ентомологи тощо).

Стосовно атестації працівників інженерно-технічних та бухгалтерсько-економічних служб закладів охорони здоров'я, то, на жаль, законодавчі акти для проведення такої атестації відсутні. Атестація цієї категорії працівників встановлена лише для працівників підприємств та організацій на підставі нині чинних в Україні постанови Ради Міністрів СРСР «Про проведення атестації керівних, інженерно-технічних працівників та інших спеціалістів підприємств та організацій промисловості, будівництва, сільського господарства, транспорту та зв'язку» від 26 липня 1973 р. № 531 та Положення про проведення атестації керівних, інженерно-технічних працівників та інших спеціалістів підприємств і організацій промисловості, будівництва, сільського господарства, транспорту та зв'язку, затвердженого постановою Державного комітету Ради Міністрів СРСР з науки і техніки та Державного комітету Ради Міністрів СРСР з питань праці та заробітної плати від 5 жовтня 1973 р. № 470/267.

Зазначеними постановами передбачено, що атестація працівників має проводитися періодично, не рідше одного разу на п'ять років, атестаційними комісіями, які призначають керівники підприємств та організацій з-поміж керівних працівників та висококваліфікованих спеціалістів. До складу атестаційних комісій входять також представники профспілкових організацій. При атестації працівника враховується його особистий внесок у виконання виробничих планів, дотримання виробничої дисципліни, впровадження нової техніки та технологій, кваліфікація працівника.

Рішення за результатами атестації (заохочення працівника, переведення на іншу роботу, звільнення від займаної посади та інше) приймаються керівниками підприємств та організацій з дотриманням чинного трудового законодавства.

Враховуючи викладене, закладу охорони здоров'я потрібно самому розробити Положення про атестацію працівників інженерно-технічних та бухгалтерсько-економічних служб, сформувавши склад атестаційної комісії, встановити перелік документів, які має подавати претендент, та здійснити таку атестацію працівників. Серед документів, які подаються на атестацію, напевно має бути звіт про роботу за останні три роки, характе-

ристика працівника з відзначенням його ділових якостей; документи, що засвідчують перебування на курсах підвищення кваліфікації чи участь у семінарах, тощо.

Рішення атестаційної комісії затверджується наказом керівника закладу охорони здоров'я, працівнику видається посвідчення.

На підставі встановленої кваліфікаційної категорії визначається здоров'я посадовий оклад працівника.

### Навантаження лікарів загальної практики — сімейної медицини в амбулаторії



**Наша амбулаторія ЗП / СМ обслуговує 3018 осіб сільського населення. Штатним розписом затверджено чотири посади лікарів (головний лікар (чому через дефіс написано лікар ЗП / СМ!?) — 1 посада; лікар ЗП / СМ — 2 посади; стоматолог — 1 посада). Відомість відвідувань амбулаторії (Форма 039/0) методкабінет вимагає подавати так, ніби в амбулаторії працює три лікарі ЗП / СМ. Це означає, що навантаження посади головного лікаря має відповідати навантаженню лікаря ЗП / СМ? А різниця в робочому часі всього 18 хв. на день — на організацію та управління? Працюю на 1,0 посади головного лікаря та 0,5 посади лікаря ЗП / СМ. При нормі навантаження 1 пацієнт/12 хвилин прийому в амбулаторії та 1 пацієнт/30 хвилин відвідувань удома моє навантаження на день (при п'ятиденному робочому тижні), згідно з методичними вказівками, становитиме близько 29 пацієнтів на прийомі в амбулаторії та 12 пацієнтів — відвідувань удома. Чи справді так має бути? Якщо ні, то підкажіть, будь-ласка, як це можна юридично довести та яка насправді кількість відвідувань на день має бути в головного лікаря, який працює за сумісництвом лікарем ЗП / СМ на 0,5 посади?**

В охороні здоров'я оплата праці працівників залежить не від норм навантаження, а від відпрацьованого робочого часу. Вважається, що лікар чи медична сестра протягом усього робочого часу має надавати хворим необхідну їм медичну допомогу. Об'єктивно дуже важко відповісти на запитання щодо того, скільки часу потрібно лікареві, щоб надати хворому необхідну медичну допомогу. Наведені у запитанні норми щодо 12 хвилин для

обслуговування хворого на амбулаторному прийомі та 30 хвилин — при здійсненні такого обслуговування на дому є орієнтовними, вони розраховувались у радянські часи. Разом з тим їх і нині використовують у статистиці, коли хочуть порівняти виконання тим чи іншим лікарем своїх функцій.

Підставою ж для встановлення певної кількості лікарських посад у будь-якому закладі охорони здоров'я чи його структурному підрозділі є наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про штатні нормативи і типові штати закладів охорони здоров'я» від 23 лютого 2000 р. № 33 (далі — Наказ № 33). Саме за нормами цього наказу складаються штатні розписи в установах охорони здоров'я.

Звісно, у керівника маленької установи навантаження і обсяг роботи значно нижчі, ніж у великій установі. Саме тому в маленькій установі керівник одночасно може виконувати повноваження і керівника, і лікаря, що передбачається у Наказі № 33. Але жодним нормативним документом не передбачено, якою має бути ця пропорція.

Керівник установи охорони здоров'я може працювати на 0,5 ставки за сумісництвом на лікарській посаді. У таблиці обліку робочого часу ця робота позначається окремим рядком як робота за сумісництвом — з відпрацюванням у позаробочий час керівника додаткової норми робочого часу на 0,5 ставки. Будь-яка робота за сумісництвом має бути підтверджена документально записами в історіях хвороб або в інший спосіб.

## Медичні працівники у закладах охорони здоров'я



### **Які категорії працівників закладів охорони здоров'я належать до медичних працівників?**

Зазвичай медичними називають працівників, які мають спеціальну медичну освіту (закінчили медінститут чи медучилище або медичний коледж). Разом з тим є професійне свято — День медичного працівника, яке святкують усі категорії працівників, що працюють у закладах охорони здоров'я.

Що стосується оплати праці, норм робочого часу, пенсій за вислугу років чи будь-яких інших пільг, то тут нормативними документами держави слова «медичні працівники» не використовуються, а називаються ті чи інші категорії працівників. Наприклад, право на пенсію за вислугу років мають лікарі та молодші медичні спеціалісти незалежно від найменування їхніх посад. Право на встановлення надбавки за вислугу років на станціях швидкої медичної допомоги мають працівники виїзних бригад, що обслуговують такі виїзди. Тобто у всіх нормативних документах зазначаються конкретні категорії працівників закладів охорони здоров'я і ніде не використовуються слова «медичні» чи «немедичні працівники».



