



**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА
ТА СУГЛОБІВ ІМЕНІ ПРОФЕСОРА М.І. СИТЕНКА
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
(ДУ «ІПХС ІМ. ПРОФ. М.І. СИТЕНКА НАМН УКРАЇНИ»)**

Код КУД 0101007

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор

ДУ «ІПХС

ім. проф. М.І. Ситенка

НАМН України»



Станіслав БОНДАРЕНКО

« _____ » _____ 2026 р.

**ПОЛОЖЕННЯ ПРО КЛІНІКУ
ДУ «ІПХС ІМ. ПРОФ. М.І. СИТЕНКА
НАМН УКРАЇНИ»
(редакція 2026 р.)**

м. Харків

Дата 02.02.2026

Реєстраційний індекс 41

1 Загальні положення

1.1 Клініка ДУ «ІПХС ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України» (далі – Клініка Інституту) - заклад охорони здоров'я, який є лікувально-навчально-науковим структурним підрозділом державної наукової установи Національної академії медичних наук України.

1.2 Клініка Інституту не є юридичною особою.

1.3 Утворення, реорганізація та ліквідація Клініки Інституту здійснюється на підставі рішення Вченої ради Інституту, введеного в дію наказом директора Інституту за погодженням з НАМН України, у порядку, встановленому чинним законодавством України.

1.4 Клініку Інституту очолює медичний директор, який призначається директором Інституту за погодженням з Президією НАМН України.

1.5 Медичний директор Клініки Інституту підпорядковується директору Інституту та є підзвітним Вченій раді Інституту та лікувально-організаційному управлінню НАМН України.

1.6 У своїй діяльності Клініка Інституту керується Конституцією та законами України, постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України, статутом НАМН України, статутом Інституту, Колективним договором Інституту, а також договорами про медичне обслуговування населення, укладеними з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), та цим Положенням.

1.7 Клініка Інституту як заклад охорони здоров'я підлягає акредитації відповідно до законодавства України.

На здійснення своєї діяльності Клініка Інституту має отримати такі ліцензії та сертифікати у встановленому законодавством порядку:

- ліцензії Міністерства охорони здоров'я України на медичну практику;
- ліцензії на придбання, зберігання, перевезення, реалізацію (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів (списку 1 таблиці II та списку 1 таблиці III), психотропних речовин (списку 2 таблиці II та списку 2 таблиці III), прекурсорів (списку 1 таблиці IV та списку 2 таблиці IV) «Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»;
- сертифікат на систему управління якістю;
- ліцензії Державного комітету ядерного регулювання України на право діяльності по використанню джерел іонізуючого випромінювання;
- свідоцтва про відповідність вимірювань системи ДСТУ ISO 9001:2015 патолого-анатомічного відділення, клініко-діагностичної лабораторії.

1.8 Клініка Інституту використовує печатку, бланки і штампи Інституту для засвідчення відповідних документів.

2 Мета, основні завдання і напрями діяльності Клініки Інституту

2.1 Головною метою діяльності Клініки Інституту є:

- надання спеціалізованої медичної допомоги хворим з патологією хребта та суглобів, захворюваннями та наслідками травм опорно-рухової системи;
- забезпечення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників за стандартами вищої освіти;
- проведення науково-дослідної роботи, розробка, апробація та впровадження нових медичних технологій.

2.2 Основні завдання і напрями діяльності Клініки Інституту.

2.2.1 Надання спеціалізованої медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів та клінічних протоколів.

2.2.2. Забезпечення ефективної діяльності в умовах фінансування з різних джерел (Програма медичних гарантій, надання послуг за кошти фізичних та юридичних осіб):

- Суворе дотримання умов закупівель медичних послуг НСЗУ;
- Якісне ведення електронних медичних записів в ЕСОЗ;
- Забезпечення пацієнтів безоплатними послугами та медикаментами згідно з локальним формуляром лікарських засобів у межах діючих пакетів Програми медичних гарантій;
- Надання послуг за кошти фізичних та юридичних осіб згідно затвердженого та оприлюдненого переліку.

2.2.3. Апробація та впровадження у клінічну практику нових медичних технологій, розроблених науковими підрозділами Інституту.

2.2.4. Оптимізація використання ліжкового фонду та кадрових ресурсів відповідно до реального навантаження та потреб пацієнтів.

