

Центральноукраїнський національний технічний університет
(повне найменування закладу вищої освіти)
Економічний факультет

Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

Допущена до захисту:

В.о. завідувач кафедри економіки,
менеджменту та комерційної
діяльності

д.е.н., професор

Оксана СТОРОЖУК

«__» __ 2022 р.

(протокол засідання кафедри ЕМ та КД
№__ від «__» __ 2022 р.)

Кваліфікаційна робота

за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

на тему: **«Розробка та впровадження процедури управління ризиками в закладах охорони здоров'я»**

Виконала: здобувач вищої освіти II курсу,
групи МЕ-21М спеціальності 073

«Менеджмент»

ОПП «Менеджмент бізнес-організацій»

Мельник Оксана Петрівна

(прізвище, ініціали, підпис)

Керівник Левченко А.О. к.е.н., професор

(прізвище, ініціали, підпис)

Рецензент д.е.н., проф. Шалімова Н.С.

(прізвище, ініціали, посада)

Рецензент _____

(прізвище, ініціали, посада)

м. Кропивницький – 2022 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Теоретичні підходи до сутності категорії ризик-менеджменту	7
1.2. Формування системи управління ризиками в сфері охорони здоров'я	18
1.3. Методи ідентифікації можливих ризиків в сфері охорони здоров'я	25
РОЗДІЛ 2. СТАН ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ОСОБЛИВОСТІ РИЗИК-МЕНЕДЖМЕНТУ	31
2.1. КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» як об'єкт ризик менеджменту: основні дані та система управління	31
2.2. Стан техніко-економічних показників діяльності КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня»	33
2.3. Оцінка ефективності господарської діяльності КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня»	44
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕДУРИ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	53
3.1. Передумови до впровадження процедури управління ризиками в закладах охорони здоров'я	53
3.2. Алгоритм впровадження ризик-менеджменту в закладах охорони здоров'я	62
ВИСНОВКИ	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73
ДОДАТКИ	78

ВСТУП

В даний час особливу увагу, зі сторони керівництва, привертає процес ризик-менеджменту, яку обумовлює той факт, що неможливо забезпечити успішне функціонування системи менеджменту без урахування ризиків організації.

Успіх управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я, як і в будь-якій іншій організації, базується на рівні розвитку таких функцій менеджменту як планування, управління, контроль та координація. Досягти стратегічних цілей та вирішити поточні проблеми організації допомагає не тільки ефективне використання інструментів функцій менеджменту, але й розвиток таких нових напрямків як ризик-менеджмент.

На сьогоднішній день проблема ризик-менеджменту є досить актуальною для вітчизняних закладів охорони здоров'я. Високий попит на надання високоспеціалізованої медичної допомоги, стрімкий розвиток медичних технологій, розширення ринку лікарських засобів з одного боку робить сферу охорони здоров'я більш розвиненою, а з іншого - уможливорює появу нових ризиків та вразливих місць. Найважливішими аспектами, які актуалізують необхідність впровадження процедури управління ризиками в сучасних медичних установах є підвищення якості медичної допомоги, а також безпека пацієнтів та працівників медичних установ.

Проте, як засвідчує практика, у сфері охорони здоров'я досвід розробки та впровадження процедури управління ризиками у порівнянні з досвідом використання такого виду систем менеджменту організаціями інших сфер діяльності є незначним. Не дивлячись на той факт, що саме медичні установи щодня приймають управлінські рішення в умовах ризику.

Ефективна процедура управління ризиками дозволить вибудувати систему моніторингу, оцінки та зниження ризику роботи відділень лікарні, ставши основою системи запобігання несприятливих ситуацій та небезпек при надання медичної допомоги, підвищить ефективність діяльності

медичного закладу, що призведе до підвищення якості та безпеки наданих медичних послуг.

З огляду на це, обрана тема кваліфікаційної роботи може вважатися актуальною та такою, що містить практичну цінність для закладів охорони здоров'я.

Перші ознаки наукового інтересу до управління ризиками можна спостерігати на початкових етапах розвитку загальнотеоретичного менеджменту. Ще представники школи наукового управління, такі як Ф. Тейлор, Г. Гант, подружжя Гілберт, Г. Форд, приділяли значну увагу ризику виникнення збоїв та браку у процесі діяльності. Надалі управління ризиками як окремий напрямок наукової діяльності отримав свій розвиток в середині XX століття та актуалізується й нині.

Метою дослідження є розробка та впровадження процедури управління ризиками в закладах охорони здоров'я. В межах визначеної мети були поставлені й вирішені такі завдання:

- розглянути сутність категорії ризик-менеджменту;
- вивчити особливості системи управління ризиками в сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати методичні підходи до ідентифікації можливих ризиків в сфері охорони здоров'я;
- охарактеризувати досліджуваний заклад охорони здоров'я;
- здійснити аналіз стану техніко-економічних показників діяльності КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня»;
- оцінити ефективність господарської діяльності КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня»;
- дослідити передумови впровадження процедури управління ризиками в закладах охорони здоров'я;
- розробити алгоритм впровадження ризик-менеджменту в закладах охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес ризик-менеджменту в закладах охорони здоров'я.

Предметом - методичні та практичні аспекти впровадження процедури управління ризиками в закладах охорони здоров'я.

Емпіричною базою кваліфікаційної роботи послужили нормативно-правові документи, міжнародні стандарти та вимоги сертифікації, фінансова звітність медичної установи.

Методи дослідження: системний та функціональний підходи, аналітичний, графічний, статистичний методи.

Елементи наукової новизни дослідження полягає у вдосконаленні методичного підходу до формування системи управління ризиками в закладах охорони здоров'я.

Практична значущість роботи полягає в розробці до практичного рівня алгоритму впровадження ризик-менеджменту в закладах охорони здоров'я в контексті вимог сучасних міжнародних стандартів, які є доцільними в контексті посилення ефективності діяльності КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня».

Апробація результатів роботи: за результатами виконання роботи підготовлено і здано до друку тези доповіді на тему: «Розробка та впровадження процедури управління ризиками в закладах охорони здоров'я», які були представлені на V Ювілейній Міжнародній науково-практичній конференції «Конкурентоспроможна модель інноваційного розвитку економіки України»).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні підходи до сутності категорії ризик-менеджменту

Сутність ризик-менеджменту полягає не у виключенні факту виникнення ризиків, що є неможливим, а в їх оптимізації та отриманні максимальної вигоди від ситуацій, що складаються, за допомогою скоординованих дій зі сторони керівництва та управління такими ризиками.

Ще наприкінці минулого століття ризик-менеджмент розглядався як фрагментарний, вузькоспеціалізований підхід. Так, управління страховими, технологічними, фінансовими та екологічними ризиками носило незалежний один від одного характер і розосереджувалося у різних підрозділах підприємства [2]. В даний час у світовій практиці має місце перехід до такого підходу як ризик-менеджменту, який передбачає комплексний розгляд ризиків усіх підрозділів та всіх напрямків діяльності підприємства.

Відповідно до цього ризик-менеджмент перестає бути предметом посадових обов'язків окремих фахівців, а виходить на стратегічний рівень вищого керівництва підприємства та набуває системного характеру. Свідченням чого є включення до міжнародних стандартів системи менеджменту вимог необхідності управління ризиками.

Нова версія стандарту ISO 9001 включає ширші вимоги, ніж це було в попередніх версіях, до управління ризиками на підприємствах. Так, у ньому вводиться нове поняття ризик-орієнтоване мислення.

Згідно з визначенням стандарту, управління ризиками на підприємствах є необхідним для досягнення вищої результативності системи управління якістю.

Концепція ризик-орієнтованого мислення мала на увазі в попередніх версіях стандарту, включаючи, наприклад, виконання запобіжних дій,

спрямованих на виключення потенційних невідповідностей, аналіз будь-яких невідповідностей, що виникають, та вжиття заходів щодо запобігання їх повторенню, відповідних наслідків невідповідності.

З метою дотримання відповідності вимогам стандарту ISO 9001:2015, підприємство повинне планувати та впроваджувати дії, пов'язані з ризиками та можливостями.

Напрямок зусиль на ризики та можливості створює основу для підвищення результативності системи менеджменту якості, досягнення покращених результатів та запобігання несприятливим наслідкам [27].

Відповідно до вимог даного стандарту, підприємство повинне визначати ризики та можливості для того, щоб:

- забезпечити впевненість у досягненні системи менеджменту якості намічених результатів
- збільшити їх бажаний вплив;
- запобігти або зменшити їх небажаний вплив;
- досягати покращення.

Крім цього, підприємство повинне не лише оцінювати свої ризики та можливості, а й планувати дії щодо цих ризиків та можливостей.

На сьогоднішній день таке явище як ризик має безліч різних визначень та значень, кожне з яких змінюється залежно від сфери діяльності підприємства, яка використовує дане поняття. Але в цілому, ризик можна охарактеризувати так, як це представлено у стандарті ISO 73:2009 «ризик – це вплив невизначеності на цілі». При цьому важливо брати до уваги, що вплив може виражатися як у позитивному, так і у негативному відхиленні від наміченого результату.

Для успішного функціонування підприємство повинно ідентифікувати, аналізувати та приймати рішення, які будуть сприяти максимізації користі від позитивного відхилення від намічених результатів та мінімізації негативних наслідків наступу небажаних ситуацій та ризикових подій. Така діяльність підприємства може вважатися діяльністю з управління ризиками.

Ризик-менеджмент є системою управління ризиком та економічними відносинами, що виникають у процесі цього управління, включаючи стратегію та тактику управління ризиком [10].

Ризик-менеджмент є постійним процесом, що розвивається та аналізує розвиток підприємства у русі.

Діяльність щодо управління ризиком передбачає роботу з окремими його елементами, такими як джерела ризиків або небезпеки, можливі загрози, події, наслідки та ймовірність.

Подія-ризик – подія, що негативно впливає на процес. Прикладами таких подій може бути: зниження курсу гривні, зростання цін на сировину та матеріали, падіння попиту на продукцію підприємства, несправність основного обладнання, порушення техніки безпеки тощо.

Негативні наслідки ризикової події залежать від виду ризику та характеру конкретної події. Наприклад, виникнення нещасного випадку, пов'язаного з професійною діяльністю, може стати підставою судового розгляду.

Недотримання підприємством договірних зобов'язань перед споживачами може призвести до розірвання контрактів, відшкодування фінансових та моральних збитків, а також до втрати ділової репутації підприємства.

Кожна ризикова подія має певне джерело, яке, згідно стандарту ISO 73:2009, є «елементом, який окремо або у комбінації, має власний потенціал, щоб викликати ризик».

Джерело ризику може бути як матеріальним, так і нематеріальним.

У такому випадку джерелами ризику може бути: невизначеність (неповнота або неточність) інформації про події, випадковість події, протидія. Щодо безпеки джерелом ризику є небезпека, тобто те, що може спричинити потенційну шкоду.

Наслідок – результат ризикової події, що впливає на цілі. Подія може призвести до низки наслідків. Наслідок може бути певним або невизначеним,

може мати позитивні та негативні впливи на цілі. Початкові наслідки можуть посилюватися завдяки ефекту доміно.

Для ефективного управління ризиками керівництво підприємства має чітко розуміти і розділяти наведені вище терміни, а також контролювати правильне їх розуміння співробітниками даного підприємства.

Як складова частина загального менеджменту підприємства ризик-менеджмент реалізується в рамках системи менеджменту ризику, концептуальна модель якої представлена рис. 1.1.

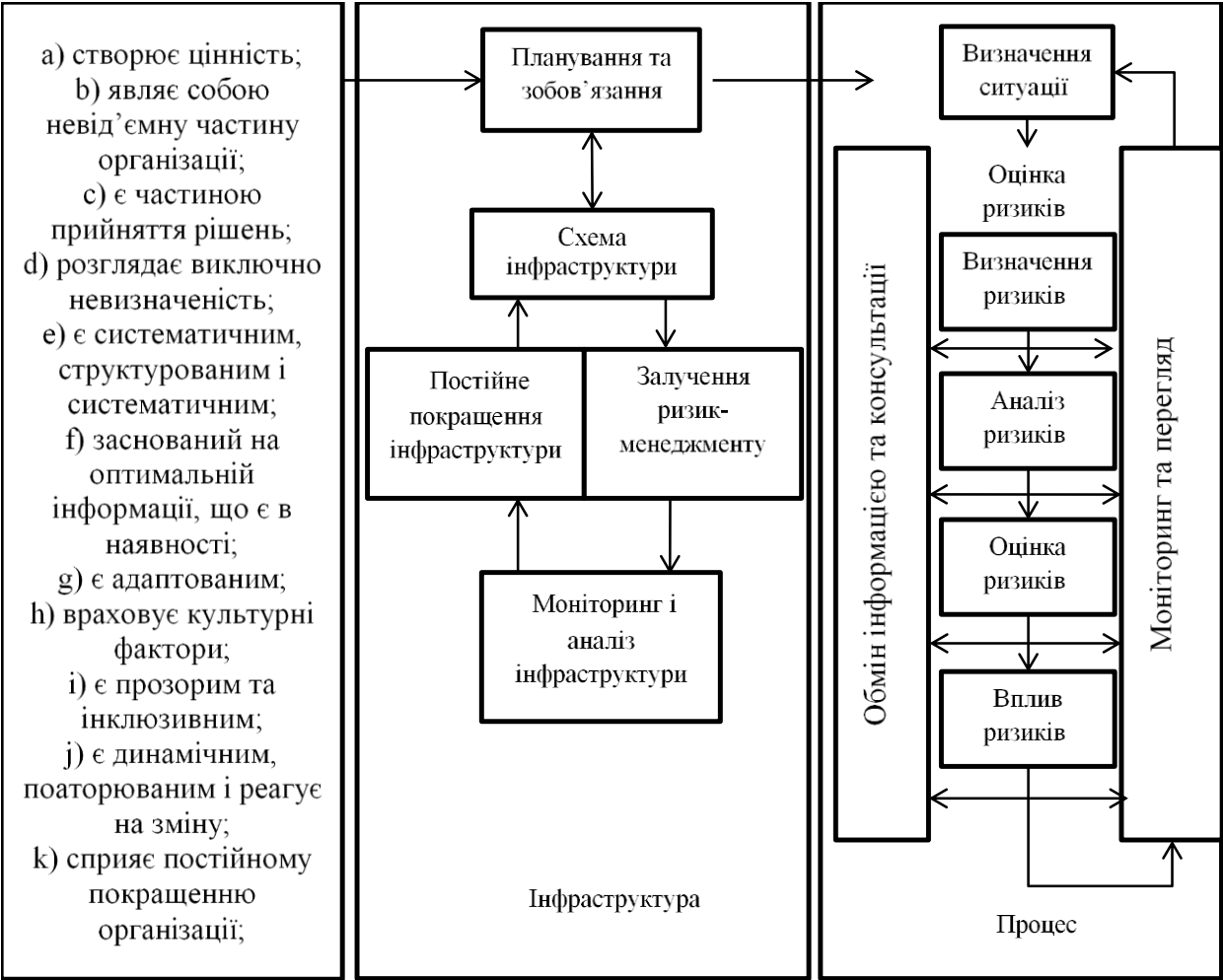


Рис. 1.1. Інфраструктура ризик-менеджменту підприємства

Джерело: [11]

Дана модель базується на процесному підході. До складу процесів системи входять: ідентифікація ризику, аналіз ризику, оцінка ризику, обробка ризику, комунікація ризику та постійне поліпшення системи.