На запитання читачів відповідає **Ольга Чернетенко**, консультант з питань умов праці

### **Право на додаткову відпустку завідувача медпункту та лікаря-терапевта шахти**



**Чи має право на додаткову відпустку за особливий характер праці завідувач медичного пункту шахти (вона є поверхневим працівником, до шахти не спускається)? На шахту прийнята за сумісництвом на 0,5 ставки лікар-терапевт. Основним місцем роботи є центральна міська лікарня, де вона працює лікарем — дільничним терапевтом. Чи має право лікар, який працює за сумісництвом на шахті, отримувати щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці, і якої тривалості має бути ця відпустка?**

Право працівників на щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці визначається у суворій відповідності зі Списком виробництв, робіт, професій і посад працівників, робота яких пов'язана з підвищеним нервово-емоційним та інтелектуальним навантаженням або виконується в особливих природних і геологічних умовах та умовах підвищеного ризику для здоров'я, що дає право на щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 17 листопада 1997 р. № 1290, у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2003 р. № 679, зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2004 р. № 1674 (далі — Список).

Згідно з додатком 2 розділу XVII «Охорона здоров'я та соціальна допомога» Списку лікарів, молодші спеціалісти з медичною освітою,

молодші медичні сестри з догляду за хворими та молодші медичні сестри, які працюють у підземних оздоровчих пунктах мають право на щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці тривалістю до 7 календарних днів (поз. 124).

Керівники підземних здоровпунктів зазначеним розділом Списку не передбачені, отже, завідувач медичного пункту шахти права на щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці не має.

Згідно з поз. 132 цього ж розділу Списку право на щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці тривалістю до 7 календарних днів мають лікарі закладів та установ охорони здоров'я, освіти та соціального забезпечення.

Конкретна тривалість щорічної додаткової відпустки за особливий характер праці встановлюється колективним чи трудовим договором залежно від часу зайнятості працівника в цих умовах.

Згідно з Порядком застосування Списку, затвердженим наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 30 січня 1998 р. № 16 та зареєстрованим Міністерством юстиції України 30 січня 1998 р. за № 58/2498 (зі змінами, затвердженими наказом Мінпраці від 4 червня 2003 р. № 150 і зареєстрованими у Мін'юсті 18 червня 2003 р. за № 496/7817), додаткова відпустка за особливий характер праці надається пропорційно фактично відпрацьованому часу. У розрахунок часу, що дає право працівнику на таку відпустку, включаються дні, коли він фактично був зайнятий на роботах з особливим характером праці не менше половини тривалості робочого дня, встановленого для працівників цих виробництв, цехів, професій, посад.

Отже, лікар, який працює на 0,5 ставки, має право на щорічну додаткову відпустку тривалістю до 7 календарних днів у разі зайнятості на роботах з особливим характером праці весь робочий час, який відповідає 0,5 ставки.

Облік часу, відпрацьованого в зазначених умовах, здійснюється власником або уповноваженим ним органом.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України «Про роботу за сумісництвом працівників державних підприємств, установ і організацій» від 3 квітня 1993 р. № 245 відпустка на роботі за сумісництвом надається одночасно з відпусткою за основним місцем роботи.

### **Атестація робочих місць працівників геріатричного пансіонату**



**У геріатричному пансіонаті є посади: молодша медична сестра (прибиральник виробничих приміщень), сестра-господиня, сестра медична з дієтичного харчування. Їм передбачена додаткова відпуст-**

**ка 25 календарних днів. Чи потрібно проводити атестацію робочих місць цих працівників і які шкідливі фактори необхідно підтвердити?**

Згідно з підрозділом «Психіатричні (психоневрологічні), геріатричні, нейрохірургічні, наркологічні лікувально-профілактичні заклади та установи, відділення, палати та кабінети, а також установи (відділення) соціального захисту населення психоневрологічного типу та спеціальні будинки-інтернати для осіб, які звільнилися з місць позбавлення волі» розділу XVII «Охорона здоров'я, освіта та соціальна допомога» Списку виробництв, робіт, професій і посад працівників, робота яких пов'язана з підвищеним нервово-емоційним та інтелектуальним навантаженням або виконується в особливих природних і геологічних умовах та умовах підвищеного ризику для здоров'я, що дає право на щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 17 листопада 1997 р. № 1290, у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 13 травня 2003 р. № 679, із змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2004 р. № 1674 (далі — Список), право на щорічну додаткову відпустку мають:

- сестра медична з дієтичного харчування та сестра-господиня — тривалістю до 7 календарних днів;
- молодші медичні сестри з догляду за хворими, молодші медичні сестри та обслуговуючий персонал (буфетник, офіціант, робітник з обслуговування лазні, нянька, прибиральник виробничих приміщень) — тривалістю до 25 календарних днів.

Статтею 8 Закону України «Про відпустки» від 15 листопада 1996 р. № 504/96-ВР (далі — Закон № 504) передбачено, що конкретна тривалість щорічних додаткових відпусток за особливий характер праці встановлюється колективним або трудовим договором залежно від часу зайнятості працівника в цих умовах. Атестація робочих місць за умовами праці у цьому випадку не вимагається.

Відповідно до статті 9 Закону № 504 та Порядку застосування Списку, затвердженого наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 30 січня 1998 р. № 16 та зареєстрованого Міністерством юстиції України 30 січня 1998 р. за № 58/2498 (зі змінами, затвердженими наказом Мінпраці від 4 червня 2003 р. № 150 і зареєстрованими у Мін'юсті 18 червня 2003 р. за № 496/7817), додаткова відпустка за особливий характер праці надається пропорційно фактично відпрацьованому часу. У розрахунок часу, що дає право працівнику на таку відпустку, включаються дні, коли він фактично був зайнятий на роботах з особливим характером праці не менше половини тривалості робочого дня, встановленого для працівників цих виробництв, цехів, професій, посад.

Для працівників, передбачених зазначеним підрозділом, роботою з особливим характером праці є безпосередня зайнятість обслуговуванням хворих в установах та підрозділах (у тому числі у лікувально-трудових майстернях та підсобних сільських господарствах).

Безпосереднє обслуговування хворих — це робота, виконання якої здійснюється в умовах безпосереднього контакту медичного працівника і пацієнта: виконання діагностичних і лікувальних процедур, заходів з догляду за хворими. До цих робіт належить проведення масажу, ін'єкцій, процедур, маніпуляцій, роздача їжі хворим, годування хворих, їх транспортування, санітарна обробка хворих, зміна натільної та постільної білизни, обробка ванн, миття посуду, інструментарію, санітарно-гігієнічний догляд за хворими, прибирання палат і допоміжних приміщень у відділеннях тощо.

Отже, ті дні, коли працівники, про яких ідеться у запитанні, були безпосередньо зайняті обслуговуванням хворих не менше половини тривалості робочого дня, будуть зараховані до стажу, що дає право на щорічну додаткову відпустку за особливий характер праці, і залежно від кількості таких днів буде визначено конкретну тривалість щорічної додаткової відпустки.

