

МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до самостійної роботи студентів
з навчальної дисципліни

“Організація медичної та фармацевтичної діяльності”

(для бакалаврів)

Київ – 2018

Підготовлено доктором біологічних наук, професором *О. В. Баєвою*

Затверджено на засіданні кафедри бізнес-адміністрування, адміністративного та медичного менеджменту (протокол № 9 від 19.04.17)

Схвалено Вченою радою Навчально-наукового інституту менеджменту, економіки та фінансів ПрАТ «ВНЗ МАУП» (протокол № 1 від 24.04.17)

Баєва О. В. Методичні рекомендації до самостійної роботи з дисципліни “Організація медичної та фармацевтичної діяльності ” (для бакалаврів). – К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2018. – 36 с.

Навчально-методичні рекомендації містять пояснювальну записку, теми рефератів, доповідей та методичні рекомендації щодо їх підготовки, ситуаційне завдання з навчальної дисципліни “Організація медичної та фармацевтичної діяльності”, список рекомендованої літератури.

© Міжрегіональна Академія
управління персоналом (МАУП),
2018

© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2018

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

В умовах кредитно-модульної системи самостійна робота є основним засобом засвоєння студентами навчального матеріалу в час, вільний від обов'язкових видів навчальної діяльності.

Основна мета самостійної роботи над навчальним курсом “Організація медичної та фармацевтичної діяльності” – засвоєння теоретичних і практичних питань навчального курсу, здобуття вмінь та навичок узагальнювати й аналізувати економічні та соціальні явища в галузі охорони здоров'я.

Згідно з чинними навчальними планами підготовки фахівців за спеціальністю “Маркетинг”, професійне спрямування «Маркетинг медицини та фармації», при вивченні курсу “Організація медичної та фармацевтичної діяльності” на самостійну роботу відведено 65 % академічного кредиту. Цей час має бути використаний для виконання курсової роботи і підготовки рефератів та доповідей за темами навчального курсу.

Виконуючи індивідуальні завдання, студенти набувають практичних навичок з управління в галузі охорони здоров'я, що має максимально наблизити теоретичний курс до практичної діяльності. Викладач визначає обсяг самостійної роботи, узгоджує її з іншими видами навчальної діяльності студента, розробляє методичні засоби проведення поточного та підсумкового контролю, аналізує результати самостійної навчальної роботи кожного студента.

З кожної теми, що виокремлено за робочою програмою початкової дисципліни на самостійне опрацювання, потрібно написати реферат або доповідь. Тип самостійної роботи, теми доповідей та рефератів, їх структура узгоджується з викладачем на індивідуальній консультації. Кожний студент при вивченні навчального курсу має зробити доповідь за однією з тем, визначених для самостійного опрацювання. Обов'язковою вимогою для доповіді є наявність та використання ілюстративного матеріалу, виконаного з використанням комп'ютерних програм.

ПЕРЕЛІК ТЕМ РЕФЕРАТІВ ТА ДОПОВІДЕЙ ДО САМОСТІЙНОГО ВИВЧЕННЯ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЇХ ПІГОТОВКИ

Теми рефератів та доповідей

1. Основні учасники системи охорони здоров'я.
2. Сучасні тенденції взаємовідносин між суб'єктами ринку медичних послуг.
3. Вплив сучасних інформаційних технологій на різних учасників системи охорони здоров'я.

Методичні рекомендації

Щоб краще зрозуміти потреби сфери медичного обслуговування, необхідно розглянути учасників світового ринку медичних послуг та проаналізувати їхні інтереси.

Пацієнти. Пацієнти стають більш освіченішими та висувають до системи охорони здоров'я усе вищі вимоги. Лікарі вже не сприймаються як «боги в білих халатах», проте їх ще вважають важливішими за працівників комунальних служб. Пацієнти прагнуть більше спілкуватися зі своїми лікарями та встановлювати з ними тісніші взаємини, які дадуть можливість разом приймати рішення стосовно лікування.

При написанні реферату або при підготовці доповіді доцільно звернути увагу на той факт, що до цього часу сферою, у якій пацієнти зазнавали найменшого впливу, була вартість лікування. Але зрі зростанням загальних витрат, спричиненого старінням населення та збільшенням середньої тривалості життя, а також за умови обмеженості бюджету медичної сфери пацієнти будуть стикатися з певними труднощами. Громадянам доведеться платити більше податків, щоб забезпечити фінансування вищих рівнів медичних послуг; обсяг медичного обслуговування прийдеться обмежити; оплачувати прямо на місці потрібно буде все більше медичних послуг, які надаються державним або приватним сектором. В обмін на додаткове фінансування (через оподаткування або прямі платежі) пацієнти очікуватимуть більших можливостей стосовно лікування, медичних препаратів та одужання. Пацієнти будуть все більше схожі на споживачів та поставатимуть перед традиційними постачальниками медичних послуг у нових ролях. Поряд з пацієнтами, які й надалі віддаватимуть себе в руки медицини і дозволятимуть лікарям приймати всі рішення, з'являться нові, добре інформовані та вимогливі пацієнти, сприйнятливі до останніх технологічних тенденцій.

Наразі проблемою для пацієнтів є покращення доступу до своїх персональних медичних даних, поліпшення якості медичного обслуговування та відкритість загальної інформації з охорони здоров'я. Наприклад, сьогодні пацієнти не мають реальної можливості отримати важливу інформацію зі свого анамнезу. І вони, і медики отримали б велику

користь, якби доступ до медичних даних забезпечувався за будь-яких обставин, навіть у разі переїзду в іншу місцевість та під час подорожі.

Деякі групи пацієнтів, зокрема літні люди, потребують особливої уваги від системи охорони здоров'я. Порівняно з молодими пацієнтами, процес одужання в них часто проходить важче, він триваліший та вимагає більше медичних препаратів. Отже, зі збільшенням віку людини зазвичай зростає обсяг ресурсів, необхідних для підтримки її здоров'я. Але суспільство вимагає, щоб медичні послуги розподілялися рівномірно і справедливо залежно від потреб. Водночас в промислово розвинених країнах унаслідок скорочення народжуваності постійно зростає частка літнього населення. Зручні у використанні ІТ-рішення, адаптовані до можливостей літніх людей з вадами здоров'я, допоможуть забезпечити здоров'я та якість їхнього життя.

Інваліди — це друга важлива група, для якої ІТ можуть забезпечити надання необхідної інформації в будь-якому місці та в будь-який час. Підтримка спеціалізованого апаратного забезпечення, на зразок клавіатури з шрифтом Брайля, та зручне подання візуальної інформації знімає перешкоди для використання інформаційних технологій та розширює індивідуальні можливості щодо отримання інформації та комунікації.

Корпорація Microsoft давно зрозуміла роль технологій у сприянні усім категоріям членів суспільства і зараз має більше 50 технологічних партнерів, які випускають понад 100 продуктів, призначених для потреб людей з фізичними вадами. Звичайно, багато ще треба зробити, тому продовжується відкритий, конструктивний діалог з інвалідами, який допоможе досягти поставленої мети – створення технологій, до яких матиме доступ кожний.

Лікарі. Амбулаторне лікування – це не лише найбільш розповсюджений метод отримання медичної допомоги, а й важливий посередник між пацієнтами та іншими рівнями медичної допомоги, зокрема діагностикою високого рівня й установами для спеціалізованого лікування (наприклад, лікарнями).

При написанні реферату або при підготовці доповіді слід пам'ятати, що практикуючі лікарі постійно піклуються про ефективність лікування пацієнтів. І не тільки тому, що продуктивність має вплив на їхні доходи. Лікарі загальної практики є важливою передавальною ланкою в потоці медичної інформації, оскільки поширюють та приймають великі обсяги інформації від своїх пацієнтів та інших лікувальних установ. Проте інформаційні ланцюги все ще дуже часто розриваються. Причиною цього є несумісність інформаційних систем (паперових та електронних документів), різні методи управління програмними системами та брак стандартів і положень, що регламентують обмін медичною інформацією.

Лікарні. Лікарні та групи лікарень стикаються з багатьма перепонами, що заважають впровадженню електронних засобів у процес медичного обслуговування. Серед них:

- обмеженість і розрізненість ІТ-інфраструктури;

- несумісність і неоднорідність програмного забезпечення та відомчих систем;
- брак комплексної та легкодоступної інформації про пацієнтів;
- різні місця надання послуг: обхід хворих, пара-медицина, невідкладна допомога, лабораторія та адміністрація;
- різні ІТ-навички учасників процесу надання послуг;
- складні системи виставлення рахунків;
- постійні зміни положень щодо оформлення рахунків та бухгалтерського обліку.