Ключову роль у системі менеджменту ризику відіграє стейкхолдер, тобто будь-яка особа, група або організація, які можуть впливати на ризик, піддаватися впливу ризику або відчувати себе схильними до його впливу [11].

Відправною точкою у процесі впровадження системи менеджменту ризику є усвідомлення ризику.

Відповідно до ДСТУ ISO 31010:2013, етап усвідомлення ризику є набором цінностей та завдань, відповідно до яких стейкхолдер розглядає конкретний ризик. Усвідомлення ризику залежить від потреб, досвіду та знань такого стейкхолдера. Усвідомлення ризику може бути засноване не лише на об'єктивних знаннях, а й на інтуїції.

Усвідомлення ризику дає початок процесу управління ризиками. Розглянемо етапи цього процесу докладніше.

Ідентифікація ризику - процес знаходження, складання переліку та опис елементів ризику. До останніх відносять джерела ризиків або небезпеки, можливі загрози, події, наслідки та ймовірність.

При комплексному підході до менеджменту ризику важливо виявити найбільш повний перелік ризиків у діяльності підприємства. Одним із методичних засобів вирішення цього завдання може стати класифікація ризиків.

Відповідно до прийнятої на підприємстві класифікації ризиків обирають ті, які піддаються впливу можливостями підприємства. Ці ризики включаються до відповідного переліку. При складанні переліку ризиків особлива увага має бути приділена опису елементів ризику.

Аналіз ризику є процесом систематичного використання інформації для оцінювання ризику та розроблення відповідних заходів. Інформація, що використовується, може включати дані накопиченого досвіду діяльності підприємства, теоретичні розрахунки, результати аналізу думок спеціалістів, менеджерів та інших причетних осіб.

При аналізі ризику може бути використаний якісний чи кількісний підходи.

Якісний підхід базується на чуттєвому сприйнятті результатів діяльності та є професійним судженням про ймовірність настання ризикової події та її негативних наслідків. При цьому використовуються практика та накопичений досвід, консультування, анкетні опитування та експертні методи оцінки.

До методів якісного аналізу належать також чек-листи типу «Що буде, якщо...», «Дерево відмов» та «Дерево подій», сценарний аналіз тощо. Якісний підхід привабливий своєю порівняльною простотою, проте має суб'єктивний характер, а значить не має достатньої достовірності та надійності.

На відміну від якісного кількісний підхід базується на використанні математичного апарату: теорії ймовірностей та математичної статистики. Такий підхід передбачає присвоєння числових значень ймовірності наслідків ризику. Кількісна оцінка ризику може враховувати вартість, вигоду, інтереси стейкхолдерів та інші змінні, що розглядаються при оцінюванні.

Кількісний аналіз є основним при оцінювання ризику.

Оцінювання ризику - процес порівняння числових значень ризику, що кількісно оцінюється, з обраними для визначення його значущості критеріями. Як правило, кількісне оцінювання рівня ризику проводиться за формулою:

$$R = WP \quad (1.1), \text{ де}$$

W - значимість ризику;

P - ймовірність настання ризикової події в умовних одиницях (наприклад, від 1 до 5).

Значимість ризику та ймовірність настання ризикової події можуть визначатися за допомогою спеціально розроблених на підприємстві шкал чи критеріїв.

Варто відзначити, що обов'язковим моментом є те, що кількісна оцінка ризику повинна бути пов'язана з можливими втратами або шкодою, яку завдає підприємства. Об'єктивне оцінювання ризику створює необхідні передумови для подальшої обробки ризику.

Обробка ризику включає вибір та здійснення заходів щодо модифікації ризику, виходячи з результатів оцінки ризику. Залежно від виявленого рівня ризику в конкретній галузі діяльності підприємства, поставлених нею завдань та критеріїв ризику, можливі наступні варіанти модифікації ризику: запобігання, оптимізація, перенесення або збереження.

Запобігання (уникнення) ризику передбачає ухвалення рішення таким чином, аби не бути залученими до ризикової ситуації. Найбільш вигідним та раціональним рішенням для будь-якого підприємства є початкова спрямованість на уникнення ризику. Зазвичай передбачено різні можливості зменшення негативних наслідків у випадку виникнення ризикових подій. Також, відповідно до принципів ділової обережності, практикою ризик-менеджменту встановлено такі прості правила запобігання ризику, як: не ризикувати більшим заради малого і ризикувати, якщо це можливо [12].

Інший спосіб впливу на ризик – оптимізація, яка спрямована на мінімізацію негативних та максимальне використання позитивних наслідків ризикових подій та, відповідно, ймовірності їх настання.

З точки зору безпеки, оптимізація ризику спрямована на його зниження. При оптимізації ризику повинні враховуватися критерії ризику, вартість дій та законодавчі вимоги, що належать до області діяльності підприємства.

Перенесення ризику передбачає поділ з іншою стороною тягара втрат (чи вигод) від ризику. Передавати частину відповідальності за ризик доцільно тим особам або підприємствам, які краще за інших можуть контролювати ризик.

Теорія надійності вказує на те, що зі збільшенням числа паралельних ланок у системі ймовірність відмов у ній знижується пропорційно числу цих

ланок. Тому перенесення ризику на інших учасників підвищує надійність у досягненні позитивних результатів. Способами перенесення ризику можуть бути: страхування ризиків, майна, обладнання, транспорту, будівельних об'єктів та інше.

Збереження ризику передбачає прийняття тягаря втрат чи вигод від конкретного ризику. Збереження ризику не включає його перенесення.

В результаті обробки ризику може виникнути залишковий ризик. Залишковий ризик є свідченням того, що повністю усунути ризик практично неможливо. При цьому залишковий ризик може бути настільки малим, що прийняття будь-яких дій щодо нього не коштуватиме витраченого часу та праці. Такий ризик може вважатися допустимим. До залишкового ризику також доречно включити неідентифікований ризик.

Комунікація ризику — процес обміну інформацією про ризик або сумісне використання цієї інформації особами, що приймають рішення, та іншими стейхолдерами.

Інформація про ризик може стосуватися його природи, ймовірності, форми, прийнятності, заходів або інших аспектів ризику. У цьому контексті комунікацію ризику слід розглядати як процес, який забезпечує перебіг усього процесу управління ризиками, тоді як процес ідентифікації, аналізу, оцінювання та обробки ризику доцільно віднести до основних процесів системи менеджменту ризиками.

Реалізація процесів системи менеджменту ризиками супроводжується розробкою відповідних заходів щодо кожного прийнятого ризику та подальшого управління цим ризиком.

Відповідно до ДСТУ ISO 31010:2013, управління ризиком може включати моніторинг, переоцінювання та дії, спрямовані на забезпечення відповідності прийнятим рішенням.

Таким чином, дана модель системи управління ризиком може бути застосовна до будь-якої організації, у тому числі й медичної, але з урахуванням особливостей їх діяльності.

Ефективність управлінської діяльності в сфері охорони здоров'я багато в чому визначається рівнем розвитку основних напрямів менеджменту в медичних установах у сукупності із забезпеченням ефективності, якості та безпеки медичних послуг, що надаються відділеннями такої медичної установи.

Проблема управління якістю медичних послуг, ліків та виробів медичного призначення є найважливішим напрямом діяльності системи охорони здоров'я. До суттєвих ознак оцінки якості медичної допомоги належать:

- адаптація міжнародних, розробка та впровадження вітчизняних стандартів з урахуванням організаційно-економічних та управлінських особливостей вітчизняної сфери охорони здоров'я;
- відповідність медичних технологій, які застосовуються визначеним стандартам якості діагностики та лікування шляхом провадження мінімальних стандартів та даних клініко-економічних досліджень, що забезпечують достовірність відповідних результатів;
- ступінь ризику для здоров'я пацієнта та його запобігання шляхом зростання професіоналізму та навчання осіб, які приймають рішення в галузі управління охороною здоров'я, а також практикуючих лікарів, насамперед у галузі доказової медицини та комплексної оцінки медико-соціальної та економічної ефективності лікарських втручань;
- оптимальність використання медико-виробничих ресурсів на основі координації наукових досліджень та визначення пріоритетних напрямів комплексної оцінки ефективності медичних втручань;
- задоволеність пацієнта наданими йому медичними послугами із залученням результатів клініко-економічного аналізу та досліджень, організаційно-управлінських технологій, алгоритмів їх використання відповідно до нормативних документів.

Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує враховувати та оцінювати чотири компоненти діяльності охорони здоров'я, що впливають на здоров'я, а саме:

- дотримання медичних технологій;
- оптимальність використання ресурсів;
- ризик травм та захворювань внаслідок медичного втручання;
- задоволеність пацієнта медичним обслуговуванням.

У процесі обслуговування пацієнта медичні працівники повинні дотримуватися технологічного процесу, якомога ефективніше використовувати наявні ресурси, а також враховувати можливі ризики, пов'язані з медичним втручанням та, за можливості, мінімізувати їх. Таке обслуговування має принести пацієнту почуття задоволення та вважатиметься якісним [16].

Менеджмент якості медичних установ має низку особливостей, як зазначено вище, та вимагає застосування нових методів та технологій з розвитком сфери охорони здоров'я загалом. Особливе місце в цьому процесі займає управління ризиками [17]

Діяльність організації у сфері охорони здоров'я неможлива без ризику як для медичного персоналу, так і для пацієнтів.

У сучасній сфері охорони здоров'я існують численні медичні, організаційні, управлінські, психоемоційні, економічні та інші ризики, які можуть призвести до небажаних наслідків. Але в цій сфері ризики набувають дещо іншого значення, аніж у будь-якій організації іншої сфери діяльності.

Що стосується сфери охорони здоров'я ризик можна охарактеризувати як ймовірність того, що трапиться небажана подія, або ефект, небезпечний для здоров'я пацієнта чи безпеки медичного працівника. Характерною рисою випадкового настання події є неможливість точно визначити час і місце його виникнення [20].

Як і визначення ризику, його елементи мають специфічне значення у сфері охорони здоров'я.

Інцидент, подія – несподівана та ненавмисна подія, яке призвело до заподіяння шкоди пацієнту чи медичному персоналу, включаючи смерть, інвалідність, ушкодження, захворювання тощо.

Несприятлива подія – шкода здоров'ю пацієнта, пов'язана з наданням медичної допомоги, а не з ускладненням вже наявного захворювання чи травми за умови адекватного лікування. Несприятливими подіями можуть бути небажані лікарські реакції, отруєння при призначенні некоректної дози лікарської речовини; пошкодження судин, нервових стволів та внутрішніх органів при хірургічних операціях; порушення життєво важливих функцій організму в результаті збоїв у роботі медичного обладнання.

Несприятливі події можуть бути викликані не тільки безпосереднім проведенням медичних маніпуляцій та втручань, але й бути непрямими наслідком бездіяльності або недостатньої уваги до пацієнтів, серед них такі як: травми пацієнтів при падіннях у палатах та коридорах лікарень; пролежні у лежачих хворих; розвиток важких ускладнень внаслідок своєчасно не діагностованої хвороби; призначення нераціонального лікування [9].

Помилка – дефекти, недогляди, помилки, порушення, що призвели до інциденту.

Під лікарською помилкою розуміється сумлінна помилка лікаря в діагнозі, методиці лікування, виконанні операції тощо, що виникли внаслідок об'єктивних та суб'єктивних причин: недосконалість медичних знань, техніки, недостатність знань з малим досвідом та роботи.

Лікарські помилки можуть бути допущені на всіх етапах взаємовідносин з пацієнтом.

Ризикова ситуація чи промах – коли дії чи бездіяльності медичного персоналу могли б призвести до заподіяння шкоди пацієнтові, але це не відбулося внаслідок вчасних профілактичних заходів або просто завдяки щасливому випадку.

З позиції цих визначень, перелом стегнової кістки пацієнта в результаті падіння в медичній установі може бути розглянутий як інцидент (падіння

пацієнта), який призвів до несприятливої ситуації (перелом стегнової кістки) через помилку (неуважність персоналу). У разі якщо пацієнт упав, але без наслідків, такий інцидент завершився б ризиковою ситуацією [9].

Таким чином, ризик-менеджмент є досить складним явищем, яке включає послідовність взаємопов'язаних етапів між собою та виступає ефективним інструментом підвищення якості медичних послуг.

1.2. Формування системи управління ризиками в сфері охорони здоров'я

На даному етапі відсутній єдиний стандарт управління ризиками в медичних установах, який би визначав найбільш прийнятні підходи та методи вирішення завдань управління ризиками в системі охорони здоров'я. Так, наприклад, у системі охорони здоров'я США прийнято три методи формальної ідентифікації ризиків:

- реєстрація інцидентів;
- реєстрація клінічних подій;
- скринінг клінічних подій.

Дотримання максимально можливої безпеки пацієнтів є ще однією проблемою, що виникає при впровадженні сучасних технологій в управлінні якістю лікувально-діагностичного процесу, і вимагає планомірного системного підходу. Вирішення цієї проблеми утруднено у зв'язку з тим, що на даний момент відсутні загальноприйняті визначення таких понять, як «безпека пацієнтів», «лікарська помилка», «нещасний випадок у медицині» тощо.