## ТЕМАТИЧНИЙ СПЕЦВИПУСК



Індекс — **89082**

### «АКРЕДИТАЦІЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УСІХ ФОРМ ВЛАСНОСТІ»

- ❑ Державна акредитація (критерії, категорії, підготовка документів)
- ❑ Міжнародна акредитація (сертифікат серії ISO)
- ❑ Практичні поради від юристів
- ❑ Добірка усіх нормативних актів

*І півріччя 2012 року*

Детальніше за тел.: (44) **583-04-22**

e-mail: **podpiska@p-a.com.ua**



На запитання читачів відповідає **Олена Беденко-Зваридчук**, директор юридичної компанії «МедАдвокат», керівник проекту «Медико-правовий портал «103-law.org.ua», Голова комітету з медичного права Асоціації правників України

### **Робота лікарів швидкої допомоги у приймальному відділенні лікарні**



**Працюю в районній лікарні лікарем у відділенні швидкої допомоги. Головний лікар хоче щось оптимізувати за 370-м наказом і сказав, що між викликами лікарі швидкої допомоги працюватимуть у приймальному відділенні. Як мають оформити таку роботу, як її слід враховувати, за що ми повинні і можемо відповідати, якою має бути зарплата?**

Відповідно до Положення про відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги лікарні, затвердженого наказом МОЗ України від 1 червня 2009 р. № 370 (*далі* — Положення), можна реорганізувати приймальне відділення лікувальної установи у відділення екстреної медичної допомоги. При цьому дещо зміниться організація і обсяг первинної медичної допомоги. Втім, для проведення такої реорганізації Управління охорони здоров'я має видати відповідний наказ. За основу реорганізації було взято модель відділення екстреної медичної допомоги, яке існує за кордоном.

Відділення екстреної медичної допомоги за своєю суттю не тотожне станції швидкої допомоги. У пункті 2.2 Положення сказано: «До відділення приймаються особи, яких доставлено бригадами швидкої медичної допомоги, направлено на госпіталізацію лікарями лікувально-профілактичних закладів або які звернулися самостійно».

Штат відділення екстреної медичної допомоги формується відповідно до нормативів для приймальних відділень (наказ МОЗ України



«Про штатні нормативи і типові штати закладів охорони здоров'я» від 23 лютого 2000 р. № 33).

Проте лікарі-фахівці, які надають ургентну допомогу, можуть бути залучені до надання первинної медичної допомоги.

У разі необхідності для надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги пацієнтам, що поступили або звернулись до відділення, залучаються лікарі, що чергують у відділеннях лікарні в цілодобовому режимі (п. 4.2 Положення).

Щодо оформлення трудових відносин і оплату праці, слід звернути увагу на такі нюанси:

- якщо виїзні лікарі є штатними співробітниками лікарні (тобто станція або відділення швидкої допомоги, укомплектоване виїзними лікарями, є одним з відділень лікарні), то їх мають право залучати до огляду і надання невідкладної допомоги пацієнтам відділення екстреної допомоги;
- якщо станція швидкої допомоги є автономним підрозділом, то виїзних лікарів мають оформити як сумісників відділення екстреної допомоги з відповідною оплатою за відпрацьований час.

У першому випадку виїзний лікар є лікарем-консультантом, у другому — лікарем-сумісником відділення.

Наказом по лікарні має бути встановлено, яким чином обов'язки надання допомоги у відділенні екстреної медичної допомоги покладаються на виїзних лікарів швидкої допомоги, і чи передбачені за це премії або доплати за додаткове навантаження чи виконання додаткових робіт тощо. До того ж мають бути внесені зміни до посадових інструкцій. Якщо не буде дотримано цих вимог, лікарі не мають права надавати медичну допомогу пацієнтам.

У будь-якому випадку лікар несе повну юридичну відповідальність за правильність надання медичної допомоги пацієнтам.

### **Обязанности врача соблюдать инструкции к медицинскому препарату**



**Каковы обязанности врача? Обязан ли врач придерживаться условий и правил, указанных в инструкции к медицинскому препарату? Если да, то в каком приказе МОЗ или другом нормативном документе об этом сказано?**

Права и обязанности врача любой специальности регламентированы общегосударственными требованиями, в соответствии с которыми врач обязан:

- руководствоваться действующим законодательством Украины о здравоохранении и нормативно-правовыми актами, которые определяют организацию медицинской помощи населению и деятельность органов управления и учреждений здравоохранения;
- применять современные методы профилактики, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения, реабилитации и диспансеризации больных в пределах своей специальности, оказывать им скорую и неотложную медицинскую помощь;
- осуществлять наблюдение за побочными реакциями или действиями лекарственных средств;
- планировать работу и анализировать ее результаты;
- решать вопрос временной или постоянной нетрудоспособности пациентов;
- вести врачебную документацию;
- придерживаться принципов медицинской деонтологии;
- руководить работой среднего медицинского персонала;
- активно участвовать в распространении медицинских знаний среди населения;
- постоянно совершенствовать свой профессиональный уровень.

Для осуществления возложенных обязанностей врач должен знать:

- основы действующего законодательства о здравоохранении и нормативно-правовых актов, которые регламентируют деятельность органов управления и учреждений здравоохранения;
- основы права в медицине;
- права, обязанности и ответственность врача;
- основы медико-биологических и клинических наук;
- современную классификацию болезней;
- современные методы обследования, диагностики, лечения, реабилитации и диспансеризации больных;
- методы предоставления скорой и неотложной врачебной помощи, правила безопасности во время применения диагностической и лечебной аппаратуры;
- работу врачебно-консультативной и медико-социальной экспертной комиссий;
- правила оформления медицинской документации;
- современную литературу по специальности и методы ее обобщения.

Обязанность врача соблюдать предписания инструкции по применению лекарственного средства регламентирована Законом Украины «О лекарственных средствах» от 4 апреля 1996 г. № 123/96-ВР (далее — Закон о лекарственных средствах).

Так, в соответствии с частью седьмой статьи 9 Закона о лекарственных средствах, изложенной в редакции Закона № 3718-VI от 8 сентября 2011 г., в Государственный реестр лекарственных средств Украины вносятся следующие сведения о лекарственном средстве:

- название лекарственного средства (торговое название, международное непатентованное название);
- производитель (название, местонахождение юридического лица и его производственных мощностей);
- синонимы, химическое название, полный состав лекарственного средства;
- фармакологическое действие, фармакотерапевтическая группа лекарственного средства;
- показания, противопоказания, меры пресечения, взаимодействие с другими лекарственными средствами;
- способы применения, доза действующего вещества в каждой единице и количество единиц в упаковке;
- косвенное действие, форма выпуска, условия хранения, срок годности, условия отпуска;
- инструкция для медицинского применения лекарственного средства;
- фармакопейная статья или методы контроля качества лекарственного средства.

Кроме того, в Украине действуют государственный и местные формуляры лекарственных средств, которые являются обязательными для использования в работе медицинскими работниками.

### **Відмова в прийнятті документів на атестацію**



**У грудні 2010 року, після випадку материнської смертності в пологовому будинку, в обласному відділі охорони здоров'я була проведена позачергова атестація, за наслідками якої з мене було знято другу категорію (термін дії сертифіката фахівця — до 2009 року, свідоцтва про присвоєння другої категорії — до 2012 року). У 2011 році на підставі клопотання адміністрації пологового будинку, а також з урахуванням достатнього стажу роботи (9 років) і кількості балів (175) пройшов ПАЦ в КМАПО, де успішно склав іспит на присвоєння першої категорії. Обласний фахівець, незважаючи на рекомендації кафедри і клопотання адміністрації пологового будинку, приймати документи для атестації на першу категорію відмовляється. Чи правомірні його дії?**

Порядок проведення атестації лікарів регламентовано наказами МОЗ України «Про подальше удосконалення атестації лікарів» від 19 грудня

1997 р. № 359 (*далі* — Положення про порядок проведення атестації лікарів) та «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» від 7 липня 2009 р. № 484.