Водночас інвестиції в інформаційні технології часто бувають недостатні або неправильно спрямовані. Нерідко основні зусилля витрачаються на виконання адміністративних вимог, а не на оптимізацію внутрішніх процесів з метою підвищення ефективності роботи лікарні та покращення якості послуг.

Фармацевтична галузь. При написанні реферату або при підготовці доповіді доцільно звернути увагу на те, що фармацевтичні компанії та компанії-виробники медичного обладнання є досить залежними від інформаційних технологій, перед ними постають численні проблеми під час виведення нового продукту на ринок. Доцільно визначити та розкрити основні проблеми цих компаній, пов'язані з такими аспектами їхньої діяльності:

- аналіз даних для науково-дослідних розробок;
- набір добровольців для клінічних випробувань;
- адміністрування клінічних випробувань;
- моніторинг ринків та їхніх вимог;
- відстеження споживачів кожного продукту після виведення його на ринок;
- інформування лікарів про нові продукти та методи їхнього використання;
- впровадження медичних приладів у клінічну практику;
- розроблення та аналіз методів ціноутворення продукції.

При написанні реферату або при підготовці доповіді слід звернути увагу на той факт, що фармацевтичні та біотехнологічні компанії за рахунок впровадження інформаційних технологій можуть збільшити свої можливості, підвищити ефективність наявних систем та досягти уніфікації систем, прикладних програм та платформ. Переваги інтегрованих систем полягають в тому, що вони дають змогу реалізувати масштабні проекти щодо створення нових препаратів, скоротити час клінічних досліджень, прискорити процедуру схвалення препаратів та підвищити ефективність виробництва. Крім цього, спостерігається підвищення обсягів продажу і покращення роботи служб маркетингу. Забезпечується також просте підключення до партнерських дослідницьких організацій, регуляторних органів, центрів клінічних досліджень та інших партнерів.

Керівництво сферою охорони здоров'я. Як державні, так і приватні установи постають перед проблемою постійного зростання собівартості медичних послуг, зокрема, витрат на стаціонарне лікування та медикаменти. Проте розрізненість і неузгодженість джерел даних ускладнюють процедуру аналізу витрат, у результаті не повною мірою забезпечується виявлення зайвих затрат та їх скорочення.

При написанні реферату або при підготовці доповіді слід пам'ятати, що хоча рішення про розподіл наступних медичних бюджетів необхідно приймати сьогодні, інформації, на якій мають ґрунтуватися такі рішення, недостатньо, і реальні наслідки будуть відчутні лише у майбутньому. У випадку хронічних захворювань для настання медичних та пов'язаних із бюджетом наслідків потрібно від 10 до 15 років. З огляду на ці особливості програми проектування та моделювання можуть допомогти особам, які приймають рішення, дозволити їм аналізувати різні сценарії та альтернативні варіанти.

Система медичного страхування. У багатьох європейських країнах є потреба в розділенні приватних та державних страхових систем. Приватні страхові компанії зазвичай управляють процесом оплати за лікування та несуть ризики, пов'язані з оплатою послуг для визначеної категорії людей при встановленій страховій премії. Вони дуже залежні від третіх сторін – медичних установ (постачальників медичних послуг). Брак інформації перешкоджає прозорості, оскільки лікарі не завжди охоче оприлюднюють дані, які можуть спростити контроль якості. Йдеться про рішення щодо лікування, результати лікування, а також про економічність та безпеку таких рішень. Приватні компанії спробували покращити свою спроможність контролювати витрати, впливаючи на медичні рішення, але недостатня точність та своєчасність важливих медичних показників ускладнила їхнє завдання. Більше того, оскільки вони прагнули розширити свій вплив, у багатьох постачальників медичних послуг склалося враження, що страхові компанії занадто втручаються у процес. Одним із наслідків став додатковий фінансовий тягар, який тепер несуть постачальники, оскільки мусять утримувати працівників, які стежать за виконанням вимог та процесів, встановлених страховими компаніями.

При написанні реферату або при підготовці доповіді доцільно звернути увагу на той факт, що приватним страховим компаніям і державним медичним установам інформаційні технології можуть допомогти в організації потоків даних між роботодавцями, постачальниками та споживачами медичних послуг, оскільки завдяки цим технологіям з'являється можливість керувати адміністративною та медичною інформацією, отриманою від багатьох розрізнених систем, розподілених по великих регіонах. Компанії та медичні установи можуть діяти, використовуючи потоки даних, що надходять від багатьох джерел. Ці дані є рушійною силою численних процесів – виплати за вимогами, встановлення тарифів, ціноутворення,

маркетинг, менеджмент лікування, визначення переваг препаратів, підтвердження придатності, клірингові операції, профілювання пацієнтів, управління ризиками та управління направленнями на лікування. Таким чином, компанії та медичні установи зможуть стати проактивними і покладатися на страхові системи, що ґрунтуються на інтелектуальних засобах прогнозування ризиків та системах інтелектуального аналізу даних. Ці системи дуже важливі, наприклад, для програм допомоги хронічно хворим (DMP), систем e-prescription (електронне виписування рецептів) та e-medication (електронне лікування). Системи інтелектуального аналізу даних стають усе важливішими як дуже цінна технологія.

Постачальники послуг з управління охороною здоров'я. При написанні реферату або при підготовці доповіді треба звернути увагу на те, що зміни у способах надання медичних послуг, зокрема використання центрів прийому викликів, матимуть великий вплив на пацієнтів. Скорочення витрат можна досягти, звільнивши від адміністративних та організаційних обов'язків високооплачуваній медичній персоналу, насамперед лікарів, та передавши ці обов'язки більш дешевому з точки зору оплати працівнику центру прийому дзвінків. Постачальники послуг можуть бути координаторами між медичним закладом, платником (державною або приватною страховою компанією) та потребою конкретного пацієнта. Завдяки автоматизованим сигнальним і попереджувальним системам на базі інтегрованої мережі може розвиватися нова форма об'єднаної медицини. Для роботи цих систем необхідно інтегрувати різноманітні джерела інформації та підтримувати безпечну, зручну для пацієнта базу даних. Для цього усі інформаційні технології, включаючи телекомунікації, потрібно об'єднати в загальну однорідну систему даних про лікування.

Видавництва медичної літератури. Видавництва медичної літератури вже протягом багатьох років відіграють активну роль у системі охорони здоров'я. Завдяки зростаючій важливості доступу до інформації вони створили нові сфери бізнесу. Зокрема, у компанії Bertelsmann працює центр прийому дзвінків Anuscare, який курують медичні експерти з Thieme, одного з найвідоміших в Німеччині видавництв медичної літератури. Хоча основним предметом їхньої діяльності є управління контентом сайту, вони також виконують роль «фабрики послуг» для підтримки медичних рішень та управління лікуванням.

Нові гравці на майбутніх ринках медичних послуг. При написанні реферату або при підготовці доповіді доцільно пам'ятати, що хоча це не є основною сферою їхньої діяльності, авіаційні компанії та туристичні агентства виявляють значний інтерес до телемедицини як засобу покращення обслуговування клієнтів та підвищення доступності подорожей, особливо для людей літнього віку. Унаслідок зростання захворювань, пов'язаних із подорожами, зокрема тромбозів, спричинених перельотами на великі відстані, ці галузі повинні шукати економічні шляхи вирішення проблем, пов'язаних з охороною здоров'я. Уже створюються центри медичної

допомоги, тож завдяки правильно застосованим ІТ-системам вони можуть стати ефективнішими.

Завдання (варіант визначає викладач):

Варіант 1. Написати аналітичний реферат з однієї із ключових проблем теми. Тема реферату та його план узгоджуються з викладачем на індивідуальній консультації. Реферат має включати такі обов'язкові розділи:

- вступ;
- актуальність проблеми;
- аналіз;
- рекомендації та прогноз;
- список використаної літератури.

Варіант 2. Написати доповідь з однієї із ключових проблем теми. Тема доповіді та її структура узгоджуються з викладачем на індивідуальній консультації. Доповідь має включати такі обов'язкові розділи:

- вступ;
- актуальність проблеми;
- аналіз;
- рекомендації та прогноз;
- ілюстрації (з використанням комп'ютерних програм).

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ „ПРОЕКТ ЗАКОНУ ПРО ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я”

Народними депутатами України М. Є. Поліщуком, В. Д. Бондаренком винесено на обговорення громадськості Проект Закону України «ПРО ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я». Цей Закон визначає основні організаційні та правові засади діяльності закладів охорони здоров'я України. Основні положення цього проекту наведено нижче.