Вітчизняні медичні установи також потребують відповідної класифікації несприятливих медичних наслідків втручань та їх основних причин, а також у методиках вимірювань та моніторингу рівня безпеки пацієнтів.

Таким чином, відсутність стандартизованих вимог до управління ризиками в системі вітчизняної охорони здоров'я створює труднощі для успішного впровадження систем управління ризиками в медичних установах, так як дана сфера діяльності вимагає застосування особливих методик та технологій. Але незважаючи на це, провідні медичні установи України вже успішно застосовують впроваджені процедури ризик-менеджменту у своїй діяльності, спираючись на досвід закордонних медичних установ, а також на результати своїх наукових досліджень.

Існуючі класифікації ризиків побудовані на основі різних ознак, але, як правило, засновані на класифікації ризиків, що використовуються у бізнесі і не враховують медичної специфіки [2].

По відношенню до діяльності людини ризики можуть бути природні та антропогенні. Дефекти медичної допомоги є окремими випадками антропогенних ризиків. За по відношенню до організації ризики можуть поділятися на зовнішні (соціально-політичні, природні) та внутрішні (управлінські, медичні, економічні та інші) [4].

Одним із основоположних принципів менеджменту якості є використання процесного підходу. Тому доцільним є оцінювати ризики в контексті процесів, яких у медичному закладі, як правило, виділяють дві основні групи процесів: основні (лікувальні) та допоміжні.

Ризики можуть бути пов'язані з процесом надання медичної допомоги:

- діагностичні (ризики некоректної діагностики, дефекти інформаційної взаємодії тощо);
- лікувальні (ризики хірургічного лікування, ризики фармакотерапії, ризики взаємодії спеціалістів та наступності надання медичної допомоги, ризики розвитку ускладнень та небажаних лікарських реакцій);
- реабілітаційні (дефекти реабілітації);
- перебування пацієнта в стаціонарі (падіння, виникнення небажаних подій).

Ризики допоміжних процесів можуть бути пов'язані з:

- постачання матеріальних ресурсів (відсутність необхідних медикаментів, відключення води, електроенергії);
- фінансами (не надання звітів у строк, брак коштів);
- харчуванням хворих (неякісні продукти харчування, харчові отруєння);
- прибиранням установи (неякісне прибирання, виникнення внутрішньолікарняних інфекцій).

З точки зору зарубіжних авторів, в управлінні ризиками в закладах системи охорони здоров'я слід виділяти два підходи: організаційний та орієнтований на людину [22].

Організаційний підхід спрямований на внутрішнє та зовнішнє середовище медичної установи, основним завданням якого є створення єдиної системи взаємовідносин і процедур, які забезпечують запобігання несприятливим подіям, їх зниження чи усунення шляхом прийняття відповідних мір. Управлінські ризики, характеризуються, як правило, неадекватним вибором стратегічних цілей та створення механізму управління, некомпетентністю керівників установи та її структурних підрозділів, а також не достатньою кваліфікацією, професіоналізму лікарів та іншого медичного персоналу.

Людино-орієнтований підхід зосереджений на індивідуальних помилках, пов'язаних лише з людським фактором (некомпетентність, невічливість, неухважність). Сучасні дослідження засвідчують всю важливість так званого людського фактору у виникненні дефектів надання медичних послуг, оскільки частота помилок персоналу коливається в межах від 30 до 80% [25], при цьому стимулювання персоналу до спостережливості, сумлінності, обачності та обов'язковості не є ефективним – людські помилки у даній сфері практично неминучі.

За результатами дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я, більше 30 випадків неналежного надання медичної допомоги були об'єднані

п'ятьма загальними недоліками: недостатня комунікація, перешкоди для прояву ініціативи, неефективні системи та процеси, ізоляція [35]. Всі зазначені недоліки являють собою ризик для пацієнта, що в свою чергу, дозволяє вважати безпеку лише частиною у спільній проблемі неефективної системи управління якістю, а саме управління ризиками медичних установ.

Етапи управління ризиками в організації - ідентифікація, аналіз, обробка - які були докладно описані вище, складають процедуру управління ризиками у системі охорони здоров'я. Використання елементів даної процедури на кожному етапі роботи медичного закладу дозволяє не лише зменшувати ступінь тих чи інших негативних наслідків, а й дає змогу значно покращити якість процесів надання медичної допомоги.

У зарубіжних країнах прийнято різні підходи до побудови організаційної структури системи управління ризиком.

У Шотландії для забезпечення безпеки пацієнтів функціонує Національне агентство з безпеки пацієнтів (National Patient Safety Agency, NPSA) та Агентство з безпеки покращення якості (NHS Quality Improvement Scotland, NHSQIS). Подібні агенції з безпеки створені і в інших європейських країнах. Основним завданням подібних агентств виступає підтримка та вдосконалення системи моніторингу інцидентів, поширення досвіду забезпечення безпеки пацієнтів, видання та перегляд методичних рекомендацій, проведення семінарів [30].

Наприклад, у компанії Roche створено департамент ризик-менеджменту, який відслідковує розвиток ризиків, оновлює каталог ризиків, з якими стикається підприємство та її підрозділи.

Візуалізація ризику дозволяє правлінню підприємства підвищити ефективність прийнятих рішень, забезпечити стійкість роботи. У закладах охорони здоров'я аналогом подібною структурою може виступати відповідальних за безпеку. До його завдань входить збір інформації про інциденти, аналіз ризику та прийняття рішення про їхнє усунення.

Прикладом реалізації процесу управління ризиками у сфері охорони здоров'я може виступати Медичний Центр On Clinic в , в якому успішно функціонує система ризик-менеджменту, структура якого представлена рис. 1.2.

На першій стадії виявлення потенційних ризиків найбільш ефективним способом виступає анкетування медичних та немедичних відділів, яке стосується визначення профілю ризиків кожного відділу для подальшої інтеграції даних у єдину базу.



Рис. 1.2. Організаційно-функціональна модель інтегрованого ризик-менеджменту медичної установи

Джерело: [27]

Після ідентифікації можливих ризиків потрібно скласти перелік або класифікацію ризиків, тобто список подій, які вже відбувалися та можуть статися знову або які можуть статися вперше.

Найбільш популярною методикою оцінки ризиків у медичних установах є метод експертної оцінки – процедура досягнення консенсусу. думок групи з кількох експертів.

Таблиця 1.1

Кількісна оцінка наслідків та ймовірності ризиків

Ризики	Наслідки	Ймовірність (%)
Ризики, пов'язані з медичним обладнанням	Дуже високий ступінь впливу на основну діяльність установи	Ймовірність матеріалізації ризику від 25 до 50%
Ризики, пов'язані з санітарно-епідеміологічної обстановкою в установі	Високий ступінь впливу на основну діяльність установи	Ймовірність матеріалізації ризику менше 25%
Ризики, пов'язані з кваліфікацією лікарів	Низький ступінь впливу на основну діяльність установи	Ймовірність матеріалізації ризику менше 25%
4. Ризики, пов'язані з напруженістю та ритмом роботи лікарів	Обмежений або незначний вплив на основну діяльність установи	Ймовірність матеріалізації ризику від 25 до 50%
Ризики, пов'язані з загрозою здоров'ю медичних працівників	Низький ступінь впливу на основну діяльність установи	Ймовірність матеріалізації ризику менше 25%
Професійні (медичні) ризики, пов'язані з цивільно-правовою відповідальністю	Низький ступінь впливу на основну діяльність установи	Ймовірність матеріалізації ризику менше 25%

Джерело: [8]

Для виміру ризику визначаються два параметри: ймовірність настання ризику та серйозність наслідків:

$$R = P \times Z \quad (1.2), \text{ де}$$

R - кількісне вираження ризику,

P - ймовірність реалізації ризику,

Z – серйозність наслідку.

Для оцінки ймовірності настання ризику доцільно застосовувати якісну шкалу: високий, середній та низький рівень.

Проводячи оцінку наслідків та ймовірності експертним методом, була обрана проста шкала для подання суджень про ризик.

За результатами експертних оцінок проводяться розрахунки середньозважених групових значень ймовірності та серйозності наслідків.

Фрагмент оцінки наслідків та ймовірності ризиків для медичних відділів Медичний Центр On Clinic наведено у табл. 1.1.

Ідентифікація ризиків та їх оцінка дають можливість сформувати основні напрями мінімізації ризиків.

З метою виявлення найнебезпечніших ризиків ефективно використовувати вищенаведену методику.

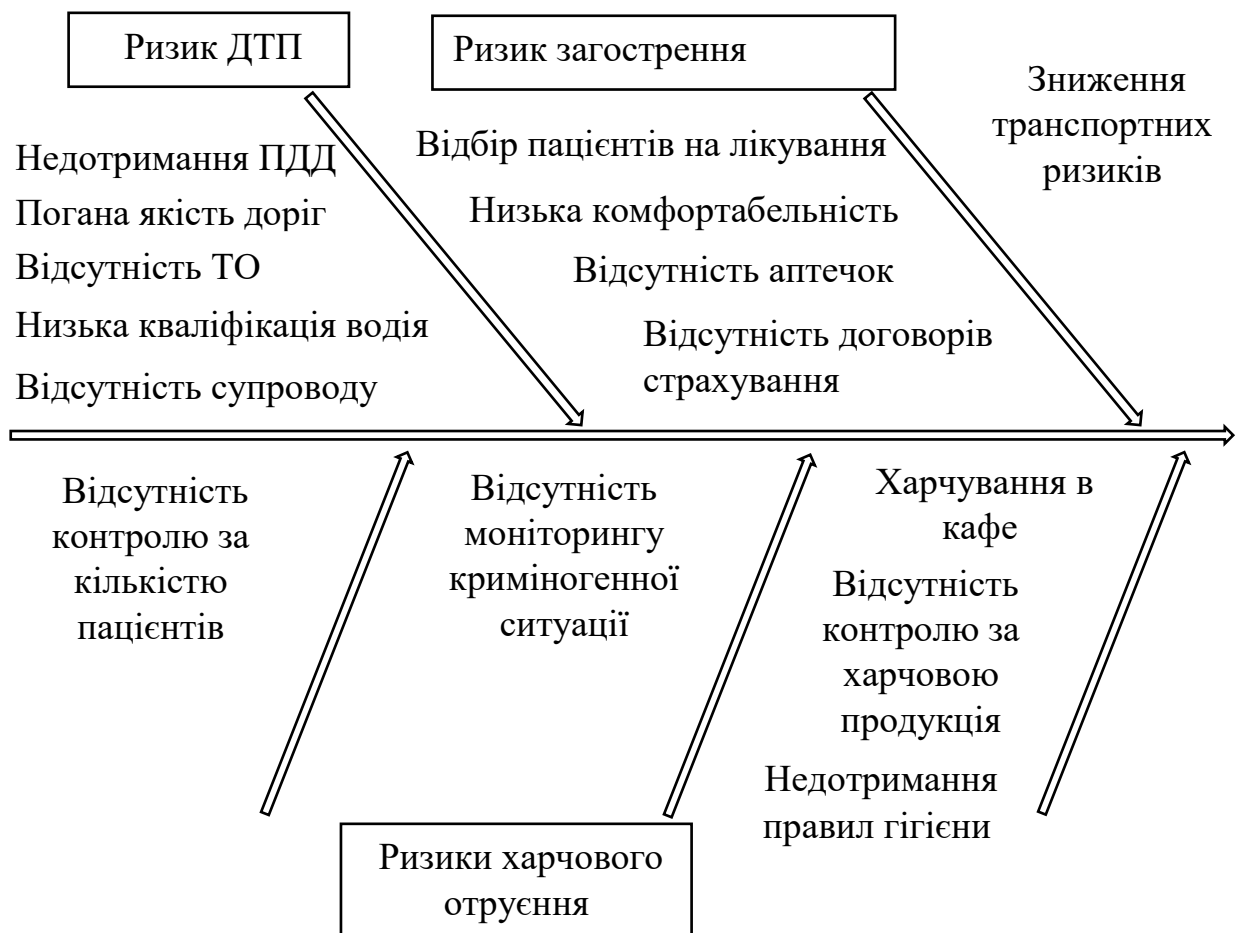


Рис. 1.3. Причинно-наслідкова діаграма факторів, що впливають на ймовірність виникнення ризиків під час транспортних перевезень

Джерело: [25]

Після визначення найбільш критичних ризиків, необхідно з'ясувати першопричини появи даних ризикових подій для подальшого планування заходів щодо зниження цих ризиків. Існують різні методики визначення факторів ризику, одним із яких є причинно-наслідкова діаграма. Нижче, вважаємо за доцільне, навести приклад пошуку факторів, що впливають на виникнення ризиків при транспортних перевезеннях пацієнтів (рис. 1.3).

Така діаграма може бути робочим інструментом для визначення планово-попереджувальних заходів щодо зниження ризиків у медичних закладах.

Далі, вважаємо за доцільне, більш детально здійснити аналіз методів та способів ідентифікації можливих ризиків, зокрема визначенні інцидентів.

1.3. Методи ідентифікації можливих ризиків в сфері охорони здоров'я

Процес управління ризиком складається з декількох етапів, кожен з яких виконується за певною методикою, з використанням як спеціальних, так і загальноприйнятих методів управління.

Існує безліч методів проведення оцінки ризику в організаціях, а також ідентифікації інцидентів, але вибір методів для цих процесів слід здійснювати з урахуванням специфіки організації. В нашому випадку мова йде про медичний заклад.

1. Методи ідентифікації інцидентів та небажаних подій

Для збору первинної інформації та контролю в організації має бути система моніторингу та виявлення таких інцидентів. Координуюча система повинна забезпечувати ефективну комунікацію, яка дозволяє передавати інформацію, накопичений досвід, методи боротьби з інцидентами та їх наслідками між відділеннями чи медичних закладом загалом.

Як і будь-який процес управління ризиками, в медичних установах він починається з ідентифікації ризиків або з виявлення інцидентів і небажаних ситуацій.

У медичних установах на даному етапі використовують різні методи, найбільш ефективними серед яких вважаються такі:

- анонімний збір інформації про інциденти;
- ретроспективний аналіз медичної документації;
- проведення опитувань медичного персоналу та пацієнтів;
- безпосереднє спостереження за процесом надання медичної допомоги;
- звітність співробітників закладу охорони здоров'я про помилки та інциденти;
- комп'ютерний моніторинг електронних баз медичних даних.