Зокрема, пунктом 3.6 Положення про порядок проведення атестації лікарів передбачено, що атестаційна комісія виносить свою ухвалу про присвоєння лікарю-фахівцю кваліфікаційної категорії на підставі рецензії на звіт, документів, поданих відповідно до п. 3.4, і співбесіди з фахівцем. Встановлювати категорії, що вищі ніж рекомендовані навчальним закладом або факультетом післядипломної освіти, комісії не дозволяється.

При присвоєнні кваліфікаційних категорій рекомендується дотримуватися послідовності: друга, перша, вища (п. 3.8 Положення про порядок проведення атестації лікарів).

Отже, дії обласного фахівця не суперечать чинному законодавству України. Ви можете зараз атестуватися на другу категорію, а через півтора-два роки, за наявності стажу понад 10 років, пройти ще раз курси і отримати першу категорію.

## Посадові особи лікувальних закладів і антикорупційне законодавство



**Яким чином антикорупційне законодавство стосується сфери надання медичної допомоги та медичних послуг? Хто є посадовими особами в державних та приватних лікувальних закладах? Які обмеження введено для таких осіб з огляду на корупційні правопорушення?**

З 1 липня 2011 року набув чинності Закон України «Про засади запобігання та протидії корупції в Україні» від 7 квітня 2011 р. № 3206-VI (*далі* — Закон № 3206), яким до Кодексу України про адміністративні правопорушення від 7 грудня 1984 р. № 8073-X (*далі* — КпАП) та Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р. № 2341-III (*далі* — ККУ) внесено санкції щодо корупційних правопорушень, у тому числі таких, що можуть бути вчинені в медичній сфері.

Відповідаючи на запитання, вважаю за доцільне спершу розглянути основні положення та терміни, якими оперує Закон № 3206:

- адміністративно-господарські обов'язки — це повноваження з управління чи розпорядження державним, колективним чи приватним майном (установлення порядку його зберігання, переробки, реалізації, забезпечення контролю за цими операціями тощо);
- корупція — використання особою, зазначеною в частині першій статті 4 цього Закону, наданих їй службових повноважень та пов'язаних

із цим можливостей з метою одержання неправомірної вигоди або прийняття обіцянки / пропозиції такої вигоди для себе чи інших осіб, або відповідно обіцянка / пропозиція чи надання неправомірної вигоди особі, зазначеній в частині першій статті 4 цього Закону, або на її вимогу іншим фізичним чи юридичним особам з метою схилити цю особу до протиправного використання наданих їй службових повноважень та пов'язаних із цим можливостей;

- корупційне правопорушення — умисне діяння, що містить ознаки корупції, вчинене особою, зазначеною у частині першій статті 4 цього Закону, за яке законом встановлено кримінальну, адміністративну, цивільно-правову та дисциплінарну відповідальність;
- неправомірна вигода — грошові кошти або інше майно, переваги, пільги, послуги, нематеріальні активи, що їх без законних на те підстав обіцяють, пропонують, надають або одержують безоплатно чи за ціною, нижчою за мінімальну ринкову;
- посадові особи — особи, які займають відповідні посади чи виконують відповідні функції в органах державної влади, органах місцевого самоврядування, на державних підприємствах, в установах і організаціях, підприємствах приватної чи колективної форм власності (у тому числі спільних, кооперативних та інших підприємствах) тощо, на яких законами або іншими нормативними актами покладено здійснення організаційно-розпорядчих та консультативно-дорадчих функцій.

Отже, особами, на яких поширюється дія антикорупційного законодавства, в медичній сфері є (не залежно від форми власності лікувально-профілактичної установи):

- керівники відділів охорони здоров'я та їхні заступники;
- керівники медичних установ: головні лікарі, директори інститутів тощо, головні медичні сестри / фельдшери / акушерки;
- заступники керівників ЛПУ: начмед, головний бухгалтер тощо;
- керівники структурних підрозділів: завідувач відділення / відділу / служби, старші медичні сестри / фельдшери / акушерки;
- посадові особи із тимчасовими повноваженнями: старший черговий лікар, виконуючий обов'язки завідувача відділення / відділу / служби тощо.

У статті 4 Закону № 3206 визначено коло посадових осіб — суб'єктів відповідальності за корупційні правопорушення:

- особи, уповноважені на виконання функцій держави або місцевого самоврядування — державні службовці, посадові особи місцевого самоврядування, посадові та службові особи інших органів державної влади;
- особи, які для цілей цього Закону прирівнюються до осіб, уповноважених на виконання функцій держави або місцевого самовряду-

вання, — посадові особи юридичних осіб публічного права, які не зазначені в пункті 1 частини першої цієї статті, але одержують заробітну плату за рахунок державного чи місцевого бюджету.

Ще раз наголошую, що особа є посадовою / службовою не тільки тоді, коли вона постійно виконує відповідні функції чи обов'язки, а й тоді, коли вона виконує їх тимчасово або за спеціальним повноваженням за умови, що ці обов'язки чи повноваження покладені на неї у встановленому законом порядку правомочним органом або службовою особою. Зайняття певної посади або доручення тимчасово виконувати відповідні обов'язки має бути оформлено відповідним рішенням (наказом, розпорядженням, постановою тощо).

Для лікувально-профілактичних установ до цієї категорії працівників належать старші чергові лікарі стаціонару під час нічних чергувань, на вихідних і в святкові дні, виконувачі обов'язків завідувачів відділень / відділів / служб до призначення особи на постійній основі тощо.

Не вважаються службовими особами рядові працівники, які за своєю посадою виконують суто виробничі і матеріально-технічні операції (лікар-ординатор, лікар-інтерн, лікар-стажер, медична сестра, фельдшер, акушерка).

Приватно практикуючий медичний працівник може бути визнаний службовою особою, коли він на умовах трудового договору наймає працівників для сприяння йому в здійсненні підприємницької діяльності. За таких обставин він набуває організаційно-розпорядчих повноважень стосовно найманих працівників (право ставити перед ними певні завдання, визначати розмір заробітної плати, розпорядок робочого дня, застосовувати дисциплінарні стягнення тощо). Зазначене не поширюється на випадки укладання трудових відносин на умовах цивільно-правового договору підряду, а не трудового договору.

Власника приватного підприємства, який не має найманих працівників, не можна визнати службовою особою, оскільки функціями службової особи не може охоплюватись керівництво самим собою чи власним майном.