I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Визначення основних термінів

У цьому Законі терміни вживаються в такому значенні:

- заклади охорони здоров'я – це підприємства, установи та організації, що надають медичні послуги.

- медична допомога – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, та ліквідацію страждань людей у зв'язку з розладом їх здоров'я, яка надається медичними працівниками, а у випадках передбачених чинним законодавством працівниками інших професій, на яких покладено цей обов'язок.
- медична послуга – професійна діяльність, яка здійснюється професійно підготовленими медичними працівниками, спрямована на задоволення потреб суспільства в охороні здоров'я, і має вартісну оцінку. Медична послуга є економічною складовою частиною медичної допомоги;
- виробники (надавачі) медичних послуг – зареєстровані та ліцензовані в установленому порядку суб'єкти господарської діяльності будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, що і надають медичні послуги
- медичний працівник – фахівець, який пройшов професійну медичну підготовку відповідно до затверджених у встановленому порядку програм, має диплом встановленого взірця.
- стандарти надання медичних послуг (медичні стандарти) – визначені та затверджені Міністерством охорони здоров'я України обсяги надання медичної допомоги за нозологічними формами, що включають медичні послуги, товари та роботи, які надаються хворим у державних та комунальних закладах охорони здоров'я за кошти державного, місцевого бюджету та коштів обов'язкового медичного страхування.

Стаття 2. Мета прийняття даного закону

Створення сприятливих умов для розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності.

Збільшення інвестицій у розвиток закладів охорони здоров'я усіх форм власності.

Поліпшення якості послуг, що надаються закладами охорони здоров'я.

Забезпечення надання за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів доступного для всіх громадян рівня медичних послуг.

Забезпечення умов для безперешкодного і своєчасного отримання громадянами додаткового обсягу медичних послуг понад той обсяг, що фінансується за рахунок асигнувань з державного та місцевих бюджетів.

Забезпечення ефективного використання у сфері охорони здоров'я людських та матеріальних ресурсів.

Забезпечення умов для безперешкодного фінансування закладів охорони здоров'я усіх форм власності з різних джерел.

II. ФОРМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття 3. Типи закладів охорони здоров'я

Закладами охорони здоров'я є:

- лікарня;
- заклад медичного догляду, заклад сестринського догляду, санаторій, профілакторій;
- амбулаторія, центр здоров'я (медичний пункт), консультація;
- швидка допомога;
- діагностична лабораторія (кабінет);
- стоматологічний кабінет, кабінет стоматологічного протезування;
- заклад лікувальної реабілітації;
- інші заклади, які визначені урядом як заклади охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я може бути окремою організаційною одиницею, частиною іншої організаційної одиниці або організаційною одиницею, підлеглою іншій організаційній одиниці.

Закладом охорони здоров'я є також об'єднання закладів, зазначених у параграфі 1 даного розділу. Заклад охорони здоров'я, який входить до складу об'єднання закладів, стає організаційною одиницею об'єднання.

Заклади охорони здоров'я в Україні можуть перебувати у державній (тобто загальнодержавній або комунальній) і недержавній власності.

Стаття 4. Заклади охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я, створені у відповідності із рішенням органів державної влади або місцевого самоврядування для задоволення потреби мешканців територіальної громади у послугах з охорони здоров'я.

Рішення про форму організації даного закладу і про реорганізацію даного медичного закладу з однієї форми в іншу приймається власником даного медичного закладу: Кабінетом Міністрів – для закладів, що перебувають у загальнодержавній власності; обласними, районними, міськими, селищними, сільськими радами – для закладів, що перебувають у комунальній власності, – виходячи із доцільності застосування тієї чи іншої форми організації закладу охорони здоров'я для забезпечення виконання даним закладом своїх статутних завдань в умовах даної території.

Функціонування ЗОЗ – бюджетних установ регулюється бюджетним законодавством і нормативними актами Кабінету Міністрів України.

Діяльність ЗОЗ як державних (комунальних) підприємств регулюється відповідним законодавством України. Власник закладу ОЗ – державного (комунального) підприємства в межах своїх повноважень приймає рішення щодо доцільності, можливості і форм залучення до діяльності даного закладу інших співвласників.

Стаття 5. Недержавні заклади охорони

Недержавні заклади охорони здоров'я можуть функціонувати у будь-якій господарській формі, передбаченій чинним законодавством для підприємницької діяльності, при дотриманні ліцензійних вимог, що стосуються надання медичних послуг.

Стаття 6. Реорганізація публічного закладу охорони здоров'я

Реорганізація закладу охорони здоров'я здійснюється власником закладу в рамках його компетенції.

Стаття 7. Ліквідація публічного закладу охорони здоров'я

Рішення про ліквідацію публічного закладу охорони здоров'я приймається його власником. Даним рішенням повинні визначатись форма і спосіб забезпечення медичною допомогою осіб, що користувались послугами даного закладу охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я припиняє свою роботу не раніше, ніж через 3 місяці з дня прийняття рішення про ліквідацію закладу.

Стаття 8. Структура закладу охорони здоров'я

Структура закладу охорони здоров'я та інші не врегульовані законом питання, пов'язані з його функціонуванням, визначаються статутом закладу.

Організаційна і штатна структура, а також структура основних фондів закладів ОЗ – державних (комунальних) підприємств визначаються виключно власником даного закладу або створеними ними органами управління у відповідності зі статутними завданнями та ліцензійними вимогами до закладу.

Стаття 9. Статут закладу ОЗ

Заклади ОЗ діють на основі статуту. Статут затверджується власником (засновником) закладу ОЗ. У статуті закладу ОЗ визначаються:

- назва закладу ОЗ, яка повинна відповідати сфері та обсягові послуг, що ним надаються;
- власник закладу ОЗ;
- місцезнаходження закладу ОЗ;

- предмет і цілі діяльності закладу ОЗ (в тому числі участь у наукових дослідженнях та професійній підготовці медичних працівників, якщо таке передбачається);
- територія обслуговування, що охоплюється діяльністю закладу ОЗ;
- види і обсяг медичних послуг, що надаються закладом ОЗ;
- органи управління закладу ОЗ і порядок їх формування;
- організаційна структура закладу ОЗ;
- форма фінансово-господарської діяльності закладу ОЗ;
- порядок формування основного майна (основних фондів) закладу ОЗ.

Стаття 10. Порядок надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я Організація та порядок процесу надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я визначається статутними положеннями закладу охорони здоров'я, які повинні відповідати стандартам надання медичної допомоги.

Норми положень, зазначені у параграфі 1 цієї статті, не можуть порушувати прав пацієнта, що визначені законодавством. Положення, зазначені у параграфі 1, затверджує керівник закладу охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я може доводити до відома громадськості інформацію про обсяг та види медичних послуг, що надаються цим закладом. Зміст і форма цієї інформації не може бути використана як реклама.

Ш. УПРАВЛІННЯ ПУБЛІЧНИМ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття 11. Наглядова Рада публічного закладу охорони здоров'я З метою забезпечення керівництва та прозорості діяльності публічного ЗОЗ власник (рада відповідного рівня) створює Наглядову Раду закладу.

Діяльність Наглядової Ради здійснюється відповідно до положення, яке затверджується власником. Кількісний та якісний склад Наглядової Ради лікарні визначається власником. Наглядова Рада повинна складатися не менше, ніж з п'яти осіб.

Крім призначених членів до складу Наглядової Ради входять з правом вирішального голосу делеговані представники самоврядної професійної медичної організації лікарів первинної медичної допомоги (лікарів загальної практики/сімейних лікарів), якщо така самоврядна організація має діючих членів у даній громаді.

З правом дорадчого голосу до складу Наглядової Ради можуть також входити делеговані представники інших громадських самоврядних організації (зокрема, організації пацієнтів), якщо такі самоврядні організації зареєстровані і діють в даній громаді, і якщо рішення про їх участь у роботі

Наглядової Ради прийняте власником публічного закладу охорони здоров'я (місцевою Радою).