Першорядним завданням управління ризиками має стати побудова системи моніторингу інцидентів, тобто системи добровільних повідомлень про інциденти.

Метод виявлення інцидентів та небезпек під час надання медичної допомоги на основі спонтанних повідомлень досить ефективний. Такий підхід показав свою ефективність для зміни культури безпеки в багатьох зарубіжних медичних установах, адже дозволив персоналу вчитися на своїх помилках, що зрештою призвело до підвищення безпеки медичної допомоги [18].

Доведення спонтанних повідомлень до старшого медичного персоналу може здійснюватися різними способами, залежно від можливостей та наявних ресурсів організації. Найбільш зручним способом виступає журнал реєстрації інцидентів, який може використовуватися як у друкованому вигляді, так і бути частиною інформаційної системи, тобто застосовуватись у електронному вигляді.

Форма журналу реєстрації інцидентів представлена табл. 1.2.

Інформація, яка збирається за допомогою вище поданої форми, дає можливість аналізувати частоту появи реєстрованих інцидентів.

Журнал реєстрації інцидентів

ППП пацієнта	Вік пацієнта	Відділення	№ Історія хвороби	Короткий опис інциденту	Час інциденту	Можливі причини інциденту	ППП, який інформує	Прийняті міри

Джерело: [20]

Окрім цього, реєстрація інцидентів дозволяє зробити об'єктивну оцінку ймовірності виникнення прецедентів при проведенні оцінки ризиків, використовуючи отриманий матеріал як досвід роботи медичної установи.

Оцінка ризику може виконуватися з різним ступенем глибини та деталізації з використанням одного або кількох методів різного рівня складності. Застосовується багато різних методів оцінки ризиків. Вибір того чи іншого методу щодо оцінки ризиків залежить від низки факторів, а саме:

- з якою метою виконується оцінка ризику;
- вид діяльності організації;
- тип та діапазон аналізованого ризику (процес, підрозділ або все підприємство загалом);
- доступності інформації та даних для проведення даної роботи;
- навички та вміння персоналу, який бере участь в оцінці ризиків.

Національний стандарт ДСТУ ISO 31010:2013 «Управління ризиком. Методи оцінки ризику» наводить досить широку класифікацію різних методів проведення процедури.

Для ефективної роботи системи ризик-менеджменту необхідно ретельно обирати методи для кожного з етапів цієї системи – починаючи від ідентифікації ризиків і закінчуючи формуванням заходів щодо зниження ймовірності виникнення або наслідків ризику.

Аналіз видів та наслідків відмов (FMEA – Failure Mode Effect Analysis) є методом, який використовується для ідентифікації способів відмови компонентів, систем чи процесів, які можуть призвести до невиконання їх призначеної функції. Розширеною версією методу FMEA є FMECA, що дозволяє оцінити критичність і значущість кожного ідентифікованого виду відмови. Метод аналізу видів, наслідків та критичності відмов є важливим інструментом ризик-менеджменту в медичному закладі, оскільки дає можливість запобігти помилкам до того, як вони відбулися, визначити, які етапи процесу є найбільш вразливими та вимагають негайного втручання, які є стабільними.

Робота з управління ризиками в медичних установах переважно закінчується аналізом причин виникнення зареєстрованих інцидентів — проводиться аналіз причини того, що сталося, у кращому випадку розробляються коригувальні та запобіжні дії. Цього не достатньо для значного підвищення якості надання медичної допомоги та підвищення безпеки пацієнтів.

Застосування методу FMEA дозволяє закладу охорони здоров'я проводити аналіз процесів з точки зору ризиків та знижувати виявлені ризики ще до того, як постраждає співробітник лікарні або пацієнт [23].

Для успішного впровадження аналізу FMEA у закладах охорони здоров'я рекомендується виконувати такі кроки:

- визначення процесу або підрозділу, в якому потрібно провести оцінку ризику;
- формування робочої групи, яка проводитиме цей аналіз. Керівником робочої групи призначається особа, яка відповідає за аналізований процес або аналізований підрозділ. Аналіз FMEA повинен бути всебічним, тому до робочої групи залучаються всі стейкхолдери;
- визначення всіх етапів процесу до якого застосовується FMEA аналіз;

- складання переліку можливих помилок, несприятливих подій та інших прецедентів. Цей етап може проводитися з використанням такого методу, як мозковий штурм. Також перелік можливих прецедентів може включати дані, зібрані за допомогою системи ідентифікації інцидентів та небезпек;
- для кожного потенційного прецеденту проводиться підрахунок рангу пріоритетності ризику.

Таблиця 1.3

**Шкала оцінки ймовірності можливих негативних прецедентів та
їх вплив**

Ймовірність прецеденту	Бал	Вплив можливого прецеденту	Бал
Малоймовірний	1	Браку або не відбудеться або буде виявлена виконавцем	1
		Відтермінування поставки не відбудеться	
Теоретично можливий	2	Брак буде виявлений особою, яка здійснює контроль	2
		Збій термінів поставки	
Ймовірний	3	Брак, який був виявлений клієнтом	3
		Критичний збій поставки	
		Втрата долі ринку	
Цілком можливий	4	Значні фінансові збитки	4
		Втрата значної частки ринку	
Практично гарантований	5	Призупинення діяльності повністю	5
		Повна втрата ринку	

Джерело: [20]

Визначення рангу пріоритетності ризику проводиться таким чином:

- а) кожному прецеденту присвоюється бал за 5-бальною шкалою:
- ймовірності виникнення (R): наскільки часто відбувається помилка за 5-бальною шкалою, де 1 — майже ніколи, а 5 — дуже часто.
- ймовірності виявлення (P): якщо помилка трапилася, яка ймовірність того, що її вчасно виявлять за 5-бальною шкалою, де 1 — майже завжди виявлять, а 5 - майже ніколи не виявлять.
- наслідків (N): якщо помилка станеться, наскільки тяжкими будуть наслідки для пацієнта або персоналу за 5-бальною шкалою, де мінімальні наслідки, а 5 — максимальні наслідки.

Шкала для оцінки представлених вище параметрів може бути у вигляді таблиці для зручності використання під час проведення оцінки ризику. Подібна шкала представлена у вигляді табл. 1.3.

б) Підрахунок рангу пріоритетності ризику провадиться за формулою:

$$\text{Ранг} = R * P * N \quad (1.3)$$

Як форму для розрахунків використовують таблицю, представлену нижче (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Форма для проведення оцінки ризику

№	Можливий прецедент	Причини	Наслідки	R	P	N	Ранг
1							
2							

Джерело: [20]

Можливі прецеденти, які набули найбільшого значення RPN, визначають області впливу. А помилки з низьким значенням RPN, як правило, серйозно не впливають на діяльність аналізованого підрозділу чи медичного закладу загалом або на аналізований процес.

Таким чином, виявлення можливих ризиків та ефективне управління ними дає змогу безперервного розвитку медичного закладу шляхом підвищення якості обслуговування, а отже конкурентоспроможності.

Окрім того, варто відзначити, важливим аспектом розробки та ефективного впровадження є реформування сфери охорони здоров'я з точки зору професійного підходу до управління медичними закладами, а саме необхідність мати управлінську освіту керівникам закладів охорони здоров'я, що дає змогу використовувати всі інструменти менеджменту, в тому числі ризик-менеджменту. Далі, вважаємо за доцільне, більш детально проаналізувати стан функціонування досліджуваного медичного закладу та можливі ризики з якими останній зіштовхується.

РОЗДІЛ 2

СТАН ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ОСОБЛИВОСТІ РИЗИК-МЕНЕДЖМЕНТУ

2.1. КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» як об'єкт ризик менеджменту: основні дані та система управління

КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» Новоархангельської районної ради — комунальний заклад охорони здоров'я, що надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, у тому числі паліативну (в стаціонарних умовах) та медичну реабілітацію будь-якій особі. у порядку та на умовах, визначених законодавством України, а також заходи щодо профілактики захворювань населення та зміцнення здоров'я населення.

Відповідно до довідки з ЄДРПОУ видами діяльності за КВЕД-2010 є:

86.10 Діяльність лікарняних закладів;

68.20 Надання в оренду й експлуатацію власного чи орендованого нерухомого майна;

86.22 Спеціалізована медична практика;

86.23 Стоматологічна практика.

Лікарня у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами МОЗ України, рішеннями облдержадміністрації, власним статутом та іншими нормативно-правові актами.

Основною метою створення даного підприємства є забезпечення населення медичним обслуговуванням шляхом надання їм медичних послуг у порядку та обсязі, визначеним чинним законодавством України, у тому числі: надання послуг населенню шляхом надання вторинної медичної допомоги та медичного обслуговування, прийняття заходів щодо профілактики

захворювань населення та підтримки здоров'я населення, організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я для забезпечення безперервності надання медичної допомоги на всіх рівнях та ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я

Структура управління будь-якою організацією є важливою частиною організації всієї роботи, в тому числі і бюджетних установ, таких як КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня».

Структура управління є лінійно-функціональною. Центральною фігурою є директор, який керує медичним закладом.

Директор (головний лікар) має 4 посади заступників, а саме: заступник з медичної частини, заступник з медичного обслуговування населення району, заступник з тимчасової непрацездатності населення, заступник з економічних питань.

Структура КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» виглядає наступним чином:

- Адміністративно-управлінський підрозділ.
- Господарський підрозділ.
- Допоміжні медичні підрозділи.
- Стаціонарні підрозділи.
- Бухгалтерія.
- Господарська служба.
- Інші.

Стаціонарні підрозділи:

- акушерське відділення;
- інфекційні боксові відділення;
- педіатричне відділення;
- терапевтичне відділення;
- об'єднане відділення хірургічного профілю з ліжками;
- відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії;

- жіноча консультація;
- стоматологічне відділення;
- протитуберкульозний кабінет;
- кабінет ультразвукової діагностики;
- кабінет ФГДС фіброгастродуоденоскоп;
- клініко-діагностична лабораторія;
- рентгенівське відділення;
- фізіотерапевтичне відділення;
- патологоанатомічне відділення;
- відділення переливання крові (ВПК);
- денний стаціонар поліклініки;
- операційне відділення;
- прийомне відділення;
- центральна стерилізація;
- кабінет лікувально-фізкультурний та масажу.

Керівництво кожним структурним підрозділом здійснює начальник відділу, бухгалтерський облік – головний бухгалтер, господарське обслуговування – завідувач господарством.

2.2. Стан техніко-економічних показників діяльності КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня»

Результатом аналізу діяльності будь-якої бюджетної установи є з'ясування певних зв'язків між розвитком та змінами в її діяльності.

З цією метою доцільно проаналізувати кошторис установи, стан виконання та загальний фінансовий стан бюджетної установи, аналізуючи дані балансу.

Аналіз бюджетних установ необхідний для управління ними. На основі проаналізованої інформації керівники мають змогу отримати всебічне уявлення про діяльність організації, детально вивчити окремі її частини та своєчасно прийняти відповідні управлінські рішення.

Згідно зі статтею 2 Закону України "Про бюджет України" органами бюджету є органи, установи чи організації, утворені Конституцією України, а також органи державної влади, органи чи організації, утворені органами влади України в установленому порядку, Автономної Республіки Крим або органом місцевого самоврядування, що повністю або частково утримується за рахунок відповідного державного або місцевого бюджетів.

Організації та установи, що утримуються за рахунок бюджетних коштів, для забезпечення своєї діяльності та виконання покладених на них функцій повинні виконувати кошториси.

Важливим фінансовим інструментом підготовки, управління та контролю фінансової діяльності бюджетних установ є кошторис. Він також є основним плановим документом і складається з двох частин – загального фонду та спеціального фонду.

Загальний фонд складається відповідно з доходів і видатків бюджету із загального фонду. Спеціальні фонди бюджету включають доходи та витрати спеціального фонду бюджету. Обидва бюджетні фонди містять доходну та видаткову складові.

Кошториси розробляються для вирішення двох основних завдань бюджетних установ. Перше полягає у визначенні обсягу доходів і видатків, пов'язаних з діяльністю різних підрозділів і відділень установи. Друге – забезпечити покриття витрат за рахунок фінансових ресурсів з інших джерел.

Завдяки аналізу кошторису можна з'ясувати рівень його виконання, причини нестачі чи перевитрат коштів. Або створити резерви для завищення асигнувань, щоб забезпечити ефективний контроль за наявними ресурсами. Аналізуючи кошторис бюджетної системи, важливо, насамперед, зосередитися на її динамічних складових, таких як склад і структура видатків, враховуючи економічну класифікацію бюджетних витрат. Також важливо перевірити касу та фактичні показники. Є три сценарії для цих показників: готівка вище фактичної, значення за номіналом і готівка нижче фактичної.

Певні економічні чи фінансові обставини, які мали місце під час виконання кошторису, можна визначити під час вивчення їх відносин. Спеціальний фонд бюджетних установ, як правило, складається з наданих послуг і виконаних робіт.

На зазначену дату його значення включає залишок коштів на початок періоду та дохід за період за вирахуванням суми витрачених коштів.

На підставі розрахунків за кожним джерелом надходжень формується дохідна частина спеціального фонду. Кошти спеціального фонду можуть тимчасово спрямовуватися на оплату видатків загального фонду. Для аналізу руху коштів спеціальних фондів за допомогою балансового методу використовується наступна модель:

$$З_n + H = B + З_k, \quad (2.1)$$

де $З_n$ – залишок коштів спеціального фонду на початок року;

H – надходження коштів за рік;

B – використання коштів спеціального фонду за рік;

$З_k$ – залишок коштів спеціального фонду на кінець року.

Для більш глибокого аналізу певної ланки установи в цьому випадку необхідно розрахувати показники ліквідності руху коштів. Використовуючи ці показники, можна відстежити надходження та використання коштів певної установи.

Динамічність грошових потоків розраховується за допомогою коефіцієнтів:

- з обороту по надходженню:

$$K_{\text{обор.н.}} = H_{\text{річ.}} / З_{\text{поч.}} + H_{\text{річ.}}, \quad (2.2)$$

- з обороту по використанню:

$$K_{\text{обор.в.}} = B_{\text{річ.}} / З_{\text{поч.}} + H_{\text{річ.}}, \quad (2.3)$$

$З_{\text{поч.}}$ – залишок коштів спеціального фонду на початок року;

$H_{\text{річ.}}$ – надходження коштів спеціального фонду за рік;

$B_{\text{річ.}}$ – використання коштів спеціального фонду за рік;

$З_{\text{кін.}}$ – залишок коштів спеціального фонду на кінець року.