Законом № 3206 передбачено низку обмежень щодо посадових осіб медичної сфери, які частково дублюють норми інших законодавчих актів, а саме:

- обмеження щодо використання службового становища (ст. 6);
- обмеження щодо сумісництва та суміщення з іншими видами діяльності (ст. 7);
- обмеження щодо одержання дарунків (пожертв) (ст. 8);
- обмеження щодо роботи близьких осіб (ст. 9);
- обмеження щодо осіб, які звільнилися з посад або припинили діяльність, пов'язану з виконанням функцій держави, місцевого самоврядування (ст. 10).

Серед обмежень щодо використання службового становища в медичній сфері необхідно зазначити неправомірне сприяння фізичним або юридичним особам у здійсненні ними господарської діяльності, укладанні контрактів (у тому числі на закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти); неправомірне сприяння призначенню на посаду особи; неправомірне надання переваги фізичним або юридичним особам у зв'язку з підготовкою проектів, виданням нормативно-правових актів та прийняттям рішень, затвердженням (погодженням) висновків.

Обмеження щодо сумісництва та суміщення з іншими видами діяльності та роботи близьких родичів в державних закладах охорони здоров'я: посадовим особам забороняється займатися іншою оплачуваною або підприємницькою діяльністю (крім викладацької, наукової і творчої діяльності, медичної практики, інструкторської та суддівської практики із спорту), а також входити до складу органу управління чи наглядової ради підприємства або організації, що має на меті одержання прибутку.

Посадові особи не можуть мати у безпосередньому підпорядкуванні близьких їм осіб або бути безпосередньо підпорядкованими у зв'язку з виконанням повноважень близьким їм особам. У випадку коли при роботі в одному структурному підрозділі двох і більше родичів одного з них призначають керівником, необхідно вжити заходів щодо переведення інших осіб на відповідні посади в межах лікувального закладу. На усунення таких обставин законодавством передбачено п'ятнадцятиденний строк.

Якщо в зазначений строк ці обставини добровільно не усунуто, відповідні особи або близькі їм особи в місячний строк з моменту виникнення обставин підлягають переведенню в установленому порядку на іншу посаду, що виключає безпосереднє підпорядкування.

У разі неможливості такого переведення особа, яка перебуває у підпорядкуванні, підлягає звільненню із займаної посади.

Великої дискусії нині набуває питання обмеження щодо одержання дарунків (пожертв).

Посадовим особам медичних підприємств забороняється безпосередньо або через інших осіб одержувати дарунки (пожертви) від юридичних або фізичних осіб:

1) за рішення, дії чи бездіяльність в інтересах дарувальника, що приймаються, вчиняються як безпосередньо такою особою, так і за її сприяння іншими посадовими особами та органами;

2) якщо особа, яка дарує (здійснює) дарунок (пожертву), перебуває в підпорядкуванні такої особи.

Посадові особи можуть приймати дарунки, які відповідають загальноновизнаним уявленням про гостинність, та пожертви, крім випадків, передбачених частиною першою статті 8 Закону № 3206, якщо вартість

таких дарунків (пожертв) не перевищує 50 відсотків мінімальної заробітної плати, встановленої на день прийняття дарунка (пожертви), одноразово, а сукупна вартість таких дарунків (пожертв), отриманих з одного джерела протягом року, — однієї мінімальної заробітної плати, встановленої на 1 січня поточного року.

Передбачене цією частиною обмеження щодо вартості дарунків (пожертв) не поширюється на дарунки (пожертви) від близьких родичів або якщо вони одержуються як загальнодоступні знижки на товари, послуги, загальнодоступні виграші, призи, премії, бонуси.

У випадку отримання посадовою особою дарунків, що призначені для лікувально-профілактичної установи, вони мають бути передані та встановлені на баланс протягом місяця від дня отримання таких дарунків (пожертв). Порядок передачі таких матеріальних цінностей встановлено Кабінетом Міністрів України.

## **ШАНОВНІ КОЛЕГИ!**

**Ви маєте змогу отримати відповіді на ваші запитання від фахівців у сфері медичного права, економіки, фінансів, провідних спеціалістів МОЗ України.**

**Надсилайте свої запитання за адресою м. Київ, 02660, а/с 185,  
або електронною адресою: [kizim@p-a.com.ua](mailto:kizim@p-a.com.ua).**

**ЖОДНЕ ВАШЕ ЗАПИТАННЯ НЕ ЗАЛИШИТЬСЯ БЕЗ УВАГИ!**





Підготував **Геннадій Слабкий**, д-р мед. наук, професор, директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

## ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ТЕРАПЕВТИЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ ЛІКАРНІ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ

### 1. Загальні положення

1.1. Терапевтичне відділення є одним з підрозділів лікарні інтенсивного лікування (*далі* — Лікарня). Спеціалісти відділення надають спеціалізовану допомогу хворим з терапевтичними захворюваннями, які супроводжуються нестабільною гемодинамікою та представляють загрозу життю.

1.2. Терапевтичне відділення у складі Лікарні утворюється згідно з наказами МОЗ України про структуру Лікарні та наказами територіальних органів охорони здоров'я з урахуванням кількості населення, яке обслуговує Лікарня, шляхом реорганізації існуючих терапевтичних відділень.

1.3. Терапевтичне відділення у своїй діяльності керується нормативно-правовими актами МОЗ України, територіальних органів охорони здоров'я та наказами і розпорядженнями головного лікаря Лікарні у сфері надання медичної допомоги терапевтичним хворим.

1.4. Приводом для госпіталізації хворого у терапевтичне відділення є наявність у хворого терапевтичної патології, яка потребує невідкладної допомоги.

1.5. У своїй роботі спеціалісти терапевтичного відділення застосовують сучасні методи діагностики та лікування терапевтичних захворювань, беруть участь у впровадженні нових методів та методик діагностики та лікування.

1.6. Терапевтичне відділення може бути навчальною та науковою базою профільних кафедр вищих медичних навчальних закладів з метою підвищення рівня кваліфікації медичних працівників і студентів за напрямом терапія.

1.7. Забезпечення терапевтичного відділення медичним обладнанням та матеріалами, м'яким інвентарем та технічними засобами здійснюється згідно з табелем оснащення Лікарні в межах кошторису лікувально-профілактичного закладу.

1.8. Терапевтичне відділення підпорядковується головному лікарю Лікарні.

### 2. Основні завдання

2.1. Цілодобове надання стаціонарної медичної допомоги пацієнтам з гострою терапевтичною патологією та медичної допомоги хворим із загостренням хронічних захворювань.

2.2. Забезпечення обсягу та якості медичної допомоги хворим терапевтичного профілю згідно із затвердженими МОЗ України клінічними протоколами надання медичної допомоги (*далі* — Протоколи).