Стаття 12. Повноваження Наглядової Ради

Наглядова Рада ЗОЗ наділяється наступними повноваженнями:

- Призначати та звільняти Виконавчого Директора лікарні і наглядати за процесом управління ЗОЗ Виконавчим Директором згідно з наперед узгодженими між Наглядовою Радою і Виконавчим Директором цільовими показниками (критеріями) діяльності;
- Визначати обсяг повноважень Виконавчого Директора при прийнятті фінансових, організаційних, штатних та інших рішень і делегувати йому/їй відповідні повноваження.
- Призначати за поданням Виконавчого Директора лікарні і у консультації з ним/нею) та звільняти управлінський персонал ЗОЗ;
- Розробляти і затверджувати загальні принципи оплати праці персоналу ЗОЗ;
- Приймати рішення стосовно рівня оплати праці Виконавчого Директора і управлінського персоналу ЗОЗ;
- Розробляти і переглядати довгострокову стратегію ЗОЗ і напрямів його діяльності з урахуванням макроекономічної ситуації в секторі охорони здоров'я та місцевих особливостей, а також пріоритетів національного сектору охорони здоров'я;
- Визначати і переглядати організаційну структуру ЗОЗ;
- Розробляти річний (короткостроковий) план роботи на виконання довгострокової стратегії ЗОЗ, з оглядом на необхідність забезпечення фінансової стабільності лікарні.
- Планувати і забезпечувати проведення моніторингу та оцінювати діяльність ЗОЗ шляхом періодичного проведення детального аналізу наступних сфер:
 - Фінансової – аудит річних звітів і бюджетних планів (з урахуванням фінансових цілей, встановлених радою).
 - Управління людськими ресурсами – періодичні опитування штату ЗОЗ на предмет їх задоволеності умовами роботи; показники ефективності і продуктивності роботи штату, включно з директором.
 - Постачання – періодичний моніторинг ефективності процесу закупівель та аналіз відносної (ринкової) вартості ресурсів ЗОЗ.
 - Спектр послуг, що надаються лікарнею – періодичний перегляд спектру послуг, що надаються ЗОЗ, розгляд можливостей для розширення переліку послуг, або необхідності їх скорочення в залежності від зовнішніх обставин, моніторинг якості послуг через опитування пацієнтів і періодичний вибірковий аудит структурних підрозділі ЗОЗ.
- Приймати рішення про закупівлю коштовного обладнання і виділення значних сум коштів на інші потреби, пов'язані з діяльністю ЗОЗ.

Стаття 13. Функції Виконавчого Директора

Якщо інше не передбачено статутом ЗОЗ або рішеннями Наглядової Ради ЗОЗ, Виконавчий Директор (Директор) ЗОЗ має наступні повноваження:

- організація процесу управління ЗОЗ;
- звітувати перед Наглядовою Радою за виконання рішень Ради і за діяльність ЗОЗ згідно із спільно узгодженими цільовими показниками, в т. ч. і фінансовими;
- забезпечувати надійний процес збору і обліку грошових надходжень за послуги, що надаються ЗОЗ шляхом відповідного розподілу обов'язків за дані функції між членами адміністрації ЗОЗ;
- приймати фінансові рішення про видатки в межах лімітів, узгоджених з Наглядовою Радою при плануванні річного бюджету видатків;
- управляти людськими ресурсами – в рамках ліміту, узгодженого з Наглядовою Радою під час затвердження річного бюджету видатків, прийняття усіх рішень, що стосуються найму на роботу працівників, їх переведення на іншу посаду, підвищення по службі, накладення дисциплінарних стягнень, а також звільнення співробітників не з числа старшого управлінського персоналу. Директор приймає ці рішення на основі попереднього узгодження позиції з Радою стосовно того, які посади відносяться до старшого адміністративного штату;
- проводити закупівлю медичних і немедичних витратних матеріалів, невеликого медичного та іншого обладнання на суму узгодженого з Наглядовою Радою ліміту;
- укладати угоди на надання допоміжних послуг, особливо, якщо такі послуги є невідкладними по своїй природі;

IV. РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗОЗ

Стаття 14. Види регулювання діяльності закладів ОЗ

Регулювання діяльності закладів ОЗ здійснюється у вигляді державного ліцензування, професійної сертифікації медичних працівників, а також у вигляді акредитації закладів ОЗ.

Стаття 15. Державне ліцензування закладів охорони здоров'я

Необхідною умовою початку функціонування закладу охорони здоров'я є отримання ним ліцензії на право здійснення медичної практики (відповідно до закону України “Про ліцензування певних видів господарської діяльності”).

Ліцензуванню підлягають всі заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, засновника і форми господарювання, в тому числі і заклади охорони здоров'я – бюджетні установи.

Ліцензування медичної практики здійснюється Міністерством охорони здоров'я України.

Ліцензійні умови визначаються Міністерством охорони здоров'я України за погодженням із самоврядними професійними медичними організаціями (лікарськими, сестринськими та ін. спілками, палатами, асоціаціями, товариствами та ін.) та/або самоврядними організаціями надавачів медичних послуг (спілками, асоціаціями лікарень, медичних практик та ін.).

Міністерством охорони здоров'я України, за погодженням із самоврядними професійними медичними організаціями та організаціями надавачів медичних послуг, визначаються мінімальні норми забезпечення (табелі оснащення) закладів охорони здоров'я обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення.

Стаття 16. Стандартизація надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я

Надання медичної допомоги в усіх закладах охорони здоров'я здійснюється у відповідності зі стандартами надання медичних послуг, затверджених Міністерством охорони здоров'я України за поданням професійних медичних (лікарських, сестринських та ін.) організацій.

Стаття 17. Акредитація закладів охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я може порушити клопотання про проходження акредитації з метою підтвердження дотримання відповідних критеріїв якісної професійної діяльності (критеріїв акредитації).

Акредитацію здійснює Акредитаційна комісія на підставі експертного висновку про дотримання закладом встановлених критеріїв акредитації після проведення відповідної процедури оцінки закладу охорони здоров'я.

У разі відповідності закладу критеріям акредитації, Акредитаційна комісія видає акредитаційний сертифікат на термін до трьох років.

Акредитаційна комісія складається з представників самоврядних медичних професійних організацій, Міністерства охорони здоров'я, а також представників власників медичних закладів.

Міністерство охорони здоров'я за погодженням із самоврядними професійними медичними організаціями визначає обсяги повноважень і засади функціонування Акредитаційної комісії, порядок призначення і відкликання її членів та експертів, критерії акредитації, тривалість повноважень членів Акредитаційної комісії, форму акредитаційного сертифікату.

Акредитаційна комісія з числа своїх членів обирає голову і заступників голови та встановлює регламент своєї роботи, який затверджується відповідним рішенням Акредитаційної комісії.

Стаття 18. Державна реєстрація закладу охорони здоров'я

Заклад охорони здоров'я повинен бути внесений до реєстру закладів охорони здоров'я протягом 14 днів після початку роботи. Порядок реєстрації визначається Кабінетом Міністрів України. Реєстрація закладу відбувається шляхом повідомлення і не повинна містити додаткових вимог до закладу крім тих, що визначені у переліку ліцензійних вимог.

Зазначений реєстр є відкритим і доступним для ознайомлення третім особам. Реєстр закладів охорони здоров'я ведеться Міністерством охорони здоров'я України.

Стаття 19. Медична документація

При провадженні медичної практики заклад охорони здоров'я зобов'язаний вести медичну документацію відповідно до порядку та у обсягах, які встановлюються Міністерством охорони здоров'я України за погодженням із самоврядними професійними організаціями.

Заклад охорони здоров'я забезпечує захист даних, що містяться у документації, зазначеній у параграфі 1 цієї статті.

Заклад зобов'язаний надавати доступ до зазначеної у параграфі 1 документації:

- пацієнтові, його законному представнику чи іншій уповноваженій пацієнтом особі в тій частині, яка стосується інформації про пацієнта;
- іншим закладам охорони здоров'я, організаційним одиницям закладів і особам, які займаються медичною практикою за межами даного закладу охорони здоров'я, якщо ця документація є необхідною для забезпечення наступності медичного обслуговування;
- уповноваженим державним органам охорони здоров'я та органам лікарського самоврядування в обсязі, необхідному для виконання контролю і нагляду;
- Міністерству охорони здоров'я України та органам державної влади у випадках, передбачених законодавством;
- органам пенсійного забезпечення, страховим установам та експертним комісіям по вирішенню питань про ступінь непрацездатності для здійснення ними їх статутних обов'язків;
- реєстрам медичних послуг, в обсязі, необхідному для ведення реєстрів.

Медична документація може також надаватись учбовим закладам чи науково-дослідним установам для її використання в наукових цілях без розголошення при цьому прізвища, імені та інших даних, за допомогою яких

можна однозначно ідентифікувати особу, дані про яку вміщені у документації.

Міністерство охорони здоров'я за погодженням із самоврядними медичними організаціями визначає види медичної документації та спосіб її ведення, а також процедуру забезпечення доступності цієї документації із врахуванням вимог параграфа 4 (попереднього) цієї статті.