2.2.5 Проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян у порядку встановленому законодавством, проведення військово-лікарської експертизи з метою визначення потреби у продовженні лікування/реабілітації військовозобов'язаних у зв'язку з хворобою або після поранення у межах своїх повноважень згідно з чинним законодавством, направлення громадян у разі необхідності на медико-соціальну експертизу, а також призовників, військовослужбовців та військовозобов'язаних на військово-лікарську експертизу до інших установ та закладів, які мають на це повноваження, у порядку встановленому законодавством.

2.2.6 Розробка, апробація і впровадження прогресивних медичних технологій, клінічних рекомендацій з надання медичної допомоги хворим з патологією хребта та суглобів, захворюваннями та наслідками травм опорно-рухової системи.

2.2.7 Проведення експертних оцінок, апробацій та впроваджень нових медичних технологій, матеріалів, лікарських засобів, у тому числі на договірних засадах.

2.2.8 Участь у проведенні наукових форумів, які організує Інститут.

2.2.9 Участь у освітній діяльності Інституту: забезпечення умов для клінічної підготовки лікарів-інтернів, лікарів-стажерів, лікарів-курсантів, аспірантів, молодих вчених, науково-педагогічних та медичних працівників у межах відповідних освітніх програм згідно із сучасними тенденціями розвитку світової медичної науки, органічного поєднання освіти, науки та медичної практики; забезпечення умов для оволодіння лікарями-інтернами, лікарями-стажерами, лікарями-курсантами, аспірантами, молодими вченими та медичними працівниками практичними навичками; участь у розробці, удосконаленні та реалізації програм навчання в інтернатурі, резидентурі, підвищення кваліфікації медичних працівників.

2.2.10 Надання організаційної та консультативно-методичної допомоги лікувально-профілактичним закладам України з питань лікування пацієнтів з патологією хребта та суглобів, захворюваннями та наслідками травм опорно-рухової системи.

2.2.11 Участь в розробці та вдосконаленні нормативно-методичних документів з актуальних питань організації ортопедо-травматологічної допомоги, впровадження нових медичних технологій, методів ранньої діагностики, лікування, медичної реабілітації та профілактики патології хребта та суглобів, захворювань та травм опорно-рухової системи.

2.2.12 Участь в розробці державних, галузевих та регіональних програм охорони здоров'я з питань лікування та профілактики патології хребта та суглобів, захворювань та травм опорно-рухової системи.

2.2.12 Виховання медичних працівників на засадах професійної етики, морально-етичної і правової культури (колегіальність, коректність, обов'язковість, гуманність, дотримання лікарської таємниці тощо).

2.2.13 Організація і проведення заходів щодо санітарно-гігієнічного виховання населення та формування здорового способу життя.

2.2.14 Проведення статистичного обліку та звітності із застосуванням сучасних інформаційних технологій.

2.3 Покладення на клініку Інституту завдань, які не визначені цим Положенням і не передбачені нормами чинного законодавства, не допускається.

3. Структура, управління та організація роботи Клініки Інституту

3.1 Клініка Інституту складається з таких структурних підрозділів:

- Клінічні відділення (стаціонарні підрозділи);
- Консультативно-діагностичне відділення (поліклініка);
- Операційний блок;
- Клініко-діагностична лабораторія;
- Патологоанатомічне відділення;
- Підрозділи загального медичного забезпечення (відділення трансплантології системи опори та руху, відділ інфекційного контролю, відділ дезінфекції та стерилізації, лікарняний банк крові, рентгенвідділення, аптека);
- аналітико-інформаційний відділ;
- інших підрозділів, що забезпечують діяльність Клініки Інституту.

3.1.1 Стаціонар Клініки Інституту складається з таких клінічних відділень:

- відділення ортопедичної артрології та ендопротезування, профіль відділення – патологія великих суглобів;
- відділення патології хребта та суглобів дитячого віку, профіль відділення – патологія хребта та суглобів дитячого віку;
- відділення вертебрології, профіль відділення – патологія хребта;
- відділення невідкладної травматології та відновної хірургії, профіль відділення - травматологія, онкоортопедія, реконструктивна хірургія, бойова травма;
- відділення реабілітації, профіль відділення - медична реабілітація хворих з наслідками травм та захворюваннями опорно-рухової системи у післягострому та довготривалому періодах реабілітації;
- відділення екстреної травматологічної допомоги з приймальним відділенням, профіль відділення - гострі стани в ортопедії та травматології, амбулаторні травми, хірургія одного дня.
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

3.2. Керівництво Клінікою здійснює директор Інституту через медичного директора або безпосередньо.