Факторний аналіз доходів спеціального фонду базується на мультиплікаційній моделі для кожного виду доходів:

$$Дс.ф. = Onn / Bon, \quad (2.4)$$

де *Дс.ф.* – доходи спеціального фонду;

Onn – обсяг платних послуг (у натуральних показниках, одиницях);

Bon – вартість одиниці послуг.

Факторний аналіз видатків спеціального фонду проводиться окремо за кожним видом видатків і з'ясовується вплив окремих факторів на обсяг видатків.

Заключним етапом економічного аналізу є узагальнення його результатів. Підведення підсумків виконання розрахунку спеціального фонду досліджуваної установи, з'ясування причин відхилення та внесення необхідних пропозицій, рекомендації впровадження заходів щодо збільшення дохідної частини та прискорення повернення коштів спеціального фонду. Аналіз цільових коштів зазвичай завершується прийняттям управлінських рішень шляхом подальшого розвитку бюджетної установи за рахунок цільових коштів. Методика аналізу спеціального фонду бюджетної установи в основному збігається з методикою аналізу виконання загального фонду.

Таким чином, завдяки аналізу здійснюється кількісна та якісна характеристика цих змін та відхилень від планових показників, розроблених установою. Крім того, варто з'ясувати причини цих відхилень, визначити резерви та розробити заходи щодо протидії виявленим негативним тенденціям у майбутньому.

Аналіз вважається неодмінною складовою процесу моніторингу фінансового стану будь-якої установи та організації незалежно від форми власності, у тому числі й бюджетних установ.

Далі розберемо безпосередньо кошторис виконання КНП «Новоархангельська багатопрофільна лікарня» у частині загального фонду впродовж 2017-2021 років за складом та структурою (Дод. А).

Розрахунки в 2017 році структуровані таким чином (табл. 2.1): приблизно 60,8% заробітної плати залишаються незмінними та 21,2% нарахувань. Використання товарів і послуг становило 18,1%, з них 59,6% – комунальні послуги та енергоносії. У 2017 році показник виконання бюджету закладу склав 100%.

З табл. 2.1 спостерігаємо, що питома вага витрат на оплату праці у 2018 році займала найбільшу питому вагу, становлячи понад третину всіх витрат – 83,0%, а використання товарів і послуг також знаходиться в межах попереднього року – 18,4%, з них більша частина 57,6% коштів спрямована на оплату комунальних послуг та енергоносіїв. Соціальне забезпечення становить лише 0,3%. Фактичний коефіцієнт виконання кошторисного завдання – 100%.

Аналізуючи табл. 2.1 видно, частка витрат на оплату праці у 2019 році займає перше місце, становлячи 83,0% від усіх витрат. Використання товарів та послуг становило лише 18,4%, з них більше половини було використано на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – 57,6%. Соціальне забезпечення становить 0,3%, як зазвичай. Фактичне виконання кошторисних завдань склало 100%.

З табл. 2.1 можна сказати, що у 2020 році на оплату праці працівників медичного закладу було витрачено 50,8% від затвердженого кошторису, а на нарахування цієї заробітної плати – відповідно 14,3%. Виплати населенню становили лише 0,1 відсотка від загального кошторису асигнувань на цей рік. Фактичний показник виконання кошторисного призначення становить 100%.

З таблиці 2.1 видно, що структура кошторисного призначення на 2021 рік відрізняється від кошторисних призначень попередніх років, оскільки включає виключно витрати на оплату енергоносіїв.

Фактичний показник виконання видатків затвердженого бюджету у 2021 році становив 100%. Проте, дивлячись на структуру, вважаємо, що такі витрати, як заробітна плата та нарахування на неї, субсидуються, оскільки вони захищені.

Таблиця 2.1

Склад та структура кошторису КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» у 2017-2021 році

№ з/п	Найменування	Загальний фонд					Структура кошторису				
		2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
1	Надходження – усього	20574914,0	28240150,0	29631294,0	8327114,0	2050000,0	100	100	100	100,0	100
2	Надходження коштів із загального фонду бюджету	20574914,0	28240150,0	29631294,0	8327114,0	2050000,0	100	100	100	100,0	100
3	Витрати та надання кредитів – усього	20574914,0	28240150,0	29631294,0	8327114,0	2050000,0	100	100	100	100,0	100
4	Поточні видатки	20574914,0	28240150,0	29631294,0	8327114,0	-	100	100	100	100,0	-
5	Оплата праці і нарахування на ЗП	168508550,0	23439325,0	25186599,0	5423640,0	-	81,9	83,0	85,0	65,1	-
6	Оплата праці	12509550,0	17452413,0	18815871,0	4230440,0	-	60,8	61,8	63,5	50,8	-
7	Нарахування на оплату праці	4341305,0	5986912,0	6370728,0	1193200,0	-	21,2	21,2	21,5	14,3	-
8	Використання товарів і послуг	3724059,0,0	5196188,0	5600314,0	1691064,0	-	18,1	18,4	18,9	20,3	-
9	Предмети, матеріали, обладнання та інвентар	411498,0	593043,0	651888,0	155605,0	-	2,0	2,1	2,2	1,9	-
10	Медикаменти та перев'язувальні матеріали	576098,0	847205,0	888939,0	180000,0	-	2,9	3,0	3,0	2,2	-
11	Продукти харчування	226324,0	395362,0	444469,0	90000,0	-	1,1	1,4	1,5	1,1	-
12	Оплата послуг (крім комунальних)	164599,0	225921,0	237050,0	129261,0	-	0,8	0,8	0,8	1,6	-
13	Видатки на відрядження	72000,0	72000,0	80000,0	15000,0	-	0,5	0,5	0,5	0,2	-
14	Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	2222091,0	2993456,0	3229811,0	1121198,0	2050000,0	10,8	10,6	10,9	13,5	100
15	Оплата електроенергії	1316794,0	1779129,0	1926034,0	980198,0	2050000,0	6,4	6,3	6,5	11,8	100
16	Оплата інших енергоносіїв	905296,0	1214326,0	1303777,0	141000,0	-	4,4	4,3	4,4	1,	-
17	Соціальне забезпечення	61725,0	84720,0	89000,0	17210,0	-	0,3	0,3	0,3	0,2	-
18	Виплата пенсій і допомоги	41149,0	56480,0	88000,0	12210,0	-	0,2	0,2	0,3	0,1	-
19	Інші виплати населенню	20000,0	31000,0	50000,0	5000,0	-	0,1	0,1	0,2	0,1	-
20	Інші поточні видатки	20000,0	25000,0	30000,0	2000,0	-	0,1	0,1	0,1	0,1	-

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку Б

Для більш наочного аналізу динаміки фінансування медичного закладу, який досліджується, на рис. 2.2 наводимо динаміку затверджених кошторисів КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 років.

Як можна спостерігати з рис. 2.2 обсяг кошторисних призначень впродовж 2017-2019 років поступово збільшувався, а потім значно зменшувався. Це пов'язано зі збільшенням фонду оплати праці персоналу та витрат на комунальні послуги, які постійно зростали протягом досліджуваного періоду до 2019 року, після чого зменшення було пов'язане з фізичною реструктуризацією закладу охорони здоров'я, переходу частини персоналу у первинну ланку, як наслідок зменшення чисельності працівників та більш економного використання енергоносіїв.

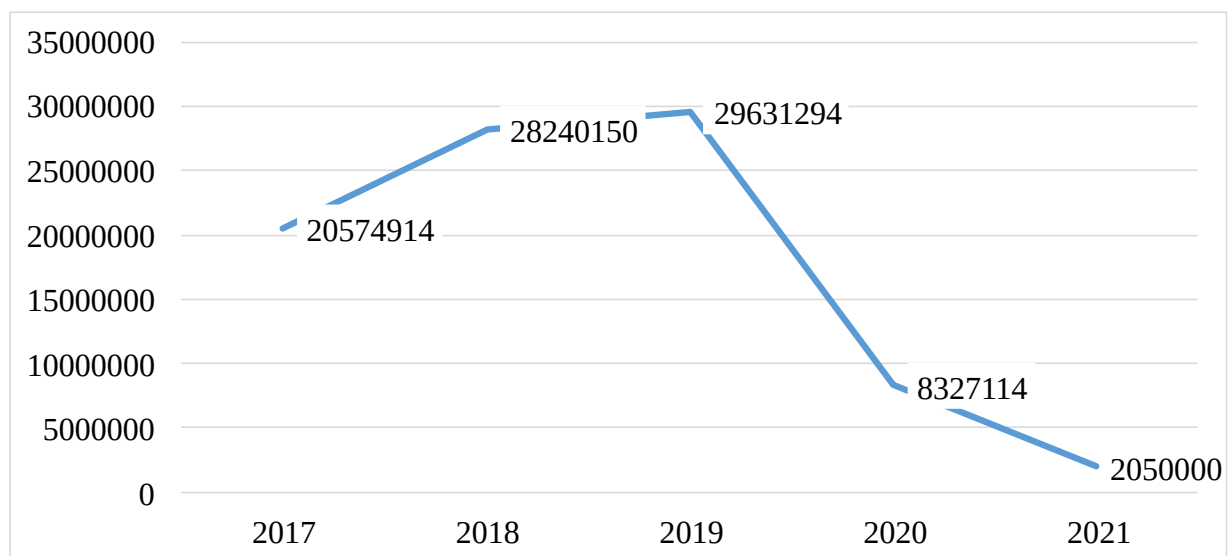


Рис. 2.1. Кошторисні призначення загального фонду КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 років, грн.

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку А

Поряд із загальними фондами в установах діють спеціальні фонди. Розрахункова динаміка освоєння спеціальних коштів КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» з 2017 по 2021 рік наведена на рис. 2.2, у тому числі за статтями.

З кошторису (Дод. А) вбачається, що надходження за цільовими коштами в основному спрямовуються на капітальні видатки, зокрема – придбання ТМЦ, обладнання та інвентарю, медикаментів і перев'язувальних матеріалів у таких пропорціях: на предмети - 42 % загального обсягу коштів спеціального фонду та, відповідно, 58% - медикаменти.

Спостерігаємо досить рівномірну тенденцію планових обсягів впродовж 2017-2019 років, яка становить близько 52400-51800 грн. Протягом останніх двох років (2020-2021) ми спостерігаємо негативну тенденцію, а точніше – недоотримання коштів на рахунок спецфонду, що, в свою чергу, негативно впливає на операційну діяльність медичного закладу.

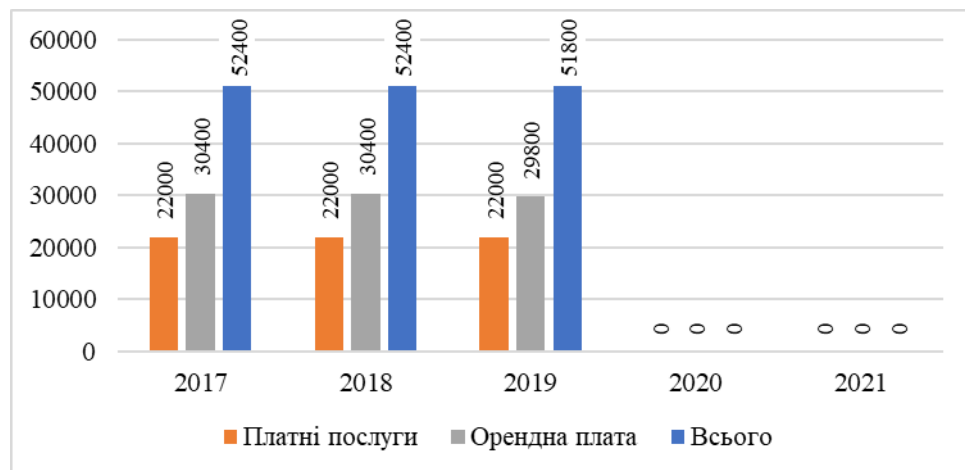


**Рис. 2.2. Кошторисні призначення спеціального фонду КНП
«Новоархангельська багатoproфільна лікарня»
впродовж 2017-2021 років, грн.**

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку А

Далі, вважаємо за доцільне, розглянути динаміку зміни доходів спеціального фонду КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» за період 2017-2021 рр.

З Дод. А бачимо, що зміни відбуваються лише в структурі орендної плати, зокрема зменшення на 600 грн у 2019 році порівняно з 2018 роком у зв'язку з відокремленням екстрено-медичної допомоги, яка орендну плату за приміщення почала сплачувати медичному закладу первинного рівня.

Аналізуючи рис. 2.2, за період 2017-2021 років обсяг платних послуг

показав стабільну динаміку, досягнувши 22 тис. грн.

Наступним етапом аналізу фінансової діяльності досліджуваних бюджетних установ є аналіз динаміки фінансового стану за 2017-2021 роки за складом та структурою на основі аналізу активів та пасивів балансу КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» (табл. 2.2) (Дод. Б).

Таблиця 2.2

Динаміка та структура активів балансу КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 роки (грн)

Показник	Роки					Структура				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Необоротні активи	3574388,3	6229854	7625237	6910033	24676900	71,6	98,2	96,4	95,7	81,1
Основні засоби	3192377,0	3631086	4456735	4298067	24676900	63,9	57,2	56,3	59,5	100,0
Незавершені капітальні інвестиції	144236,4	344596	399387	425700	0	2,9	5,5	5,0	5,9	0
Запаси	237774,9	2254172	2769115	2186266	5372700	4,8	35,5	35,1	30,3	17,7
Оборотні активи	1424445,93	116929	262098	309254	574800	28,4	1,8	3,6	4,3	1,9
Грошові кошти в казначействі	25725,86	113587	223526	294168	29200	0,5	1,8	2,9	4,2	5,1
Матеріали та продукти харчування	1366664,24	0	0	0	0	27,3	0,0	0,0	0,0	0
Малоцінні та швидкозношувані предмети	32055,83	0	0	0	0	0,6	0,0	0,0	0,0	0
Інші кошти, грошові документи	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Поточна дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	0	1233	24213	0	76900	0,0	0,0	0,4	0,0	0,3
Поточна дебіторська заборгованість за розрахунками із соціальним страхуванням	0	0	9828	15086	0	0	0,0	0,2	0,3	0
Інша поточна дебіторська заборгованість	0	2109	4531	0	0	0	0,0	0,2	0,0	0
Витрати майбутніх періодів	14028,61	15984	24489	0	0	0,3	0,3	0,3	0,0	0
Баланс	5012862,84	6362767	7911824	7219287	30424900	100	100	100	100	100

Джерело: розраховано за матеріалами Додатку В

Далі, вважаємо за доцільне, розглянути активну частину балансу та його пасивну частину. Надалі розрахуємо систему показників фінансової

стійкості КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» за останні п'ять років та проаналізуємо кожен з них.