Стаття 20. Рівність умов здійснення медичної практики

Для усіх закладів охорони здоров'я, незалежно від форми власності або типу засновника, що діють на даній адміністративній території, повинні забезпечуватись рівні умови здійснення медичної практики, а саме:

- рівні умови ліцензування;
- рівні тарифи на комунальні послуги і оренду державної та комунальної власності;
- рівність інших суттєвих факторів, що можуть вплинути на вартість і якість послуг, що надаються закладами охорони здоров'я.

При порушенні органами державної влади, органами місцевого самоврядування, а також недержавними суб'єктами вимог про створення рівних умов для здійснення медичної практики заклад охорони здоров'я, що зазнає дискримінації, має право подати позов до суду з метою оскарження практики дискримінації.

V. ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стаття 21. Джерела фінансування ЗОЗ

Заклади охорони здоров'я усіх форм власності можуть фінансуватись за рахунок:

- асигнувань на охорону здоров'я з державного або місцевих бюджетів;
- коштів фондів обов'язкового соціального страхування;
- коштів фондів добровільного медичного страхування;
- коштів фізичних та юридичних осіб;
- добродійних внесків фізичних та юридичних осіб;
- інших надходжень, не заборонених законодавством.

Стаття 22. Фінансування ЗОЗ з державного бюджету

Фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів може здійснюватись або шляхом фінансування кошторису видатків закладів ОЗ – бюджетних установ, або шляхом розміщення державного/муніципального замовлення на надання визначеного переліку послуг з охорони здоров'я, узгодженого обсягу і якості (далі – пакета послуг) у публічних або недержавних (приватних) закладах охорони здоров'я.

Стаття 23. Спосіб фінансування з державного бюджету

Рішення щодо способу фінансування ЗОЗ за рахунок коштів державного або місцевого бюджету приймається відповідним розпорядником бюджетних коштів.

Окремий розпорядник бюджетних коштів має право застосовувати різні форми фінансування для різних закладів охорони здоров'я, тобто як фінансувати бюджетні установи, так і розміщувати замовлення на надання пакета послуг.

Окремий розпорядник бюджетних коштів може розміщувати замовлення на надання кількох пакетів послуг.

Стаття 24. Державне/муніципальне замовлення

Державне/муніципальне замовлення на надання пакета послуг для мешканців відповідної адміністративно-територіальної одиниці розміщується розпорядником бюджетних коштів (органом державної влади та місцевого самоврядування чи уповноваженим ним представником) або шляхом узгодження умов з єдиним наявним надавачем послуг, або шляхом проведення конкурсу (тендера) на отримання замовлення між кількома наявними надавачами послуг.

Після узгодження умов з єдиним надавачем послуг або визначення переможця конкурсу на отримання замовлення між розпорядником бюджетних коштів та надавачем, що отримав замовлення на надання пакета послуг, укладається договір, предметом якого є надання останнім пакета медичних послуг і оплата цього пакета послуг розпорядником бюджетних коштів.

Стаття 25. Фінансування з державного бюджету державних/комунальних підприємств

Публічні ЗОЗ – державні/комунальні підприємства фінансуються (отримують кошти) з державного або місцевих бюджетів через розміщення в даному закладі державного/муніципального замовлення.

Заклади ЗОЗ – підприємства і господарські товариства можуть розміщувати замовлення від кількох розпорядників бюджетних коштів.

Стаття 26. Тендер на надання медичних послуг

При наявності кількох конкуруючих закладів ОЗ, що претендують на отримання державного/муніципального замовлення, проводиться тендер на розміщення державного/муніципального замовлення.

Стаття 27. Типові форми договору на виконання державного/муніципального замовлення Міністерство охорони здоров'я за погодженням із самоврядними професійними організаціями (асоціаціями) медпрацівників, асоціаціями закладів ОЗ, асоціаціями замовників медичних послуг та асоціаціями пацієнтів розробляє типові форми договору на виконання державного/муніципального замовлення і визначає принципи тарифікації послуг (пакетів послуг), що застосовуються цими типовими формами.

Типові форми державного/муніципального замовлення є рекомендованими, але не обов'язковими для застосування розпорядниками бюджетних коштів.

При застосуванні розпорядником бюджетних коштів форм державного/муніципального замовлення, відмінних від типових, згаданий розпорядник зобов'язаний опублікувати методологію і принцип тарифікації, застосовані при розміщенні даного замовлення.

Стаття 28. Тарифи на послуги, що надаються закладами охорони здоров'я – державними/муніципальними підприємствами

Міністерство охорони здоров'я України розраховує і затверджує – за погодженням із самоврядними професійними організаціями (асоціаціями) медичних працівників та асоціаціями надавачів медичних послуг) – індикативні тарифи на послуги, що надаються в рамках державного/муніципального замовлення.

Індикативні тарифи є орієнтовними і застосовуються при прийнятті розпорядниками бюджетних коштів рішень при укладенні із закладами охорони здоров'я договорів про надання медичних послуг в рамках державного/муніципального замовлення.

Індикативні тарифи на послуги повинні враховувати повні витрати, включно з амортизацією основних фондів і накладними видатками, понесені закладами ОЗ при наданні послуг в рамках виконання державного/муніципального замовлення, а також витрати по страхуванню ризику цивільної відповідальності надавача медичних послуг, що може виникнути в процесі виконання угоди.

Індикативні тарифи використовуються також наглядовими органами (спостережними радами) для оцінки обґрунтованості угод, укладених між розпорядниками бюджетних коштів та надавачами медичних послуг.

Індикативні тарифи не можуть трактуватись як обов'язкові до застосування розпорядниками бюджетних коштів.

Стаття 29. Фактична вартість пакетів послуг

Фактична вартість пакетів послуг, що надаються в рамках виконання державного/муніципального замовлення, визначається сторонами угоди, що укладається між закладом охорони здоров'я та розпорядником бюджетних коштів з урахуванням, з одного боку, індикативних тарифів на послуги, а з іншого боку, фактичної наявності і рівня цін на ресурси, які є необхідними для надання відповідних медичних послуг на даній території.

Стаття 30. Боргові зобов'язання закладів охорони здоров'я
Державний та місцеві бюджети не відповідають по зобов'язаннях державних/комунальних підприємств, якщо інше не передбачено умовами виникнення цих зобов'язань.

Стаття 31. Відповідальність закладів охорони здоров'я
При наданні послуг з охорони здоров'я ЗОЗ несе відповідальність за виконання виключно тих зобов'язань, які виникають з договору між ЗОЗ та фінансуючою стороною.

Заклад охорони здоров'я не може нести відповідальність за ненадання тих послуг з охорони здоров'я, які не передбачені умовами угод, укладених закладом, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством (надання послуг у невідкладних станах, при яких існує загроза життю особи і коли ненадання медичної допомоги може призвести до смерті цієї особи).

Стаття 32. Субконтракти на надання послуг
Заклади охорони здоров'я – державні/комунальні підприємства можуть укладати субконтракти на надання медичних послуг з іншими медичними закладами будь-якої форми власності.

VI. УНІВЕРСИТЕТСЬКІ КЛІНІКИ

Стаття 33. Університетською клінікою є заклад охорони здоров'я, який поруч із наданням лікувально-профілактичних послуг проводить учбову роботу – професійний вишкіл медичного персоналу – студентів медичних університетів, медичних училищ, медичних академій післядипломної освіти, а також студентів, що проходять курси медичної підготовки у немедичних учбових закладах.

Стаття 34. Університетська клініка може функціонувати у вигляді окремого лікувально-профілактичного закладу або відділення у складі окремого лікувально-профілактичного закладу.

Стаття 35. Організаційно університетська клініка може функціонувати у вигляді бюджетної установи, державного підприємства або приватного підприємства.

Стаття 36. Фінансування університетських клінік, управління університетськими клініками, контроль за діяльністю університетських клінік та науково-дослідна робота в університетських клініках проводиться відповідно до нормативних актів, затверджених Кабінетом Міністрів України в установленому порядку.

Завдання

1. Визначити основні засади проекту.
2. Які статті даного Проекту сприятимуть підвищенню якості надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах? Відповідь обґрунтуйте.
3. Чи сприятиме прийняття цього Закону Верховною Радою розвитку підприємництва в галузі охорони здоров'я? Відповідь обґрунтуйте.

АНАЛІТИЧНЕ ЗАВДАННЯ

Вам доручено скласти Статут лікувально-профілактичного закладу в якому Ви працюєте (проходили виробничу практику).

Для зразка доцільно скористатися Статутом дитячої поліклініки № 2 Деснянського району м. Києва, який наведено нижче.