3.3. Структурні підрозділи Клініки Інституту очолюють завідувачі/завідувачки, які мають відповідну кваліфікацію спеціаліста (магістра). Завідувач/завідувачка здійснює безпосереднє керівництво лікувальним та діагностичним процесами у підпорядкованих структурних підрозділах.

3.4. Діяльність кожного структурного підрозділу Клініки Інституту здійснюється згідно з Положенням про відповідний структурний підрозділ, яке затверджується директором Інституту.

3.5. Суб'єктами прийняття управлінських рішень у Клініці є адміністрація Інституту та завідувачі структурних підрозділів Клініки.

3.6 Структура Клініки та кількість ліжкового фонду підлягають щорічному перегляду (або за потреби) на підставі аналізу реального навантаження, показників роботи за пакетами НСЗУ та фінансової ефективності підрозділів.

Структура та штатний розпис Клініки затверджуються НАМН України у встановленому порядку.

3.7 Планування роботи Клініки

3.7.1. Завідувачі структурних підрозділів складають стратегічний план розвитку та річні плани роботи очолюваного підрозділу із чітким покроковим планом дій, надають пропозиції до стратегічного плану розвитку Клініки в цілому .

3.7.2. Медичний директор та його заступники з урахуванням пропозицій завідувачів структурних підрозділів складають стратегічний план розвитку Клініки та річні плани роботи Клініки із чітким покроковим планом дій.

3.8. Моніторинг ефективності роботи клініки:

3.8.1. Завідувачі структурних підрозділів проводять щорічний (або за потреби — щоквартальний чи помісячний) аналіз діяльності очолюваних підрозділів за критеріями:

- якість роботи відділення відповідно до затверджених в інституті контрольних границь індикаторів якості медичної допомоги у клінічних відділеннях згідно з Політикою якості за ДСТУ ISO 9001:2015;
- складність пролікованих випадків та відповідність діагностично-спорідненим групам;
- якість (кількість помилок) та достовірність даних, що вносяться до системи ЕСОЗ;
- фінансова результативність;
- наявність задокументованих подяк від пацієнтів;
- відсутність задокументованих та обґрунтованих скарг від пацієнтів;
- дотримання правил етики та деонтології;
- виконання вимог нормативних актів з безперервного професійного розвитку (БПР) працівників підрозділу;
- кількість проведених працівниками підрозділу освітніх курсів та стажувань, майстер-класів, тренінгів, семінарів, фахових шкіл для лікарів-спеціалістів та інших фахівців, які працюють охороні здоров'я;
- кількість опублікованих співробітниками підрозділу науково-популярних статей, тематичних публікацій на сайті інституту, постів чи відеоматеріалів у соціальних мережах з питань діагностики, лікування, реабілітації, результативності методик лікування патології опорно-рухової системи, які застосовуються в інституті;
- дотримання правил охорони праці та пожежної безпеки;
- дотримання правил внутрішнього розпорядку.

3.8.2. Матеріали по аналізу діяльності підрозділів завідувачі відділень/відділів/лабораторій подають до інформаційно-аналітичного відділу для узагальнення оцінки якості роботи Клініки. Результати узагальненої оцінки доводяться до відома адміністрації Інституту.

3.9. На посади головної медичної сестри/головного медичного брата та старших медичних сестер/медичних братів призначаються особи, які мають професійну освіту (молодший спеціаліст) або вищу освіту (молодший бакалавр, бакалавр, магістр), галузь знань «Охорона здоров'я», спеціальність «Медсестринство», спеціалізації «Сестринська справа», «Лікувальна справа».

Головна медична сестра/головний медичний брат Клініки Інституту організовує роботу середнього та молодшого медичного персоналу.

Старші медичні сестри/брати контролюють роботу середнього та молодшого медичного персоналу щодо виконання призначень лікарів, розробляють та впроваджують заходи щодо підвищення кваліфікації середнього і молодшого медичного персоналу.

3.10 Медичний директор здійснює контроль за діяльністю структурних підрозділів Клініки, крім відділення анестезіології та інтенсивної терапії, контроль за діяльністю якого здійснює безпосередньо директор Інституту.