З табл. 2.2 спостерігаємо, що більша частина активів балансу віднесена до необоротних активів, які продовжували збільшуватися протягом 2017-2021 рр., з 71,6% до 95,7% у 2020 році, і дещо знизилися до 81,1% у 2021 році. Серед них переважали основні засоби, на другому місці – товарно-матеріальні запаси. Ліквідні активи становлять другу за величиною статтю валюти балансу, їхня частка впала з 28,4% у 2017 році до 1,9% у 2021 році за кожен рік досліджуваного періоду. У 2017 році товари та продукти харчування також становили значну частину валюти балансу – 27,3%. Грошові кошти на казначейських рахунках у 2017-2021 роках збільшилися з 0,5% до 5,1% відповідно.

Витрати майбутніх періодів також мали місце в досліджуваному п'ятирічному періоді, проте їхня частка у валюті балансу була невеликою, особливо у 2017, 2018 та 2019 роках – близько 0,3%. Далі розглянемо пасивну частину балансу «Новоархангельської багатoproфільної лікарні» (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Динаміка та структура пасивів балансу КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 роки (грн.)

Показник	Роки					Структура				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Власний капітал та фінансовий результат	4993671,65	6306519	7034855	7046660	23010300	99,6	99,1	88,9	97,6	75,6
Власний капітал	3606444,13	11489147	13109183	13382659	2249770	71,9	80,6	65,7	85,4	97,8
Зобов'язання	19191,19	56248	876969	172627	2591300	0,4	0,9	11,1	2,4	8,5
Поточні зобов'язання:										
- за платежем до бюджету	3665,12	0,0	1822	2942	14450	0,1	0,0	0,0	0,0	0,6
- за розрахунками за товари, роботи, послуги	0,0	0,0	713538	157541	0,0	0,0	0,0	9,0	2,2	0,0
- за розрахунками з оплати праці	0,0	0,0	8006	12144	70430	0,0	0,0	0,1	0,2	2,7
- за внутрішніми розрахунками	15526,07	56248	153603	0,0	0,0	0,3	0,9	1,9	0,0	0,0
Баланс	5012862	6362767	7911824	7219287	30424900	100	100	100	100	100

Джерело: розраховано за матеріалами Додатку В

З табл. 2.3 видно, що структура пасивів має такий вигляд: більша їх частина припадає на власний капітал і фінансові результати. Особливо, характеризуючи цей показник, можна сказати, що у 2017 році він становив 99,6% валюти балансу, а у 2021 році дещо знизився до 75,6%. Пасиви становили незначну частку пасивів балансу – 0,4% у 2017 році та найбільшу – 11,1% у 2019 році. До кінця 2021 року їхня частка становитиме 8,5%. У структурі пасиву найбільшою складовою є поточні зобов'язання з оплати товарів, робіт і послуг. Але у 2021 році структура змінилася, найбільша частка – 2,7% припадає на нарахування заробітної плати.

Застосовуючи систему показників та формули до них, наведену в табл. 2.4, розрахуємо показник фінансової стійкості для КНП «Новоархангельська багатопрофільна лікарня».

З табл. 2.4 видно, коефіцієнт автономії є в межах нормативного значення, адже перевищує 0,5.

Коефіцієнт загальної заборгованості показує співвідношення, частку боргу у валюті балансу.

Коефіцієнт маневрування показує, яка частина власного капіталу використовується для фінансування поточної діяльності. Останній визначається як відношення власного капіталу до поточних активів і має бути більше 0,4.

Як бачимо з табл. 2.4, лише значення за 2021 рік відповідає нормі, оскільки воно вище 0,4.

Підсумовуючи наведений вище аналіз показників фінансової стійкості медичного закладу, слід підкреслити, що більшість показників знаходяться в межах норми, що свідчить про задовільний стан функціонування та керованості досліджуваного закладу. І те, що вони не повністю забезпечені власними ліквідними коштами, підкреслює характерні для них особливості діяльності медичного закладу як бюджетної установи.

Динаміка показників фінансової стійкості КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 роки (грн.)

Показник	Алгоритм розрахунку	Роки				
		2017	2018	2019	2020	2021
Коефіцієнт автономії ($K_{авт}$)	$K_{авт}=K/ВБ$	0,99	0,99	0,88	0,97	0,76
Коефіцієнт мультиплікації власного капіталу ($K_{МК}$)	$K_{авт}=K/ВБ=1/K_{авт}$	1,0	1,0	1,1	1,0	1,32
Коефіцієнт фінансової стійкості ($K_{ФС}$)	$K_{ФС} = K / З$	260,2	112,1	8,02	40,8	8,88
Коефіцієнт загальної заборгованості ($K_{ЗЗ}$)	$K_{ЗЗ}= З/ВБ$	0,003	0,008	0,011	0,023	0,08
Коефіцієнт маневрування ($K_{ман}$)	$K_{ман} = ВОК/К$	0,71	0,98	1,08	0,98	0,98
Коефіцієнт частки власного капіталу в оборотних активах ($K_{ВОК}$)	$K_{ВОК} = ВОК/ОА$	0,28	0,01	0,03	0,04	0,8
Коефіцієнт реальної вартості основних засобів ($K_{РВ}$)	$K_{РВ} = ОЗ_{зал}/ВБ$	0,63	0,57	0,56	0,59	0,81
Коефіцієнт накопиченої амортизації ($K_{НА}$)	$K_{НА} = ОЗ_{зал}/ОЗ_{пер}$	0,31	0,31	0,33	0,31	0,68

Джерело: розраховано за матеріалами Додатку В

Крім того, варто відзначити значний знос основних засобів, про що можуть свідчити показники накопиченої амортизації, таким чином реалізуючи необхідність оновлення основних засобів.

2.3. Оцінка ефективності господарської діяльності КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня»

Для розуміння загальної ситуації господарської діяльності КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня», вузьких місць в управлінні здійснимо аналіз господарської діяльності медичного закладу.

Зауважимо, що структурними підрозділами закладу, зазначеними нами в підрозділі 2.1. надається медична допомога всьому населенню району на вторинному рівні.

Станом на сьогоднішній день штатний розпис КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» 243,25 штатних одиниць, що

на 64,5 штатних одиниць менше у порівнянні з 2017 року, серед них лікарі – 39,25 од., середній медичний персонал – 85,50 од., молодший медичний персонал – 49,75 од., інші – 66,75 од.

Проаналізуємо забезпеченість кадрами КНП «Новоархангельська багатопрофільна лікарня» за період 2017-2021 рр. згідно даних Дод. Г.

Так, у 2017 році медичне обслуговування населення здійснювали 35 лікарів, із яких 5 інтернів, що проходили інтернатуру поза межами закладу. Забезпеченість штатних посад лікарями становила 91,1%. Забезпеченість штатних посад терапевтів становила 100%, кардіологів - 100%, ендокринологів - 50%, інфекціоністів – 37,5%, фізіотерапевтів – 100%, хірургів - 100%, 100% потреба в урологах, ортопедів - 100%, анестезіологів - 75%, ендоскопістів - 100%, 100% потреба в онкологах, стоматологів - 100%, акушерів-гінекологів – 92,8%, педіатрів - 75%, офтальмологів - 50%, отоларингологів - 50%, фтизіатрів - 50%, невропатологів - 100%, психіатрів - 50%, наркологів - 50%, дерматовенерологів - 100%, патологоанатомів - 100%, лікарів УЗД - 100%, рентгенологів - 100%.

Забезпеченість середнім медичним персоналом становить 97,4%, серед яких превалюють акушерки (7,75 зайнятих із 7,75 штатних), лаборанти клінічних лабораторій (9,25 зайнятих із 9,25 штатних) та сестри фізіотерапевтичних кабінетів (4,0 зайнятих із 5,0 штатних).

В 2018 році медичне обслуговування населення здійснювали 35 лікарів, із яких 3 інтернів, що проходили інтернатуру поза межами закладу. Забезпеченість штатних посад лікарями становила 89%.

Забезпеченість штатних посад терапевтів становила 100%, кардіологів - 100%, ендокринологів - 50%, інфекціоністів – 37,5%, фізіотерапевтів – 100%, хірургів - 100%, ортопеди - 100%, урологів – 100%, анестезіологів - 75%, ендоскопістів - 100%, 100% потреба в онкологах, стоматологів - 100%, акушерів-гінекологів – 92,8%, педіатрів - 75%, офтальмологів - 50%, отоларингологів - 50%, фтизіатрів - 50%, невропатологів - 100%, психіатрів -

50%, наркологів - 50%, дерматовенерологів - 100%, патологоанатомів - 100%, лікарів УЗД - 100%, рентгенологів - 75%.

Забезпеченість середнім медичним персоналом становить 97,4%, серед яких превалюють акушерки (7,75 зайнятих із 7,75 штатних), лаборанти клінічних лабораторій (9,25 зайнятих із 9,25 штатних) та сестри фізіотерапевтичних кабінетів (5,0 зайнятих із 5,0 штатних).

В 2019 році медичне обслуговування населення здійснювали 33 лікаря, із яких 1 інтерн, що проходив інтернатуру поза межами закладу. Забезпеченість штатних посад лікарями становила 86,5%.

Забезпеченість штатних посад терапевтів становила 100%, кардіологів - 100%, ендокринологів - 50%, інфекціоністів – 37,5%, фізіотерапевтів – 100%, хірургів - 100%, ортопеди - 100%, урологів – 100%, анестезіологів - 100%, ендоскопістів - 100%, 100% потреба в онкологах, стоматологів - 100%, акушерів-гінекологів – 92,8%, педіатрів - 75%, офтальмологів - 100%, отоларингологів - 100%, фтизіатрів - 100%, невропатологів - 100%, психіатрів - 50%, наркологів - 50%, дерматовенерологів - 100%, патологоанатомів - 100%, лікарів УЗД - 100%, рентгенологів - 75%.

Забезпеченість середнім медичним персоналом становить 97,8%, серед яких превалюють акушерки (7,75 зайнятих із 7,75 штатних), лаборанти клінічних лабораторій (9,25 зайнятих із 9,25 штатних) та сестри фізіотерапевтичних кабінетів (4,0 зайнятих із 5,0 штатних).

В 2020 році медичне обслуговування населення здійснювали 25 лікарів, серед них інтерни відсутні. Забезпеченість штатних посад лікарями становила 71,9%.

Забезпеченість штатних посад терапевтів становила 80%, кардіологів - 100%, ендокринологів - 50%, інфекціоністів – 25%, фізіотерапевтів – 100%, хірургів - 100%, ортопеди - 100%, урологів – 100%, анестезіологів - 100%, ендоскопістів - 100%, онкологів – 50%, стоматологів - 64%, акушерів-гінекологів – 92,8%, педіатрів – 62,5%, офтальмологів - 100%, отоларингологів - 50%, 100% потреба у фтизіатрах, невропатологів – 88,9%,

психіатрів - 50%, наркологів - 50%, дерматовенерологів - 100%, патологоанатомів - 100%, лікарів УЗД - 100%, рентгенологів – 62,5%.

Забезпеченість середнім медичним персоналом становить 92,5%, серед яких превалюють акушерки (7,75 зайнятих із 7,75 штатних), лаборанти клінічних лабораторій (9,25 зайнятих із 9,25 штатних) та сестри фізіотерапевтичних кабінетів (4,0 зайнятих із 5,0 штатних).

В 2021 році медичне обслуговування населення здійснювали 23 лікарі, серед яких інтерни відсутні. Забезпеченість штатних посад лікарями становила 80,3%.

Забезпеченість штатних посад терапевтів становила 100%, кардіологів - 100%, ендокринологів - 50%, інфекціоністів – 75%, хірургів - 100%, ортопеди - 100%, урологів – 100%, анестезіологів - 100%, ендоскопістів - 100%, онкологів – 50%, стоматологів - 100%, акушерів-гінекологів – 100%, педіатрів – 62,5%, офтальмологів - 50%, отоларингологів - 50%, 100% потреба у фтизіатрах, невропатологів - 100%, психіатрів - 50%, наркологів - 50%, дерматовенерологів - 100%, патологоанатомів - 100%, лікарів УЗД - 100%, рентгенологів - 75%.

Забезпеченість середнім медичним персоналом становить 94,4%, серед яких превалюють акушерки (2,0 зайнятих із 2,0 штатних) та лаборанти клінічних лабораторій (4,0 зайнятих із 4,0 штатних).

Зауважимо про наявний значний кадровий потенціал медичного закладу, широкий спектр наявного лікарського персоналу у розрізі спеціалізації, свідченням чого є наявність зайнятих посад. Виключенням впродовж досліджуваного періоду були уролог, онколог та фтизіатри. Потреба у яких змінювалась впродовж 2017-2021 років.

Проаналізуємо стан оплати праці медичного персоналу закладу. Так, в 2017 році на оплату праці КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» було витрачено 4150 тис. грн. , у 2018 році – 4644,8 тис. грн, у 2019 році – 4682,8 тис. грн, у 2020 році – 5966,7 тис. грн та у 2021 році – 5137,9 тис. грн

Відображаємо динаміку фонду заробітної плати графічно у вигляді рис. 2.3.