I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Дитяча поліклініка № 2 Деснянського району м. Києва (надалі іменується Установа) є бюджетною (неприбутковою) установою, що заснована на комунальній власності територіальної громади м. Києва і підпорядкована управлінню охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації та Головному управлінню охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) та створена відповідно до рішення Київської міської ради від 24.04.2003 № 364/524 «Про дитячі лікувально-профілактичні заклади Деснянського району».

1.2. Установа у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, постановами Верховної Ради України, указами і розпорядженнями Президента України, декретами, постановами і розпорядженнями Кабінету Міністрів України, рішеннями Київської міської ради, розпорядженнями Київської міської державної адміністрації, розпорядженнями Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації, наказами Міністерства охорони здоров'я України, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), управління охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації, цим Статутом та іншими нормативними актами.

1.3. Установа є юридичною особою, має самостійний баланс, здійснює бухгалтерський і первинний медичний облік, веде статистичну звітність у встановленому законодавством порядку.

1.4. Місцезнаходження Установи:

02222, м. Київ-222,
вул. Курчатова, 18-а.

1.5. Установа користується правом оперативного управління щодо закріпленого за ним майна, має штамп встановленого зразка, печатку із власним найменуванням, зразок якої затверджується начальником Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

II. МЕТА І ПРЕДМЕТ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВИ

2.1. Установа створюється і функціонує з метою досягнення найкращих кінцевих результатів у наданні медичної допомоги населенню.

Головним завданням Установи є забезпечення потреб населення у первинній медико-санітарній допомозі, кваліфікованій і спеціалізованій медичній допомозі.

2.2. Предметом діяльності Установи є медична практика:

- надання невідкладної медичної допомоги хворим при гострих та раптових захворюваннях, травмах, отруєннях та інших нещасних випадках;
- кваліфіковане і в повному обсязі обстеження хворих, що звернулися до Установи;
- своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги населенню під час амбулаторного прийому в Установі та при наданні медичної допомоги вдома хворим, які за станом здоров'я та характером захворювання не можуть відвідувати Установу, потребують постільного режиму та систематичного догляду;
- лікування хворих, включаючи повний комплекс заходів для консервативного і оперативного лікування хворих, відновлювальні заходи;
- відновлення репродуктивного здоров'я;
- розробка, впровадження та здійснення прогресивних методів лікування;
- створення належних умов для здійснення лікувально-оздоровчої практики;
- у випадках необхідності своєчасна госпіталізація хворих в стаціонари лікарень, клінік НДІ;
- всі види медичної, консультативної, лікувальної, діагностичної та профілактичної діяльності відповідно до законодавства України, медична практика;
- експертиза тимчасової непрацездатності хворих, видача та продовження листків непрацездатності, надання трудових рекомендацій хворим, що потребують переводу на інші ділянки роботи, своєчасне направлення хворих на МСЕК.

Установа має право застосовувати у своїй діяльності за медичними показаннями наркотичні, психотропні сильнодіючі засоби, спирти та прекурсори в порядку, визначеному законами України.

III. ПРИНЦИПИ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВИ

3.1. Відносини Установи з відвідувачами, пацієнтами визначаються законами України, а з підприємствами, установами, організаціями та громадянами в усіх сферах господарської діяльності будуються на договірних засадах згідно з чинним законодавством України.

3.2. Функціональна діяльність Установи і оплата праці працівників здійснюються за рахунок бюджетних коштів, а також коштів, отримання яких передбачено діючим законодавством України.

IV. УПРАВЛІННЯ УСТАНОВОЮ

4.1. Управління Установою здійснюється головним лікарем (надалі – Керівник) на основі єдиноначальності.

4.2. Керівник Установи призначається на посаду і звільняється з посади наказом начальника управління охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації за погодженням з Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) у встановленому порядку.

Заступники Керівника Установи та головний бухгалтер призначаються на посаду і звільнюються з посади наказом Керівника за погодженням з управлінням охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації та Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

Інші працівники Установи призначаються на посаду і звільнюються з посади наказом Керівника Установи.

Керівник Установи несе персональну відповідальність за діяльність Установи.

4.3. Керівник вирішує самостійно всі питання діяльності Установи за винятком питань, що відносяться до компетенції профспілкових органів, в межах своїх повноважень видає накази і дає вказівки, обов'язкові для всіх працівників, вживає заходи до заохочення працівників та накладає стягнення.

4.4. Керівник діє від імені Установи, без доручення представляє його інтереси у всіх підприємствах, закладах та організаціях, в межах наданих повноважень.

Керівник Установи укладає договори, видає доручення, має право першого підпису на фінансових, банківських та інших документах.

4.5. Керівник Установи у межах встановлених фондів оплати праці та граничної чисельності визначає штатний розпис і подає на затвердження в управління охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації.

V. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРАЦІ ТА ЗАРОБІТНА ПЛАТА

5.1. Установа для найбільш повного використання трудового потенціалу і створення умов для високоефективної діяльності кожного працівника:

5.1.1. проводить атестацію та раціоналізацію робочих місць, визначає їх необхідну кількість;

5.1.2. встановлює форми організації праці працівників, здійснює тарифікацію і організовує впровадження передових методів і прийомів праці;

5.1.3. встановлює режим робочого часу, а також тривалість додаткових відпусток згідно з чинним трудовим законодавством України;

5.1.4. встановлює працівникам грошові надбавки до посадового окладу за високу якість, складність та напруженість в праці, професійну майстерність та інші доплати і надбавки до заробітної плати згідно з чинним законодавством України.

5.2. Оплата праці працівників Установи здійснюється згідно з відповідними постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я, іншими нормативно-правовими актами та внутрішніми нормативними документами.

VI. МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНА БАЗА І КОШТИ УСТАНОВИ

6.1. Матеріально-технічну базу і кошти Установи складають основні фонди та оборотні кошти, а також інші матеріальні цінності та фінансові ресурси, вартість яких відображена у його самостійному балансі.

6.2. Майно Установи належить до комунальної власності територіальної громади м. Києва і закріплюється за ним на праві оперативного управління.

6.3. Установа є неприбутковою. Витрати на утримання Установи фінансуються за рахунок коштів місцевого бюджету та інших джерел, передбачених законодавством України.

6.4. Установа має право за згодою власника або уповноваженого ним органу у встановленому законодавством України порядку відчужувати закріплене за ним майно іншим підприємствам, установам і організаціям, здавати в оренду, передавати в тимчасове безоплатне користування приміщення, господарські споруди, обладнання, транспортні засоби, інвентар та інші матеріальні цінності, а також списувати їх з балансу у встановленому порядку.

VII. ОБЛІК, ЗВІТНІСТЬ, КОНТРОЛЬ

7.1. Перевірка окремих напрямків діяльності Установи здійснюється податковими та іншими уповноваженими державними органами відповідно до чинного законодавства України.

7.2. Ревізія та перевірка діяльності Установи в разі необхідності здійснюється власником або уповноваженим ним органом у порядку, визначеному законодавством України.

7.3. Установа підзвітна управлінню охорони здоров'я Деснянської районної у м. Києві державної адміністрації та Головному управлінню охорони здоров'я

та медичного забезпечення виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

VIII. ПРИПИНЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ УСТАНОВИ

8.1. Припинення діяльності Установи здійснюється шляхом його реорганізації або ліквідації, за рішенням власника чи уповноважених ним органів, за рішенням суду або господарського суду у порядку, встановленому законодавством України.

8.2. У разі припинення діяльності Установи працівникам, що звільняються, гарантується додержання їх прав і інтересів відповідно до трудового законодавства України.

8.3. У випадку ліквідації Установи його активи мають бути передані за рішенням власника іншій неприбутковій організації відповідного виду або зараховані до доходу бюджету.

Тема

Теми рефератів та доповідей

1. Стратегічне планування в охороні здоров'я
2. Методологія й механізми довгострокового планування в галузі охорони здоров'я.
3. Програмно-цільовий метод стратегічного планування в медичному та фармацевтичному менеджменті.

Методичні рекомендації

При написанні реферату або при підготовці доповіді доцільно звернути увагу та той факт, що сучасний період розвитку охорони здоров'я в умовах посилення негативних тенденцій у демографічній ситуації й рівні здоров'я населення, збереженні високозатратності функціонування галузі ставить проблему переходу на принципово нові технології планування й управління.

Формується висока потреба у свідомому управлінні змінами, на основі науково обґрунтованої процедури передбачення, регулювання, пристосуванні до мінливих зовнішніх умов. Цим завданням більшою мірою відповідає методологія стратегічного планування, що одержала широке поширення.