### **3. Функції**

- 3.1. Забезпечення діагностики і лікування хворих з терапевтичною патологією.
- 3.2. Проведення комплексу заходів, спрямованих на своєчасну діагностику і лікування терапевтичної патології відповідно до існуючих Протоколів.
- 3.3. Своєчасна діагностика терапевтичних захворювань з метою оптимізації місця лікування хворих, у тому числі з можливістю транспортування до інших лікувальних закладів.
- 3.4. Визначення і проведення медикаментозної терапії хворих з метою корекції, виведення на рівень компенсації функції життєво важливих органів і систем.
- 3.5. Підвищення рівня теоретичних знань серед персоналу відділення. Навчання медичного персоналу практичних навичок у галузі інтенсивної терапії.
- 3.6. Надання лікувально-консультативної допомоги хворим при їх самозверненні або за направленнями лікарів швидкої медичної допомоги, лікарів інших лікувальних закладів.
- 3.7. Ведення затвердженої в установленому порядку облікової та звітної документації, проведення постійного моніторингу якості надання медичної допомоги та складання звітів за затвердженою формою.

### **4. Права**

- 4.1. Для здійснення покладених на відділення завдань лікарі-терапевти під керівництвом завідувача відділення мають право на відбір хворих для лікування у відділенні; взаємодіючи з іншими медичними закладами, порушувати клопотання про організацію консилиуму із залученням спеціалістів.
- 4.2. Завідувач відділення має право порушувати питання перед керівництвом Лікарні про вдосконалення лабораторної діагностики, закупівлю сучасного обладнання для надання допомоги хворим на терапевтичні захворювання.
- 4.3. Завідувач відділення має право на організацію конференцій, семінарів, спрямованих на поліпшення лікування терапевтичних захворювань.
- 4.4. Завідувач відділення має право взаємодіяти з центром профілактичної медицини «Здоров'я» з метою поліпшення обізнаності населення щодо проявів захворювань терапевтичного профілю та заходів профілактики.
- 4.5. Лікарі відділення мають право співпрацювати з профільними відділеннями інших лікувальних закладів, наукових установ, підпорядкованих МОЗ та НАМН України.
- 4.6. Лікарі відділення мають право надавати консультативну допомогу з питань, що входять до їх компетенції, іншим відділенням Лікарні та/або спеціалістам інших закладів охорони здоров'я за їх запитом.

### **5. Відповідальність**

- 5.1. Завідувач та працівники терапевтичного відділення несуть відповідальність за невчасне і неналежне виконання завдань і функцій, вимог законодавства України та внутрішніх документів Лікарні з питань, що належать до компетенції відділення.

### **6. Керівництво**

- 6.1. За наказом головного лікаря Лікарні завідувачем терапевтичного відділення призначається лікар-терапевт, який має стаж роботи не менше п'яти років з вищою кваліфікаційною категорією, володіє методами надання невідкладної медичної допомоги, методами реанімації і має досвід лікування хворих з терапевтичного профілю. Завідувач відділення підпорядковується у своїй роботі головному лікарю Лікарні.
- 6.2. Завідувач терапевтичного відділення керує всіма спеціалістами і підрозділами, які входять до структури відділення, впроваджує нові методи роботи, сприяє направленню співробітників для підвищення кваліфікації, подає звіти про діяльність відділення до органів управління охорони здоров'я та провідних установ, контролює видатки та витратні матеріали, готує заявки на планування витрат на

наступний рік (у межах загального фінансування), готує заявки на придбання устаткування, апаратури, медикаментів, витратних матеріалів з урахуванням обсягу виконуваного лікування і потреб.

### **7. Взаємодія та зв'язки з іншими підрозділами**

7.1. Відбір хворих для лікування у терапевтичному відділенні контролює завідувач відділення або черговий лікар-терапевт.

7.2. За необхідності лікарі терапевтичного відділення разом з лікарями відділення невідкладної допомоги вивчають показання для переведення хворих до інших відділень Лікарні або вирішують питання переведення хворих до інших лікувальних закладів.

### **8. Організаційна структура**

8.1. До складу терапевтичного відділення входять палати для цілодобового перебування хворих в обсязі затвердженої потужності відділення.

8.2. У терапевтичному відділенні має бути обладнано:

- лікарсько-медсестринський пост;
- маніпуляційну кімнату для проведення інфузійної терапії.

8.3. У структурі відділення мають бути:

- кабінет завідувача відділення;
- кабінет старшої медичної сестри відділення з виділеним місцем для зберігання ліків та інших засобів медичного забезпечення;
- кабінет(и) лікарів (ординаторська);
- кабінет(и) медичних сестер;
- кімната молодшого медичного персоналу;
- кімната сестри-господини із кімнатою(ами) для зберігання додаткового медичного обладнання, м'якого інвентарю, твердого інвентарю (додаткові ліжка-каталки та інше);
- їдальня;
- підсобні приміщення (функціональні приміщення повинні мати контур заземлення).

8.4. Терапевтичне відділення має бути оснащене централізованою подачею кисню, обладнане генератором автономного електроспоживання.

### **9. Контроль та перевірка діяльності**

9.1. Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги покладається на завідувача відділення. Вибірковий внутрішній контроль якості роботи включає експертизу летальних випадків, випадків ускладнень, випадків захворювань з подовженими чи скороченими термінами лікування, випадків пізньої госпіталізації, що супроводжувалися скаргами пацієнтів чи їхніх родичів.

9.2. Внутрішній і зовнішній контроль якості надання медичної допомоги пацієнтам здійснюється із обов'язковим врахуванням результатів вивчення оцінки якості отриманої пацієнтами допомоги.

## **ПРИМІРНЕ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ВІДДІЛЕННЯ ХІРУРГІЇ ЛІКАРНІ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ**

### **1. Загальні положення**

1.1. Відділення хірургії є структурним підрозділом багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування (далі — Лікарня), де надається невідкладна (екстрена) та планова хірургічна допомога пацієнтам хірургічних профілів з подальшим цілодобовим наглядом за ними.

1.2. Відділення хірургії утворюється згідно з наказами МОЗ України про структуру Лікарні та наказами територіальних органів охорони здоров'я з урахуванням кількості населення, яке обслуговує Лікарня, шляхом реорганізації існуючих хірургічних відділень.

1.3. Відділення хірургії у своїй діяльності керується нормативно-правовими актами МОЗ України,

територіальних органів охорони здоров'я та наказами і розпорядженнями головного лікаря Лікарні у сфері надання медичної допомоги (екстреної та планової) хірургічним хворим, які потребують цілодобового післяопераційного нагляду.

1.4. Відділення хірургії може бути клінічною базою профільних кафедр вищих медичних навчальних закладів.

1.5. Забезпечення відділення медичним обладнанням та матеріалами, м'яким інвентарем та технічними засобами здійснюється згідно з табелем оснащення Лікарні, затвердженим наказом МОЗ України.

## 2. Основні завдання

2.1. Цілодобове надання пацієнтам з гострою хірургічною патологією екстреної (невідкладної) та планової стаціонарної медичної допомоги хронічним хворим, що потребують хірургічних втручань.

2.2. Забезпечення обсягу та якості медичної допомоги хворим хірургічного профілю згідно з затвердженими МОЗ України клінічними протоколами надання медичної допомоги (*далі* — Протоколи).

2.3. Забезпечення ефективного використання ліжкового фонду шляхом скорочення термінів перед- та післяопераційного перебування пацієнтів на ліжках інтенсивного лікування.