Інформативним показником є кількість прийнятих та звільнених працівників. В даному аспекті маємо наступні показники: в 2017 році в КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» було прийнято 10 осіб, звільнено 6 осіб, в 2018 році прийнято 10 осіб, звільнено 4 особи відповідно, в 2019 році - 7 та 6 осіб відповідно, в 2020 році - 4 та 3 осіб та у 2021 році – 10 осіб прийнято та 25 осіб звільнено відповідно,

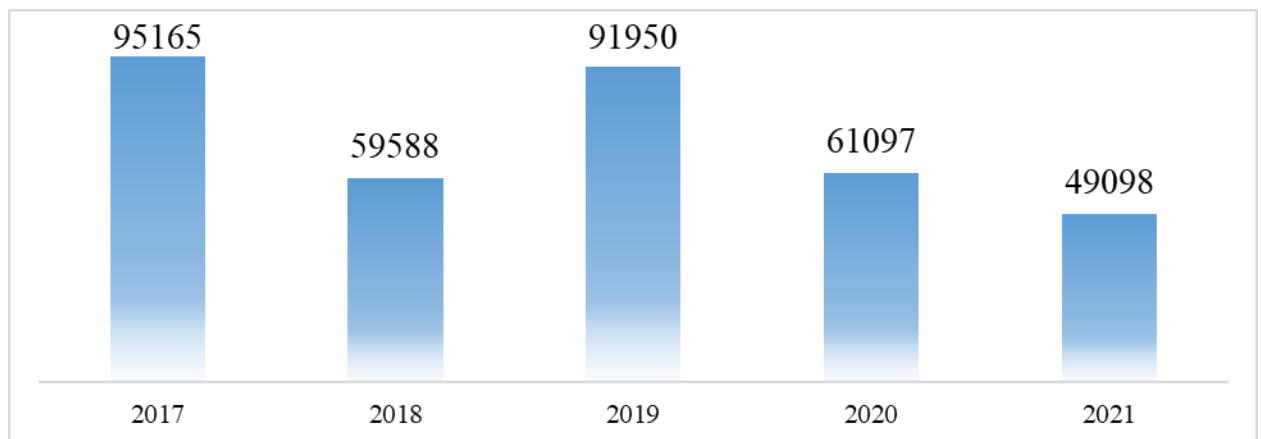


Рис. 2.3. Динаміка фонду оплати праці КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 рр.

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку Д

Далі, проаналізуємо динаміку звернень населення до КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» за період 2017-2021 рр. згідно даних Дод. Г. (рис. 2.4).

Число відвідувань закладу у 2017 році становило 95165 осіб, що на 46067 осіб більше ніж у 2021 році, в межах якого чисельність відвідувань становила 49098 осіб.

Число відвідувань лікарів протягом 2018 року зменшилося і склало 59588 осіб, що нижче ніж у 2017 році. Зменшення цієї кількості у порівнянні з 2017 роком (35577 особа) можна пояснити зменшенням загального числа фізичних осіб лікарів у закладі.

Число відвідувань лікарів пацієнтами протягом 2019 року склало 91950 осіб проти 59588 осіб у 2018 році.

Число відвідувань до лікарів впродовж 2020 року склало 61097 проти 91950 осіб у 2020 році. Як можемо бачити, через поступове зниження кількості лікарів фізично, знизилася значення осіб, яких було прийнято на прийомі.

У 2021 році тенденція продовжилася і значення становило 49098 осіб.

Загалом варто відзначити, що динаміка характеризується зміною тенденцією впродовж всього досліджуваного періоду.

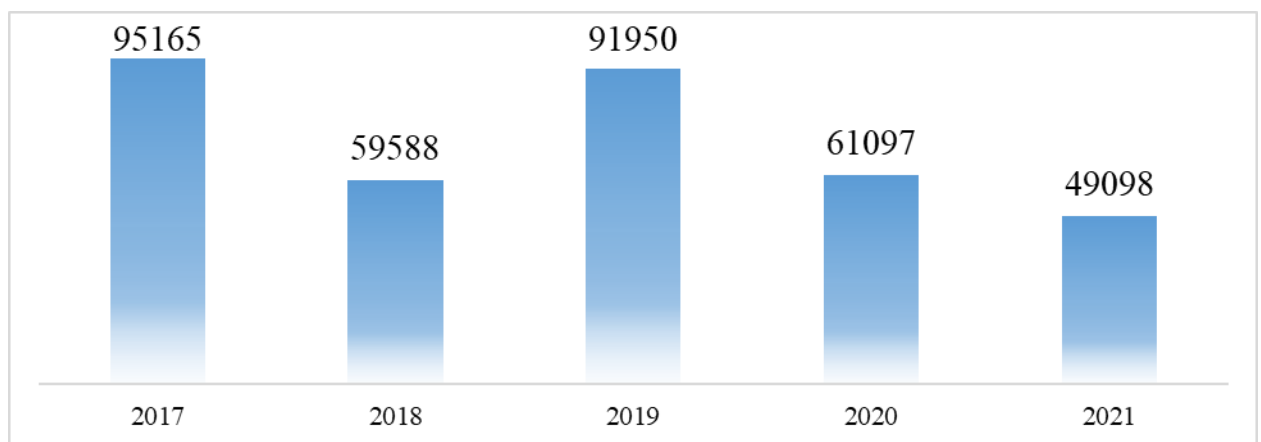


Рис. 2.4. Динаміка загальної кількості відвідувань лікарів включно з профілактичними оглядами в КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 рр., осіб

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку Г

Ще одним досить інформативним показником ефективного використання потенціалу закладу охорони здоров'я виступає аналіз наявного ліжкового фонду, який подаємо у вигляді рис. 2.5.

Загалом, в межах КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2020 років функціонувало 133 ліжок, кількість яких знизилось до 109 ліжок у 2021 році, що на 24 ліжок менше ніж у 2017 році.

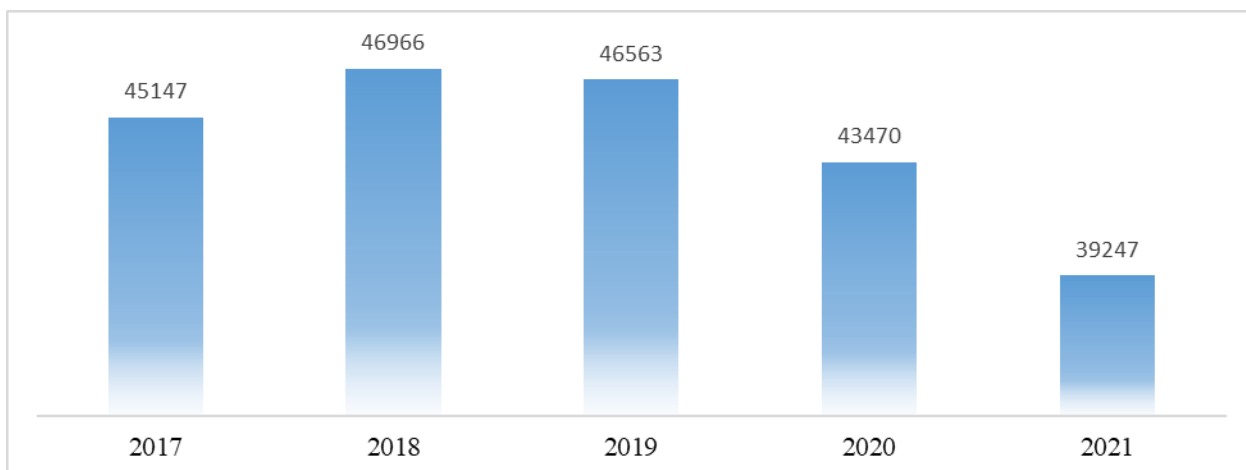


Рис. 2.5. Динаміка кількості ліжко-днів проведеними хворими у КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 рр., днів

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку Г

На рис. 2.5 спостерігаємо динаміку заповнення наявних ліжко-місць впродовж досліджуваного періоду. Зокрема, спостерігаємо, що показник знизився впродовж 5 років з 45147 до 39247 днів, що можна пояснити зниженням кількості ліжок фізично.

З рис. 2.6 спостерігаємо, що показник виписаних хворих є меншим, аніж тих осіб, які надійшли на лікування. Така ситуація спостерігається впродовж всього періоду.

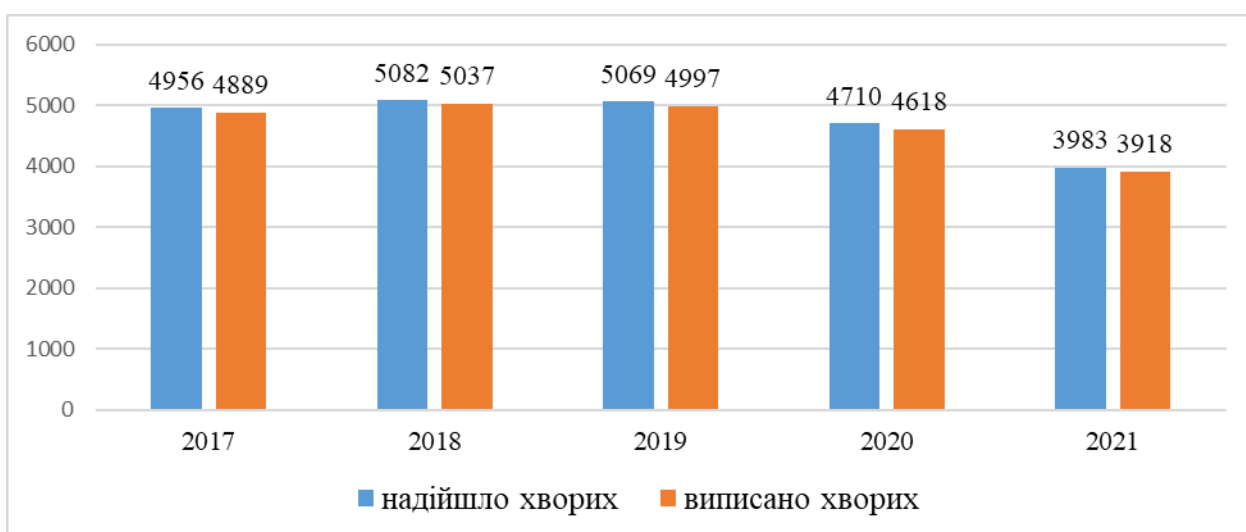


Рис. 2.6. Динаміка кількості хворих, що поступили на лікування та були виписані у КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 рр., днів

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку Г

Як видно з Дод. Г, кількість померлих осіб з 48 осіб у 2017 році зросла до 139 осіб у 2021 році, що свідчить про актуальність теми дослідження, а саме необхідності впровадження ризик-менеджменту в дослідженому закладі.

Далі, вважаємо за доречне проаналізувати опероздатність медичного закладу.

На рис. 2.7 спостерігаємо, що впродовж 2017-2021 років кількість операцій значно скоротилася як в амбулаторно-поліклінічному закладі, так і в стаціонарі КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня».

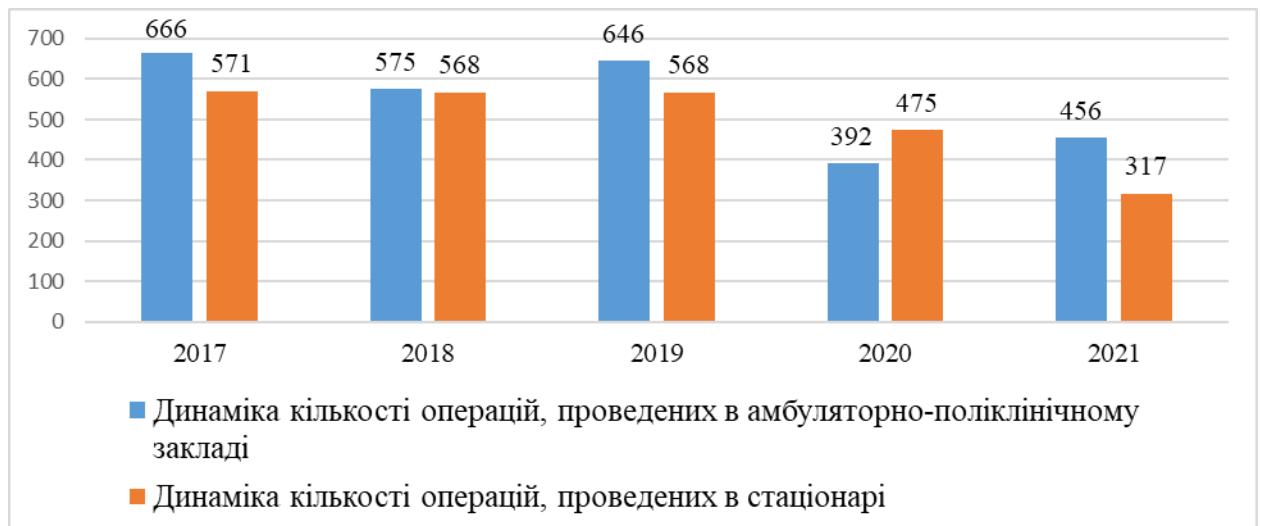


Рис. 2.7. Динаміка кількості операцій в КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» впродовж 2017-2021 рр., од

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку Г

Кількість жінок, охоплених цитологічним скринінгом структурними підрозділами КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» щороку знижувалася і становила в 2021 році 265 осіб, що на 2374 нижче, аніж у 2017 році (рис. 2.8).

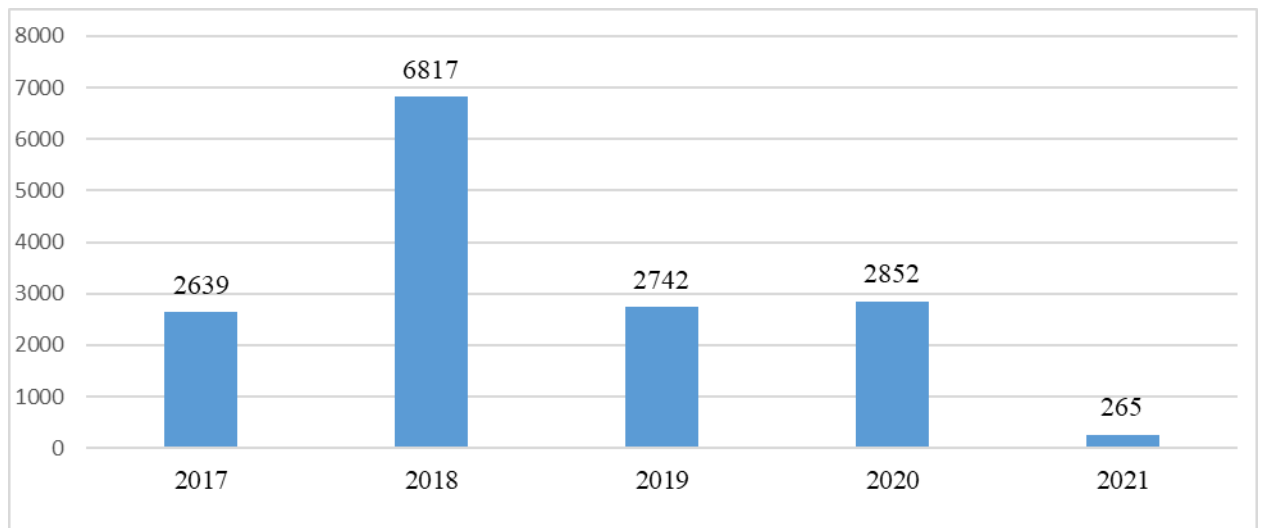


Рис. 2.8. Динаміка кількості жінок, охоплених цитологічним скринінгом за 2017-2021 рр.