Завідувачі/завідувачки структурних підрозділів Клініки Інституту призначаються та звільняються з посади згідно з наказом директора Інституту за погодженням з медичним директором, крім завідувача/завідувачки відділення анестезіології та інтенсивної терапії, яка

призначається та звільняється з посади наказом директора Інституту без погодження з медичним директором.

3.11 Завідувачі/завідувачки структурних підрозділів Клініки Інституту підпорядковуються безпосередньо медичному директору Інституту, крім завідувача/завідувачки відділення анестезіології та інтенсивної терапії, який (яка) підпорядковується безпосередньо директору Інституту.

3.12 Медичний директор здійснює керівництво всіма структурними підрозділами Клініки, крім відділення анестезіології та інтенсивної терапії, забезпечує вирішення організаційно-управлінських та медико-технологічних питань, постійно здійснює контроль за санітарним станом клінічних підрозділів та допоміжних підрозділів, відповідає за організацію і дисципліну праці медичних працівників, організацію їх медичних оглядів, організує роботу згідно із вимогами законодавства про охорону праці.

3.13 Медичний директор може мати заступника(цю)/заступників, які призначаються директором Інституту за поданням медичного директора.

Заступник(ця)/заступники медичного директора здійснює/здійснюють керівництво Клінікою Інституту та лікувально-діагностичними підрозділами Інституту, крім відділення анестезіології та інтенсивної терапії, у порядку, делегованому йому(їй)/їм медичним директором.

Напрями діяльності заступників медичного директора визначаються медичним директором за погодженням з директором Інституту.

3.14 Керівники наукових підрозділів разом із завідувачами клінічних відділень розроблюють стратегію розвитку відповідного клінічного підрозділу, визначають загальні напрями роботи відповідних клінічних підрозділів, контролюють відповідність пацієнтів науковій тематиці, проводять планування роботи клінічного відділення.

Працівники наукових відділів, докторанти, аспіранти, лікарі-інтерни беруть участь у проведенні лікувально-діагностичного процесу, за погодженням з завідувачами/завідувачками клінічних відділень здійснюють обходи, консультації хворих, організують консилиуми, визначають та коригують плани і тактику подальшого обстеження і лікування хворих; спільно з іншими працівниками Клініки Інституту є відповідальними за якість лікувально-діагностичного процесу, організують клінічні патолого-анатомічні та науково-практичні конференції.

Наукові співробітники, аспіранти і докторанти виконують лікувально-діагностичну роботу в клінічних відділеннях в обсязі, що визначається від розрахункової норми навантаження лікаря ортопеда-травматолога:

- аспіранти та докторанти - 25 відсотків, що передбачається індивідуальними планами їх підготовки без доплат до стипендії;

- керівники наукових підрозділів та наукові співробітники - 50 відсотків, що виконується в межах місячної норми робочого часу.

До консультативної роботи у консультативно-поліклінічному відділенні, крім штатних фахівців, залучаються професори, кандидати наук (доктора філософії) наукових відділів, що працюють на базі клінічних відділень, а також найбільш досвідчені та висококваліфіковані лікарі стаціонару згідно з графіками відповідних структурних підрозділів Клініки Інституту.

Наукові співробітники в разі виробничої необхідності залучаються до чергувань у вечірній і нічний час у приймальному відділенні та стаціонарі Клініки Інституту.

Медичний директор затверджує графік чергувань у клініці Інституту лікарів та наукових співробітників, які мають відповідну кваліфікацію, за поданням завідуючого відділенням екстреної травматологічної допомоги.

3.15 До обстеження та лікування хворих залучаються також наукові лабораторії та відділи: відділ лабораторної діагностики та імунології; відділ патофізіології, анестезіології

та функціональної діагностики; лабораторія біомеханіки; лабораторія нових матеріалів та ортезування, а також спеціалісти – терапевт, невролог, ревматолог, нейрохірург, психолог, лікар УЗД.

3.16 Лікарі Клініки Інституту обов'язково беруть участь у науково-дослідній роботі Інституту.

3.17 Зовнішні консультації пацієнтів здійснюються за погодженням з медичним директором Клініки Інституту або його заступником(цею).

3.18 Графік відпусток співробітників Клініки Інституту, крім відділення анестезіології та інтенсивної терапії, затверджується медичним директором після погодження із завідувачами структурних підрозділів і профспілковим комітетом. Графік відпусток співробітників відділення анестезіології та інтенсивної терапії затверджується безпосередньо директором Інституту після погодження з завідувачим/завідуючою цього відділення.