## 3. Функції

3.1. Залежно від рівня Лікарні у хірургічному відділенні виконується такий обсяг медичної допомоги:

3.1.1. У хірургічному відділенні Лікарні першого рівня надається екстрена та планова медична допомога хірургічним хворим, у тому числі хворим із хірургічними гнійно-септичними захворюваннями, травмованим, із скелетною травмою, хворим із невідкладними захворюваннями прямої кишки та параректальної області, сечостатевої системи та периферійних судин.

3.1.2. У хірургічному відділенні Лікарні другого рівня надається невідкладна та планова медична допомога хірургічним, проктологічним хворим, невідкладна допомога хворим із патологією сечостатевої системи та периферійних судин, у тому числі у випадках, коли хворий потребує більш складних втручань, ніж ті, що можуть надаватися в лікарнях першого рівня.

3.2. Відповідно до покладених завдань відділення хірургічного профілю виконують такі функції:

3.2.1. Надання пацієнтам екстреної (невідкладної) та планової медичної допомоги в обсягах, передбачених Протоколами, і в межах своєї компетенції.

3.2.2. Проведення необхідних діагностичних маніпуляцій згідно з Протоколами.

3.2.3. Застосування ефективних хірургічних методів лікування хвороб, методів профілактики та лікування післяопераційних ускладнень.

3.2.4. Направлення до відділення анестезіології та інтенсивної терапії прооперованих хворих, які потребують післянаркозного нагляду та інтенсивної терапії, хворих, перебіг захворювання у яких призводить до порушення життєво важливих функцій організму.

3.2.5. Проведення цілодобового нагляду та лікування прооперованих та неоперованих хворих.

3.2.6. Вирішення організаційних питань з приводу своєчасного переведення непрофільних хворих до відділень Лікарні за профілем захворювання, переведення прооперованих хворих до лікарень планового лікування, а також направлення хворих до закладів охорони здоров'я третинного рівня.

3.2.7. Впровадження в роботу відділення доведено ефективних методів діагностики та лікування захворювань хірургічного профілю.

3.2.8. Ведення затвердженої в установленому порядку облікової та звітної документації, здійснення постійного моніторингу якості надання медичної допомоги та складання звітів за затвердженою формою.

## 4. Права

Відділення хірургії має право:

4.1. Співпрацювати з профільними відділеннями інших лікувальних закладів, наукових установ, підпорядкованих МОЗ та НАМН України.

4.2. Надавати консультативну допомогу з питань, що входять до компетенції його спеціалістів, іншим відділенням Лікарні та/або спеціалістам інших закладів охорони здоров'я за їх запитом.

## 5. Відповідальність

Відділення хірургії відповідає за:

5.1. Якість надання медичної допомоги в межах ліцензованого переліку та обсягу.

5.2. Забезпечення та підтримку відповідного професійного рівня персоналом відділення.

**6. Керівництво і персонал**

6.1. Керівником відділення хірургії є завідувач відділення, який призначається та звільняється наказом головного лікаря Лікарні.

6.1.1. Завідувачем відділення хірургії може бути лікар-хірург, який має першу або вищу кваліфікаційну категорію.

6.1.2. Завідувач відділення несе особисту відповідальність за якість надання медичної допомоги хірургічним хворим.

6.2. Чисельність, спеціалізація та кваліфікація лікарів відділення визначається відповідно до штатних нормативів хірургічних відділень Лікарні та профілю медичної допомоги, яка надається у відділенні.

6.3. Інший медичний персонал відділення — старша медична сестра, медична сестра, сестра-господиня, молодша медична сестра та буфетниця — визначається відповідно до штатних нормативів відділень хірургії Лікарні.

6.4. У разі необхідності для надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги при масовому надходженні пацієнтів керівництво відділення або відповідальний лікар може залучати, за погодженням із заступником головного лікаря, лікарів, що чергують в інших відділеннях Лікарні.

**7. Відносини з іншими підрозділами**

7.1. Відділення хірургії при наданні медичної допомоги хворим перебуває у партнерських взаємовідносинах з іншими клінічними та параклінічними відділеннями, надає їм консультативні послуги та, за необхідності, використовує послуги цих підрозділів.

7.2. Для виконання невідкладних хірургічних втручань використовується ресурс операційного блоку в цілодобовому режимі, для планових операцій операційний час використовується за чергою.

**8. Організаційна структура хірургічного відділення**

8.1. До складу відділення хірургії входять:

- палати для цілодобового перебування хворих в обсязі, який відповідає реальним потребам у цьому виді медичної допомоги;
- палати для післяопераційного перебування хворих, які не потребують перебування у відділенні інтенсивної терапії, де до кожного ліжка-місця підводиться стандартна панель (кисень, електрика, додаткове освітлення, кнопка виклику медичного персоналу тощо).

8.2. У відділенні хірургії має бути обладнано:

- лікарсько-медсестринський пост (обладнаний засобами зв'язку та моніторингу стану хворих) на межі між приміщенням для проведення інтенсивного нагляду за післяопераційними хворими та палатами перебування хворих;
- маніпуляційну кімнату для проведення інфузійної терапії;
- кімнату для зберігання та переливання препаратів крові.

8.3. У структурі відділення хірургії мають бути:

- кабінет завідувача відділення;
- кабінет старшої медичної сестри відділення з виділеним місцем для зберігання ліків та інших засобів медичного забезпечення;
- кабінет(и) лікарів (ординаторська);
- кабінет(и) медичних сестер;
- кімната молодшого медичного персоналу;
- кімната сестри-господині відділення із кімнатою(ами) для зберігання додаткового медичного обладнання, м'якого інвентарю, твердого інвентарю (додаткові ліжка-каталки та інше).

8.4. Відділення хірургії має бути оснащене централізованою подачею кисню, обладнане генератором автономного електроспоживання.

**9. Контроль та перевірка діяльності**

9.1. Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги покладається на завідувача відділення. Вибірковий внутрішній контроль якості роботи включає експертизу летальних випадків, випадків ускладнень, випадків захворювань з подовженими чи скороченими термінами лікування, випадків пізньої госпіталізації, що супроводжувалися скаргами пацієнтів чи їхніх родичів.

9.2. Внутрішній і зовнішній контроль якості надання медичної допомоги пацієнтам здійснюється із обов'язковим врахуванням результатів вивчення оцінки якості отриманої пацієнтами допомоги.

## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

### НАКАЗ

02.11.2011

м. Київ

№ 743

#### Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги

Відповідно до статті 11 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Індикатори якості медичної допомоги, що додаються.
2. Начальникам управління охорони здоров'я та курортів Вінницької, головних управлінь охорони здоров'я Дніпропетровської та Донецької обласних державних адміністрацій, Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації забезпечити виконання цього наказу.
3. Управлінню контролю якості медичних послуг Департаменту контролю якості медичних послуг, регуляторної політики та санітарно-епідемічного благополуччя у встановленому порядку забезпечити подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.
4. Контроль за виконанням наказу покласти на заступника Міністра Толстанова О. К.
5. Наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

**Міністр**

**О. В. Аніщенко**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
02.11.2011 № 743

## ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### I. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1.1. Інвалідність, що вперше встановлена (збирається за даними форми № 14, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276).