Стратегічне планування в охороні здоров'я – це процес вироблення стратегій у сфері охорони здоров'я, стратегічних планів розвитку галузі, планів заходів щодо їхнього здійснення, моніторингу та оцінки їхньої реалізації.

При написанні реферату або при підготовці доповіді не слід забувати, що система стратегічного планування не одержала належного розвитку в

органах управління й закладах охорони здоров'я. Понад 90 % прийнятих управлінських рішень стосуються вирішення оперативних питань і не пов'язані зі стратегічними цілями регіональних систем охорони здоров'я.

Наявні стратегічні плани рідко впливають на повсякденну діяльність. У закладах, що звикли планувати діяльність відповідно до заявок і запитів, стратегічне планування має мало загального з реальними проблемами й зусиллями персоналу.

При написанні реферату або при підготовці доповіді слід пам'ятати, що між стратегічними, тактичними й оперативними планами існують тісні прямі й зворотні зв'язки. Практика планування в сучасних умовах розрізняє поняття довгострокового й стратегічного планування. Методологія й механізми довгострокового планування пристосовні до умов стабільного зовнішнього середовища й припускають жорстоке встановлення планових показників на базі екстраполяції тенденцій минулих років.

Стратегічне планування по своїй суті підпорядковується основним принципам планування і водночас ураховує умови, що змінюються, зовнішнього середовища.

При написанні реферату або при підготовці доповіді доцільно звернути увагу та той факт, що практика стратегічного планування виходить, насамперед, не «від досягнутого» (що малоєфективно, оскільки консервує колишні диспропорції й вузькі місця організації), а «від майбутнього», тобто орієнтується на той стан, який необхідно досягти за плановий період.

З огляду на особливості управління охороною здоров'я як однієї з галузей соціальної сфери, орієнтованої загалом на людину та її вищі життєві цінності – здоров'я і його відтворення, виокремлюють дві концепції стратегічного планування: на основі програмно-цільового методу й загальносвітових принципів стратегічного планування, властивих юридично й фінансово-заможним системам, організаціям та установам.

При написанні реферату або при підготовці доповіді необхідно звернути увагу на те, що обидві концепції мають багато загального, побудовані на одних основних принципах стратегічного управління:

- ситуаційному аналізу, що включає оцінювання стану системи, характеристику зовнішнього середовища, вивчення споживчого попиту;
- прогнозі розвитку системи залежно від сприятливого й несприятливого збігу обставин;
- визначенні напрямів і цілей розвитку;
- розробці конкретних заходів щодо строків і виконавців;
- ресурсному забезпеченні досягнення цілей;
- контролі, оцінюванні виконання та ефективності.

Концепція стратегічного планування, заснована на програмно-цільовому методі, добре відомому керівникам охорони здоров'я, що широко

використовується в практиці управління галуззю на всіх рівнях протягом останніх 10–15 років.

Програмно-цільовий метод стратегічного планування має наступні переваги в забезпеченні:

- цільовий розподіл бюджетних засобів;
- залучення додаткових джерел для фінансування конкретних цілей;
- комплексне вирішення проблем за рахунок створення умов для вертикальної й горизонтальної взаємодії;
- проведення моніторингу за процесом досягнення цілей, їхнього своєчасного коригування й оцінки ефективності;
- використання на всіх рівнях управління;
- може використовуватись як інструмент державного регулювання територіального розвитку.

При написанні реферату або при підготовці доповіді доцільно звернути увагу на той факт, що проведений у ряді адміністративних територій аналіз використання методології цільового планування в охороні здоров'я підтвердив результати досліджень і виявив його недоліки. А саме:

- розмитість цілей,
- відсутність належного обґрунтування формування пріоритетів і обґрунтованості вибору напрямів;
- програми не передбачають остаточного вирішення проблеми, а тільки забезпечують поетапне просування до мети;
- програмні документи не пов'язані із системою правових, нормативних, регламентуючих документів;
- не ефективне управління реалізацією програм.

Удосконалення стратегічного планування в охороні здоров'я, пов'язане з подальшим використанням методології програмно-цільового методу, має враховувати:

- особливості організації стратегічного планування на різних рівнях управління, тенденції розвитку програмно-цільової методології управління;
- розмежування механізмів внутрішньовідомчого перспективного планування й програмно-цільового управління;
- удосконалення механізмів реалізації цільових комплексних програм;
- розроблення технології державного регулювання регіональної політики на основі програмного підходу.

При написанні реферату або при підготовці доповіді треба звернути увагу на те, що аналіз накопиченого досвіду програмного планування дозволив виділити наступні умови результативного використання програмно-

цільового методу. Це насамперед відношення до програми як до складної й відповідальної справи, при виконанні якої будуть потрібні:

- вихідні знання про сутність і всі технологічні тонкощі застосовуваного програмно-цільового методу;
- об'єктивні уявлення про ситуацію й тенденцію її розвитку, про найважливіші проблеми цього розвитку й про той або той напрям, які варті того, щоб зосередити на них адміністративні, фінансові та матеріальні ресурси;
- уміння довести необхідність концентрації ресурсів в обраному напрямі;
- готовність взяти на себе відповідальність за ухвалення рішення про розроблення й реалізацію програми, за досягнення поставленої мети;
- нормативна регламентація дій з розроблення й реалізації програми, при формуванні організаційної структури управління програмою, тобто чітких вказівок, хто розробляє, хто фінансує, хто реалізує, хто координує, хто контролює, хто відповідає за кожну частину роботи, хто відповідає за всю роботу, за кінцевий результат;
- інформаційна підтримка програми на всіх етапах, починаючи з моменту ухвалення рішення, у період розроблення, у процесі реалізації й контролю, за результатами виконання.

Програмне рішення проблем може вимагати не лише статистичної інформації, а й спеціальних досліджень, у тому числі соціологічних, економічних, може виникнути необхідність в організації постійного моніторингу розвитку проблемної ситуації й формуванні нових рішень.

Об'єктивний добір справді пріоритетних проблем територіального розвитку, на яких стратегічно необхідно зосередити сили й засоби бюджету й інших джерел, визначає доцільність використання програмно-цільового методу. Неконкретне, недоведене, розмите визначення цілі – найбільш слабе місце всіх українських програм, що часто приводило до невдач із їх реалізацією. Успіх добору предмета програмно-цільового рішення найбільшою мірою гарантує успіх застосування програмно-цільової технології.

При написанні реферату або при підготовці доповіді слід звернути увагу на той факт, що найбільш важливою умовою залишається фінансове забезпечення робіт. Напрямок фінансових ресурсів на програмно-цільове рішення найбільш значущих проблем має стати результатом раціонального використання наявних у території бюджетних і позабюджетних засобів.

При написанні реферату або при підготовці доповіді важливо пам'ятати, що при використанні методу програмно-цільового планування необхідно враховувати, що:

- програми не можуть і не повинні підмінювати перспективні плани внутрішньогалузевого розвитку, будь то охорона здоров'я чи освіта, система соціального захисту або система правоохоронних органів;

- програми як спеціальні системи дій, здатні реалізувати той чи інший пріоритет регіональної політики, повинні спрямовуватися на докорінну зміну тенденцій, протікання процесу розвитку, або на рішення ключової проблеми цього розвитку, на створення конкретного об'єкта, відсутність якого спрямовує процес регіонального розвитку в небажаний бік.

Облік перерахованих умов використання програмного методу пропонує відмовитися від практики розроблення великої кількості програм із проблем, не потребуючого комплексного цільового рішення на основі системного підходу, і підвищити наукову обґрунтованість вибору пріоритетів розвитку. Крім цього комплексна програма стратегічного розвитку є підставою для розроблення короткострокових планів функціонування окремих галузей і сфер територіального господарства й базою для розроблення та реалізації властиво цільових підпрограм комплексного рішення найбільш істотних, пріоритетних міжгалузевих проблем.

Останнім часом стратегічне управління стає одним з найважливіших механізмів державного регулювання регіональної політики. Не дивно, що в різні країни світу з різними формами державного устрою і несхожими фінансовими відносинами йдуть по одному й тому самому шляху: намагаються знайти найважливіші з позиції державних, регіональних і місцевих інтересів об'єкти підтримки та використовувати засоби задля їх призначенням для фінансування програмно-цільовим способом.

Така диференційована підтримка території називається по-різному (гранти, бізнес-плани територій, програми, проекти і т. ін.), але суть її одна, і вона гранично відповідає тій технології державного управління, що називається програмно-цільовою.