3.19 Госпіталізація пацієнтів здійснюється після консультації та проведення необхідного обстеження в консультативно-поліклінічному або приймальному відділенні. При госпіталізації перевага надається хворим, які відповідають науковій тематиці Інституту, а також військовослужбовцям Збройних сил України та внутрішньоопереміщеним особам.

4 Майно, фінансування та господарська діяльність Клініки Інституту

4.1 Майно Клініки Інституту закріплюється за Інститутом на правах оперативного управління.

Майно Клініки Інституту не підлягає вилученню або передачі будь-яким підприємствам, установам, організаціям, крім випадків, передбачених законодавством України.

Майно Клініки Інституту, що забезпечує основні види її діяльності, не може бути предметом застави.

4.2 Облік майна і контроль за його наявністю та використанням покладаються на відповідні підрозділи Інституту та НАМН України.

4.3. Джерелами фінансування Клініки Інституту є:

1) кошти Державного бюджету України, кошти, отримані від НСЗУ за надані послуги;

2) кошти, отримані від фізичних та юридичних осіб за надання платних послуг;

2) власні надходження Інституту:

— доходи від плати за послуги, що надаються згідно з основною діяльністю;

— від додаткової (господарської) діяльності;

— за оренду майна;

— від реалізації в установленому законодавством порядку майна (крім нерухомого майна);

— благодійні внески, гранти та дарунки;

— кошти від підприємств, організацій, фізичних осіб та від інших бюджетних установ для виконання цільових заходів;

— інші джерела, не заборонені законодавством.

5 Права працівників Клініки Інституту

5.1 Для забезпечення своєчасного і якісного виконання завдань працівники Клініки Інституту мають право на:

5.1.1 Сприяння зі сторони адміністрації Інституту, інших структурних підрозділів Інституту у виконанні завдань, передбачених чинним законодавством, Статутом та Колективним договором Інституту, цим Положенням про Клініку Інституту, тощо.

5.1.2 Внесення на розгляд адміністрації Інституту пропозицій щодо підвищення продуктивності роботи, розміру видатків на забезпечення своєї діяльності, тощо.

5.1.3 Отримання від адміністрації, інших структурних підрозділів, органів та посадових осіб Інституту інформації в обсязі, необхідному для належного виконання завдань, покладених на Клініку Інституту.

5.2 Медичний директор, його заступник(ця)/заступники, мають право:

- вносити пропозиції щодо кадрового складу підрозділу, включаючи підбір лікарського та середнього медичного персоналу;
- визначати пріоритетні клінічні напрямки діяльності відділення відповідно до профілю та вимог пакетів НСЗУ.
- брати участь у розподілі ресурсів, необхідних для виконання планових показників та умов договорів з НСЗУ.
- ініціювати перегляд ліжкового фонду підрозділу залежно від фактичної завантаженості;
- впроваджувати в практичну роботу структурних підрозділів Клініки Інституту сучасні методи діагностики, лікування та профілактики;
- брати участь у розгляді конфліктних випадків та проводити заходи щодо запобігання лікарських помилок та конфліктних ситуацій тощо;
- встановлювати коло відповідальності своїх заступників;
- затверджувати та підписувати документи в межах своєї компетенції;
- видавати розпорядження з певних питань;
- надавати пропозиції та представляти адміністрації Інституту необхідні документи для призначення та звільнення працівників;
- уживати заходів щодо заохочення працівників або стягнення тощо.

5.3. Права та повноваження завідувачів структурних підрозділів Клініки (відділень, відділів, лабораторій):

- брати участь у розробці стратегічного плану розвитку Клініки;
- надавати пропозиції щодо формування кадрового складу очолюваного підрозділу (прийом на роботу, преміювання, стягнення, підвищення кваліфікації, звільнення працівників);
- брати участь у розподілі ресурсів, необхідних для виконання очолюваним підрозділом планових показників та умов договорів з НСЗУ
- брати участь у прийнятті рішень щодо розподілу та оптимізації ліжкового фонду очолюваного підрозділу та Клініки в цілому залежно від попиту на медичні послуги;
- вносити пропозиції щодо закупівлі медичного обладнання та витратних матеріалів, необхідних для виконання пакетів НСЗУ;
- впроваджувати в практичну роботу структурних підрозділів Клініки Інституту сучасні методи діагностики, лікування та профілактики;
- видавати розпорядження з певних питань відповідно до своїх повноважень, зазначених у посадовій інструкції;
- затверджувати та підписувати документи відповідно до своїх повноважень;
- брати участь у розгляді конфліктних випадків та проводити заходи щодо запобігання лікарських помилок та конфліктних ситуацій тощо;
- клопотати перед директором Інституту щодо преміювання співробітників очолюваного підрозділу.