1.2. Кількість випадків малюкової смертності (збирається за даними форми № 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 № 24, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за № 116/14807).

1.3. Виявлення візуальних форм онкозахворювань у занедбаних стадіях (збирається за даними форми № 35-здоров, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2005 № 760).

1.4. Виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях (збирається за даними форми № 33-здоров, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2005 № 760).

1.5. Повнота охоплення профілактичними щепленнями (окремо дифтерія, гепатит В, краснуха) (збирається за даними форми первинної облікової документації № 063/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.01.2006 № 1, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 08.06.2006 за № 686/12560).

1.6. Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями (збирається за даними форми № 12, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276).

### II. ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

2.1. Лікарні інтенсивного лікування:

2.1.1. Стаціонарний сектор:

- летальність у стаціонарі (збирається за даними форми № 20, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276);
- післяопераційна летальність при операціях на органах черевної порожнини (збирається за даними форми № 20, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276);
- випадки материнської смертності (збирається за даними форми № 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 № 24, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за № 116/14807);
- перинатальна смертність (збирається за даними форми № 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 № 24, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за № 116/14807);
- рання неонатальна смертність (збирається за даними форми № 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 № 24, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за № 116/14807).

2.1.2. Амбулаторний сектор (консультативно-діагностичні центри):

- задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах (за даними соціологічних досліджень);
- частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).

2.2. Лікарні планового лікування:

- частота переведених хворих у стаціонари інтенсивної терапії (збирається за даними форми № 016/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.99 № 184) з урахуванням граф: дорослих із захворюваннями терапевтичного профілю;

- дітей із захворюваннями терапевтичного профілю;
  - жінок із захворюваннями жіночих статевих органів;
  - задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень);
  - частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).
- 2.3. Лікарні відновного лікування:
- питома вага пролікованих хворих (або постраждалих, або інвалідів), реабілітованих повністю (збирається за даними форми № 066/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.99 № 184);
  - питома вага пролікованих хворих (або постраждалих, або інвалідів), реабілітованих частково (збирається за даними форми № 066/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.99 № 184);
  - частота скарг на медичне обслуговування (за даними соціологічних досліджень).
- 2.4. Хоспіси (паліативна допомога):
- відсоток пацієнтів, яким було забезпечено контроль над болем (за даними соціологічних досліджень).

### III. ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

#### 3.1. Стаціонарний сектор:

- летальність у стаціонарі (збирається за даними форми № 20, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 № 378, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за № 1009/14276) з урахуванням граф:
  - дорослих хворих по вузьких спеціальностях терапевтичного профілю;
  - хворих дітей по вузьких спеціальностях терапевтичного профілю;
  - нефрологічних хворих;
  - гематологічних хворих;
  - хворих з опіками;
  - хворих в урологічному стаціонарі;
  - хворих в нейрохірургічному стаціонарі;
  - хворих в кардіохірургічному стаціонарі;
- летальність хворих та недоношених новонароджених (збирається за даними форми № 21-а, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2008 № 24, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12.02.2008 за № 116/14807);
- задоволеність наданням медичної допомоги в лікарнях для надання високоспеціалізованої медичної допомоги третинного рівня (за даними соціологічних досліджень).

#### 3.2. Амбулаторний сектор:

- задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах (за даними соціологічних досліджень);
- частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).

### IV. ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

4.1. Кількість померлих до приїзду бригади швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 22 (річна), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.11.2010 № 999, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.02.2011 за № 147/18885).

4.2. Кількість померлих у процесі транспортування хворого / постраждалого бригадою швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 110/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.11.2010 № 999, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 03.02.2011 за № 147/18885).

4.3. Добова летальність у стаціонарі хворого / постраждалого, доставленого бригадою швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 066/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.07.99 № 184).

**Заступник директора Департаменту —  
начальник Управління контролю  
якості медичних послуг Департаменту контролю  
якості медичних послуг, регуляторної політики  
та санітарно-епідемічного благополуччя**

**О. В. Худошина**



Одержувач \_\_\_\_\_

Платник \_\_\_\_\_

Рахунок-фактура № МД-1 — \_\_\_\_\_

код міста + телефон

від « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2012 р.

№ з/п	індекс	назва видання	періодичність виходу	Доставка поштою			Доставка рекомендованою бандероллю/кур'єром по м. Києву			Сума до сплати без ПДВ за вибраним видом доставки (грн)
				ціна на 1 міс. (грн)	сума на 1/півріччя (грн)	сума на рік (грн)	ціна на 1 міс. (грн)	сума на 1/півріччя (грн)	сума на рік (грн)	
1	49595	Журнал «Практика управління медичним закладом»	1/міс.	75,00	450,00	900,00	81,00	486,00	972,00	
2	89090	Журнал «Практика управління медичним закладом» + <b>Подарунки*</b>	1/міс.	—	421,00	842,00	—	451,00	902,00	
3	89082	Журнал «Практика управління медичним закладом. Спецвипуск»	1/півріччя	—	90,00	180,00	—	96,00	192,00	
4	89089	Комплект: «Практика управління медичним закладом» + «Практика управління медичним закладом. Спецвипуск» + <b>Подарунки*</b>	1/міс.+ 1/півріччя	—	466,00	932,00	—	502,00	1004,00	

Всього до сплати: без ПДВ (згідно з пп. 197.1.25 Податкового кодексу України)

Всього без ПДВ:

ПДВ:

Сума до сплати:

—
—
—

\* під подарунком слід розуміти придбання за 1 грн:  
у березні — «Журнал реєстрації вихідної документації (кореспонденції)»  
у вересні — «Журнал реєстрації вихідної документації (кореспонденції)»

Директор



В. В. Засць

### БЛАНК ЗАМОВЛЕННЯ на 2012 рік

МД-1

Код ЄДРПОУ			
Назва підприємства			
Вид діяльності			
Передплатою на підприємстві займається	посада, П. І. Б.		
	код міста	тел.	факс
	e-mail:		
	посада, П. І. Б.		
Одержувач журналу	код міста		
	тел.	факс	
	e-mail:		
<b>Місяці передплати</b>			
<b>Періоди передплати</b>	січень — червень		липень — грудень
Журнал «Практика управління медичним закладом»			
Журнал «Практика управління медичним закладом. Спецвипуск»			
Комплект: «Практика управління медичним закладом» + «Практика управління медичним закладом. Спецвипуск» +			
<b>Поштова адреса</b>	індекс _____ область _____		
	район _____		місто _____
	вул. _____		буд. _____ корп. № _____ оф. _____
<b>Додаткова інформація по м. Києву (код, замок, вн. тел., поверт)</b>			
<b>Вид доставки</b>	поштою <input type="checkbox"/>	бандероллю <input type="checkbox"/>	кур'єром по Києву <input type="checkbox"/>

### ЗАПОВНІТЬ ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПОДАТКОВОЇ НАКЛАДНОЇ

Юридична адреса
Свідоцтво про реєстрацію платника ПДВ №
Індивідуальний податковий номер