У цей час практика програмного управління, якщо вона не підмінює планування діяльності й ресурсів у сфері виконання основних завдань галузі (протитуберкульозна, психіатрична допомога тощо), повинна бути орієнтована на державну підтримку програмних заходів окремих регіональних і муніципальних утворень.

При написанні реферату або при підготовці доповіді слід звернути увагу на те, що в сучасних умовах зароджується нова для охорони здоров'я модель стратегічного планування. Відмінна риса цієї моделі будується на наступних принципах:

- стратегічне планування має бути випереджальним;
- планування будується на формуванні комплексу взаємопов'язаних стратегій;
- стратегія визначає довгострокові цілі, а також відповідні довгострокові плани дій і розподілу ресурсів, причому раціональність розподілу ресурсів стає індикатором якості стратегічного плану;

- у стратегічному плануванні до уваги беруться сильні й слабкі сторони організації, а також можливості та погрози, що виникають у зовнішньому середовищі;
- стратегія і стратегічні плани повинні виходити з важливості досягнення соціально-економічного ефекту, економічних та інших вигід;
- стратегічні плани розробляються для організацій і установ незалежно від рівня управління.

При написанні реферату або при підготовці доповіді треба пам'ятати, що в ході стратегічного планування мають бути отримані відповіді на три питання:

1. Де перебуває організація (дається опис зовнішнього середовища, конкурентів, зовнішніх погроз і можливостей, внутрішніх сильних і слабких сторін).
2. Яким курсом повинна рухатися організація (головні сфери і мета діяльності, перспективні кількісно-цільові завдання).
3. Яким чином організація може досягти перспективних цілей і завдань (визначаються найважливіші пріоритети функціонування, розвитку, розподілу ресурсів; заходи щодо забезпечення бажаних тенденцій розвитку).

Важливою особливістю стратегічного планування є багатомірність, багатоаспектність цього процесу, в якому має знайти свій вияв комплекс стратегій. Методологічно вірним є комплексний підхід до рішення проблеми, а саме: первинно повинна бути визначена цілісна сукупність стратегій функціонування. Другим етапом організації – комплекс стратегій розвитку (безумовно, між цими стратегіями мають дотримуватися відносини субординації, сполученості), що охоплюють усі основні підсистеми.

Особливості стратегічного планування як функції управління визначаються системою стратегічного менеджменту – важливого напрямку сучасної управлінської науки.

При написанні реферату або при підготовці доповіді увагу слід звернути на той факт, що для широкого впровадження нової концепції стратегічного планування необхідна розробка:

- методів поглибленого оцінювання стану системи охорони здоров'я з використанням у т. ч. маркетингового методу;
- формування стратегічної місії;
- встановлення стратегічних сфер, що підлягають перспективному плануванню;
- аналіз стану внутрішнього середовища організації в базисному періоді;
- аналіз і прогнозування факторів зовнішнього середовища, що мають пряме або непряме відношення до функціонування організації;

- формулювання сукупності внутрішніх і зовнішніх стратегічних проблем;
- визначення перспективних цільових рубежів діяльності;
- розроблення системи часток стратегій (стратегічних курсів) діяльності, що забезпечують досягнення перспективних цільових рубежів і посадову динаміку розвитку;
- визначення системи цільових показників, що реалізують перспективно-цільові рубежі;
- розроблення стратегічних заходів, що забезпечують досягнення запланованого рівня цільових показників

Завдання (варіант визначає викладач):

Варіант 1. Написати аналітичний реферат з однієї із ключових проблем теми. Тема реферату та його план узгоджуються з викладачем на індивідуальній консультації. Реферат має включати такі обов'язкові розділи:

- вступ;
- актуальність проблеми;
- аналіз;
- рекомендації та прогноз;
- список використаної літератури.

Варіант 2. Написати доповідь з однієї із ключових проблем теми. Тема доповіді та її структура узгоджуються з викладачем на індивідуальній консультації. Доповідь має включати такі обов'язкові розділи:

- вступ;
- актуальність проблеми;
- аналіз;
- рекомендації та прогноз;
- ілюстрації (з використанням комп'ютерних програм).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

Основна

1. Баєва О. В., Чебан В. І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я: навч. посібник. – Вид-во БДМУ, 2013. – 360 с.
2. Баєва О. В., Чебан В. І. Менеджмент та організація роботи лікувально-профілактичних закладів: навч. посіб. – Ч. 1. – 2013. – 372 с.

3. Баєва О. В., Чебан В. І. Менеджмент та організація роботи лікувально-профілактичних закладів: навч. посіб. – Ч. 2. – 2013. – 308 с.
4. Баєва О. В. Менеджмент організацій: медичний та фармацевтичний менеджмент: навч. посіб. – К.: ВД «Персонал», 2009. – 336 с.
5. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посіб. – К.: Центр учбової літ., 2008. – 640 с.
6. Баєва О. В. Страхова медицина і медичне страхування: навч. посіб. – К.: ВД «Персонал», 2013. – 432 с.
7. Белошарка В. А., Загорий Г. В., Усенко В. А. Стратегическое управление и маркетинг в практике фармацевтических фирм: учебное изд. – К.: РИА “Тріумф”, 2001. – 368 с.
8. Богаченко П. В., Иванов В. В. Медицинский менеджмент. – М.: Инфра-М, 2007. – 256 с.
9. Громовик Б. П., Гасюк Г. Д., Левицька О. Р. Менеджмент і маркетинг у фармації. – К.: Медицина, 2008. – 750 с.
10. Кузьмін О. Є., Громовик Б. П., Гасюк Г. Д., Левицька О. Р., Мельник О. Г. Менеджмент у фармації. – Вінниця : НОВА КНИГА, 2005. – 559 с.

Додаткова

11. Акопян А. С., Шиленко Ю. В., Юрьева Т. В. Индустрия здоровья: экономика и управление. – М.: Дрофа, 2003. – 440 с.
12. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. – К.: МАУП, 2007. – 328 с.
13. Болгов М. Ю. Автоматизация медицинских учреждений (Рук-во пользователя TherDep5). – К.: Куприянтово, 2006. – 464 с.
14. Габуева Л. А., Щепин О. П. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении. – М.: Междунар. центр финансово-экономического развития, 2006. – 432 с.

15. Галкин Р. А., Тоон П., Иванова А. В., Мовшович Б. Л. Организация общей врачебной практики. – Самара: Самарский дом печати, 1997. – 281 с.
16. Галкин В. В. Медицинский бизнес. – М.: КноРус, 2007. – 272 с.
17. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
18. Грибунов Ю. П., Перов Ю. Л., Ходасевич Л. С., Орлов О. И. Морфологические и организационные аспекты использования телепатологии. – М.: Фирма «Слово», 2006. – 86 с.
19. Двойников С. И. Менеджмент в сестринском деле. – М.: Феникс, 2007. – 512 с.
20. Журавель В. И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. – К., 1994.
21. Климовицкий В. Г., Владзимирский А. В. Телемедицина в травматологии и ортопедии. – Донецк: ООО «Норд», 2006. – 139 с.
22. Крыштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджер в здравоохранении. – К.: Добродий МК, 1995. – 180 с.
23. Лехан В. М., Іпатов А. В., Борвінко Е. В., Крічкова Л. В., Заков О. Л. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря). – Д.: АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.
24. Ливанов В. М., Переведенцев О. В., Орлов О. И. Основы аппаратно-программного обеспечения телемедицинских услуг. – М.: Фирма «Слово», 2006. – 208 с.
25. Менеджмент в охороні здоров'я: Структура та поведінка організацій охорони здоров'я / за ред. С. Шортела та А. Калюжного. – К.: Основи, 1998. – 560 с.
26. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: навч. посіб. / Л. Жаліло, І. Солоненко, Б. Волос та ін.; кер. авт. кол. Л. Жаліло. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 144 с.

27. Назаренко Г. И., Полубенцева Е. И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000. – 368 с.
28. Приходський О. О., Морарь Л. М., Голяченко А. О. Управління охороною здоров'я (вступ до теорій, концептів, технологій). – Т. : Лілея, 2001. – 65с.
29. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. – К.: Вид-во УАДУ, 2001. – 360 с.
30. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
31. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: за ред. О. В. Баєвої та І. М. Солоненка. – К.: МАУП, 2007. – 376 с.
32. Шишкин С. В., Шевський В. И. Реформирование первичной медицинской помощи. Препятствия и перспективы. – М.: Ин-т экономики переходного периода, 2006. – 82 с.
33. Янченко В. М., Касумова М. К., Мчедлидзе Т. Ш. Управление медицинским бизнесом: Система управления стоматологической организацией. – СПб: ООО «МЕДИ издательство», 2005. – 272 с.