5.4 Офіційними представниками Клініки Інституту є директор Інституту та медичний директор, які діють в межах своїх повноважень та компетенції і представляють інтереси Інституту в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування, установах та організаціях, а також у взаємовідносинах з організаціями та фізичними особами, у тому числі іноземними, відповідно до наданих їм повноважень.

6. Відповідальність працівників Клініки Інституту

6.1 Відповідальність Клініки Інституту полягає у відповідальності її працівників. Працівники несуть передбачену чинним законодавством України відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання Правил внутрішнього трудового розпорядку Інституту та/або обов'язків, передбачених посадовою (робочою) інструкцією працівника.

6.2 Притягнення працівників Клініки Інституту до дисциплінарної відповідальності здійснюється за поданням медичного директора або завідувача/завідувачки структурного підрозділу Клініки Інституту відповідно до встановленого чинним законодавством порядку.

6.3 Завідувачі відділень забезпечують контроль за коректністю кодування медичних послуг. Медичний директор контролює своєчасність та достовірність подання звітів до НСЗУ.

6.4. Завідувачі/завідувачки консультативно-поліклінічного відділення та стаціонарних відділень клініки несуть персональну відповідальність за:

- якість лікувально-діагностичного процесу та достовірність даних, що вносяться до системи ЕСОЗ;
- дотримання стандартів якості надання медичної допомоги хворим;
- дотримання стандартів операційних процедур (СОПів), маршрутів пацієнтів (клінічних маршрутів), галузевих стандартів, клінічних настанов та клінічних протоколів надання медичної допомоги, неухильне дотримання їх виконання працівниками підпорядкованого структурного підрозділу;
- щорічний аналіз роботи і розробку заходів щодо подальшого покращення діяльності підпорядкованого структурного підрозділу;
- дотримання вимог чинного законодавства в процесі керівництва структурним підрозділом;
- якість та своєчасність виконання завдань структурного підрозділу;
- виконання санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у підпорядкованому структурному підрозділі;
- стан документації структурного підрозділу, її відповідність вимогам нормативно-правових актів і стандартів, правдивість інформації, її нерозголошення;
- своєчасне виконання розпоряджень медичного директора (крім завідувача/завідувачки відділення анестезіології та інтенсивної терапії) і наказів директора Інституту;
- використання прав, наданих структурному підрозділу, згідно із Статутом Інституту та цим Положенням;
- правдивість інформації та достовірність даних у документації, яку веде структурний підрозділ;
- організацію роботи з кадрами підпорядкованого структурного підрозділу;
- організацію роботи структурного підрозділу згідно із вимогами законодавства про охорону праці;
- проведення внутрішнього контролю якості шляхом експертизи якості наданої медичної допомоги відповідно до вимог державних стандартів, нормативів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів;
- недопущення мобінгу у очолюваному підрозділі.

6.4 Завідувачі/завідувачки лабораторних та діагностичних структурних підрозділів, - рентгенвідділення, клініко-діагностичної лабораторії, патологоанатомічного відділення, - несуть персональну відповідальність за:

- якість діагностичного процесу та достовірність даних, що вносяться до системи ЕСОЗ;
- вірне трактування отриманих результатів дослідження;
- своєчасну видачу висновків;

- своєчасне інформування про несправність обладнання;
- щорічний аналіз роботи і розробку заходів щодо подальшого покращення діяльності підпорядкованого структурного підрозділу;
- дотримання вимог чинного законодавства в процесі керівництва структурним підрозділом;
- якість та своєчасність виконання завдань структурного підрозділу;
- виконання санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у підпорядкованому структурному підрозділі;
- стан документації структурного підрозділу, її відповідність вимогам нормативно-правових актів і стандартів, правдивість інформації, її нерозголошення;
- своєчасне виконання розпоряджень медичного директора і наказів директора Інституту;
- використання прав, наданих структурному підрозділу, згідно із Статутом Інституту та цим Положенням;
- правдивість інформації та достовірність даних у документації, яку веде структурний підрозділ;
- організацію роботи з кадрами підпорядкованого структурного підрозділу;
- організацію роботи структурного підрозділу згідно із вимогами законодавства про охорону праці.

6.5 Завідувачі/завідувачки інших структурних підрозділів, що забезпечують діяльність Клініки Інституту несуть персональну відповідальність за:

- достовірність даних, що вносяться до системи ЕСОЗ;
- дотримання вимог чинного законодавства в процесі керівництва структурним підрозділом;
- якість та своєчасність виконання завдань структурного підрозділу;
- виконання санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у підпорядкованому структурному підрозділі;
- стан документації структурного підрозділу, її відповідність вимогам нормативно-правових актів і стандартів, правдивість інформації, її нерозголошення;
- своєчасне виконання розпоряджень медичного директора і наказів директора Інституту;
- використання прав, наданих структурному підрозділу, згідно із Статутом Інституту та цим Положенням;
- правдивість інформації та достовірність даних у документації, яку веде структурний підрозділ;
- організацію роботи з кадрами підпорядкованого структурного підрозділу;
- щорічний аналіз роботи і розробку заходів щодо подальшого покращення діяльності підпорядкованого структурного підрозділу;
- організацію роботи структурного підрозділу згідно із вимогами законодавства про охорону праці.

6.6 Заступник(ця)/заступники медичного директора несуть персональну відповідальність за якість та своєчасність виконання обов'язків, делегованих йому(їй)/їм медичним директором.

6.7 Медичний директор та його заступник(ця)/заступники Клініки Інституту є відповідальними за діяльність Клініки Інституту, крім відділення анестезіології та інтенсивної терапії, та несуть персональну відповідальність за:

- якість лікувально-діагностичної роботи і обслуговування хворих;
- раціональне і ефективне використання ліжкового фонду Клініки, лікарських засобів, виробів медичного призначення та медичної техніки;
- забезпечення необхідного обсягу медикаментозного і інших видів лікування хворих, раціональне використання асигнувань на придбання медикаментів, препаратів крові та виробів медичного призначення;
- впровадження в практику діяльності клініки сучасних методів діагностики, лікування і профілактики;
- забезпечення належного порядку та якості в організації роботи консультативної поліклініки, прийому і виписки хворих, а також переводу їх в інші лікувальні установи;
- проведення вибіркового внутрішнього контролю якості роботи підрозділів Інституту, що обов'язково включає експертизу випадків ускладнень, повторної госпіталізації з приводу того самого захворювання протягом року, випадків захворювань з подовженими термінами лікування, випадків з розбіжністю діагнозів, випадків, що супроводжувалися скаргами пацієнтів чи їх родичів.
- проведення аналізу показників діяльності консультативної поліклініки і клінічних відділень і обговорення його на апаратних нарадах;
- планування і організацію проведення клініко-анатомічних конференцій, семінарів, нарад для лікарів і середнього медичного персоналу;
- забезпечення статистичного обліку по діяльності підрозділів Інституту і подання звіту в органи статистики і Управління лікувально-організаційної роботи НАМН України та заходів по поліпшенню діяльності клініки на майбутній рік;
- погодження графіка чергувань та відпусток співробітників, які працюють в Клініці;
- організацію роботи Клініки Інституту згідно із вимогами законодавства про охорону праці.

6.8. Завідувач/завідувачка відділення анестезіології та інтенсивної терапії виконує накази та розпорядження виключно директора Інституту. Медичний директор та його заступники не здійснюють організаційного, адміністративного та дисциплінарного впливу на діяльність цього відділення.

7 Взаємодія Клініки Інституту з іншими структурними підрозділами Інституту та іншими організаціями

7.1 Клініка Інституту в межах своїх повноважень взаємодіє з іншими структурними підрозділами, органами та посадовими особами Інституту з метою створення умов для провадження послідовної і узгодженої діяльності, необхідної для належного виконання завдань, покладених на Клініку Інституту.

7.1 Клініка Інституту в межах своїх повноважень взаємодіє з НСЗУ, органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, установами та організаціями, у тому числі іноземними.

Медичний директор

Микола ЛИЗОГУБ

"02" 03 2026 р.

Заст. директора з наукової роботи

Інга ФЕДОТОВА

"02" 03 2026 р.