Джерело: побудовано за матеріалами Додатку Г

Таким чином, аналізуючи стан господарської діяльності досліджуваного медичного закладу впродовж 2017-2021 років спостерігаємо наявність негативної тенденції розвитку, а саме зниження відсотку укомплектованості закладу.

Збільшення кількості вибулих осіб, посилення фізичного навантаження на медичний персонал, що також пояснюється змінами у штатному розписі КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня», в першу чергу зниження штатних позицій середнього медичного персоналу, не дивлячись на значну кількість різнонаправлених спеціалістів.

Аналізуючи дані, спостерігаємо зниження чисельності ліжок в стаціонарі, відповідно зменшення кількості осіб, які перебували на лікуванні та, відповідно, значне зростання смертності, що ще раз актуалізує обрану тему кваліфікаційної роботи.

Саме тому, вважаємо за доцільне розглянути процедуру впровадження ризик-менеджменту в КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» в сучасних умовах підвищеного ризику та невизначеності умов господарювання.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕДУРИ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Передумови до впровадження процедури управління ризиками в закладах охорони здоров'я

Діяльність з управління ризиками та подальших кризових ситуацій, особливо в медичних установах, являє собою комплекс заходів, метою яких є передусім здійснити контроль за кризовими явищами, використовуючи цілеспрямовані дії щодо їх вирішення і з метою уникнути небезпеки, яку вони несуть. Своєчасні дії спрямовують її направленість у сприятливу сторону через канали зв'язку та діяльності, щоб не дозволити вийти з-під контролю та перерости у конфлікт.

Запобігання конфлікту є частиною процесу управління ризиками та перевірки криз від нього. Кожен ризик і будь-яка криза є загрозою для діяльності медичного закладу і самі по собі є унікальною. Кожен прийнятий ризик та подальші кризові ситуації, незалежно від їх сутності, характеризуються часом, можливістю зростання та елементом подиву, оскільки існує можливість маневрування між тими чи іншими рішеннями та альтернативами, які безпосередньо корелюють з медичним обслуговуванням, терміновістю догляду, тяжкістю захворювання, станом пацієнта та відсутністю можливості внести корективи при неправильному ухваленні рішення, тому що медичне обслуговування надається в даний момент, і результат може зберегти видимий слід часу.

Прийняття управлінських рішень щодо зміни діяльності, зміни організації робочого процесу, оптимізації робочого місця, впровадження різних моделей роботи тощо є ризиком і призводять до виникнення кризової ситуації.

Криза завжди розвивається дуже швидко, в гострому дефіциті часу для освоєння суперечностей, що виникають, і в потребі відновлення порушених правил системи (найчастіше через неадекватну комунікацію: неправильну передачу, неправильне сприйняття, неправильні тлумачення).

На початковому етапі досі відсутнє коригування та методи впливу, що призводить до поглиблення, а часто й ескалації кризи, яка переростає у конфлікт в певній організації. Коли є час для адекватної реакції та дій, спрямованих на збереження встановлених для системи правил, це відбувається на нижчому рівні.

Можливість збільшення загрози пов'язана з певним максимумом і може зруйнувати систему та її правила, якщо її не зупинити вчасно.

Елемент несвоєчасності в закладах охорони здоров'я здебільшого пов'язаний з людським фактором і не може бути втрачений, незважаючи на можливість відслідковувати накопичення кризових факторів, аналізуючи та прогнозуючи їх до певної міри.

Подив виражається не так на початку вжитих ризикових дій, що ведуть до кризи, як у процесі його перебігу. Як правило, події розходяться з очікуваннями, а криза призводить до того, що їх не можна передбачати. Криза містить небезпеку ескалації як для працівників, так і для тих, хто потребує медичних послуг і може призвести до того, що ланцюгові реакції не контролюватимуться.

Наслідки можуть бути неочікуваними та принести шкоду, яка сильно впливає на елементи систем, що не вивчають ці процеси.

Співробітники різних організаційних рівнів, поміщені в ситуацію з ризиком, по-різному реагують на опір екстремальним реакціям на ненормальний (відмінне від звичного, рутинного) вплив на них, починаючи з реагуванням на тривогу.

У стані стресу допускаються помилки, приймаються поспішні рішення, має місце неправильне тлумачення необхідних завдань. Найчастіше співробітники реагують з опором, що проявляється у розробці засобів,

спрямованих на боротьбу зі стресорами (факторами, що викликають стрес і ризикову ситуацію), що призводить до зміни (кризи) в організації діяльності. Саме роль безпосередніх керівників має першорядне значення для вивчення ставлення до змін, для приведення робочого процесу до майбутніх або вже змін, організації часу діяльності і перерозподілу завдань. Щоб не настав хаос у структурах та серед співробітників, необхідно правильно вести спілкування. Розробка критеріїв оцінки прийнятого ризику та подальша ескалація кризи в основному зводяться до ескалації поведінки та ескалації відносин у процесі лікування, які мають бути освоєні своєчасно, використовуючи надані можливості ситуації та людей. Необхідно проводити періодичну оцінку ризику як медичного закладу як організації, так і всіх окремих структур, місць і заходів, де провадиться трудова діяльність або проводиться навчання, незалежно від форми організації, типу власності та нормативного підґрунтя функціонування. Необхідно чітко визначити поняття, що стосуються діяльності та основних елементів ризику, кризових ситуацій та їх управління.

Управління організацією охорони здоров'я необхідно розробити програму управління ризиками у трьох напрямках:

I. Заходи щодо прогнозування та управління ризиками в організації:

1. Аналіз наявної інформації про минулі оцінки ризику, кризи та реорганізації діяльності та структур. Аналіз середовища, конкурентів та позиціонування організації у сфері медичних послуг. Аналіз встановлених практик провідних медичних закладів та наслідків для організації та серед суспільства.

2. Формування керуючої команди кваліфікованих фахівців, які знають та пов'язані з діяльністю та координуючими етапами прийняття ризиків та оволодіння кризовою ситуацією.

3. Розробка чіткого плану дій, визначення завдань та термінів їх виконання, відповідальних осіб відповідно до їх компетенцій, визначення каналів зв'язку.

4. Інформування безпосередніх керівників про прийняті рішення та можливі ризикові ситуації.

5. Проведення щоденних зустрічей з керівниками оперативного рівня для аналізу діяльності та своєчасного здійснення коригувальних дій з урахуванням предмета діяльності (надання медичних послуг).

6. Купівля та встановлення необхідних організаційно-технічних, технологічних та особистих захисних засобів.

7. Приведення факторів робочого середовища відповідно до вимог нормативного регулювання (мікроклімат, шум, пил, токсичні та інші речовини; вібрація; освітлення; випромінювання тощо). Періодичний контроль факторів середовища, таких як інформація, включається в оцінку ризику на робочому місці або процесі надання медичних послуг.

8. Визначення психосоціальних ризиків, які пов'язані з недоліками у виконанні діяльності співробітниками, частими прогулами через хворобу від роботи, а також підвищеним ризиком нещасних випадків при наданні медичної допомоги, ризиком для здоров'я співробітників і є серйозною передумовою неефективного виконання трудової діяльності, і навіть сприяє подальшому вирішенню поставлених завдань.

9. Вибір відповідного методу в оцінці ризику залежно від специфіки оцінених структур (відділень) та діяльності (процеси надання лікувально-діагностичної діяльності).

10. Кінцевий результат оцінки ризику у медичному закладі безпосередньо пов'язані з його управлінням.

Менеджмент повинен визначати рівні допустимості встановленого ризику та при врахуванні необхідності застосовувати адекватні заходи для його усунення, зниження до допустимих рівнів з урахуванням дій та ефективності вжитих заходів. Будь-яка конкретна ситуація, що прогнозує кризу та ескалацію конфліктів, потребує окремого аналізу для кожного елемента конкретної небезпеки в лікувально-діагностичній діяльності,

визначення джерела цієї небезпеки, а також конкретних осіб, які наразилися на цю небезпеку;

11. Введення розпоряджень для передової практики у структурах відносно працівників та діяльності, покращення матеріально-технічної бази.

II. Діяльність з управління ризиками, організація процесів надання медичних послуг у структурах (програма, спрямована на управління ризиками та середовище для співробітників):

1. Аналіз існуючої документації, розпоряджень, протоколів та іншої документації медичної установи та структури, що стосуються організації діяльності, процесів надання медичних послуг.

2. Проведення своєчасного вивчення відносин персоналу, аналіз оперативної інформації про можливі ризики в окремих відділах та пов'язаних з ними діях, визначення можливого формування опору чи конфліктів.

3. Встановлення чітких та конкретних завдань із встановленим терміном та зворотного зв'язку для виконання.

4. Кожен процес або діяльність вимагає її розробки та підписання правил, протоколів і процедур.

5. Для кожної діяльності / процесу та їх етапів докладно описуються всі кроки, можливі ризики, напрями та алгоритми поведінки, а також своєчасно документуються та за необхідності коригують діяльність;

6. Вчасно ознайомлювати персонал з остаточними рішеннями, проводити інструктаж, вказувати канали зв'язку та способи спілкування, негативи, що сприяють проведенню коригувальних заходів за необхідності;

7. Створення оперативних команд для відстеження, документування та звітності, за необхідності, керівної команди про результати, можливі ризики, що виникають в кризових ситуаціях, конфліктах та напрузі, без порушення балансу інтересів.

Для виявлення потенційних загроз необхідно побудувати та запустити систему раннього попередження, що значно підвищує ймовірність її запобігання.

8. На основі зібраних даних про запуснені процеси, визначення слабких місць, можливі загрози, для розробки правил із конкретними завданнями стабілізації чи завершення процесів. Це не значить, що криза завершена чи вирішена.

9. Запобігання професійним ризикам, скорочення та запобігання несприятливим впливам на здоров'я співробітників та покращення умов роботи.

10. Якщо, незважаючи на проведені заходи, криза не подолана, прийняття формату конфлікту, що вимагає визначення термінів, які варто коригувати по відношенню до процесів та ресурсів медичної установи;

11. При плануванні діяльності, спрямованої на створення майбутньої безпечної діяльності та процесів з надання лікувально-діагностичної допомоги, результати оцінки ризиків є основою для їх планування у структурі відновлення, яка також пов'язана з плануванням та наданням коштів та ресурсів, необхідних для її проведення та управління, основною метою якої виступає обмеження та мінімізація ризику в джерелах його виникнення для співробітників.

12. Дотримання нормативних актів та застосування єдиних та галузевих правил для забезпечення здорових та безпечних умов праці в медичних установах;

13. Надання умов для санітарно-побутових та медичних послуг працівникам. Постійне покращення безпеки та здоров'я працівників на робочому місці, що є необхідною умовою для підвищення загальної продуктивності підприємства

III. Заходи з управління ризиками та пов'язані з обслуговуванням пацієнтів медичного закладу:

1. При впровадженні діяльності, що стосується лікувально-діагностичних процесів для пацієнтів, потрібна розробка детальних угод про кожен процес з перевагами, ризиками та, можливо, несприятливими наслідками для пацієнта;

2. Моніторинг діяльності та ситуацій, що вимагають активації співробітників та збору додаткових даних;

3. На основі спостережень та зібраної документації про процеси розроблено політику прийняття ризиків та подолання криз, пов'язаних з медичною діяльністю, для покращення процесів лікування та діагностики, а також розробки планів реагування для запобігання виникненню протистояння, що призводить до зіткнень, є передумовою дестабілізації процесів та структур.

Продовжується збір інформації для уточнення ситуації з фактичної точки зору, визначаючи причини, цілі та стратегію подальших дій.

4. При плануванні діяльності, спрямованої на створення майбутньої безпечної діяльності та процесів з надання лікувально-діагностичної допомоги, результати оцінки ризику є основою їхнього планування в структурі лікування, яка пов'язана з їх споживанням пацієнтами, основною метою яких є обмеження та мінімізація ризику їх прийому пацієнтами, контрагентами та іншими користувачами цих послуг.

5. Проведення досліджень щодо задоволеності обслуговуванням; розгляд скарг під час прийому, у процесі обслуговування та при виписці з медичного закладу;

6. Проведення внутрішнього аудиту діяльності, процесів та прийняття своєчасних коригувальних рішень для їх покращення.

Для кожного робочого місця у медичному закладі, для кожної діяльності необхідно провести аналіз, а в оцінці ризику встановити допустимість зазначеного ризику та необхідність застосування заходів щодо його профілактики або зниження та обмеження.

Основним завданням управління виступає створення організаційної структури чи відділу, посадовими обов'язками якого буде проведення оцінки ризику. При цьому важливо в таку структуру включити співробітників як для здійснення такої оцінки, так і в контроль та наступні коригувальні дії робочого середовища та процеси з надання лікувально-діагностичної

діяльності. Шляхом присвоєння особистих обов'язків скорочуються конфліктні ситуації та напруженість серед медичних працівників, а витрати на забезпечення більш високого рівня захисту робочих місць та процесів у структурі медичного закладу стає більш надійною інвестицією, що забезпечують якість медичних послуг, ширший ринок та рентабельність медичного закладу. Необхідна тісна колаборація зі службами трудової медицини, відповідальними особами з охорони праці, а також із представниками медичних та немедичних фахівців. Ефективна взаємодія між суб'єктами всієї системи допоможе покращити робоче середовище, обслуговування пацієнтів та надання якісних послуг у цьому секторі.

Таким чином, варто відзначити, що не дивлячись на розвиток економіки та соціальних відносин, закладам охорони здоров'я доводиться пристосовуватися до значних змін та подій, які торкаються не лише питань забезпечення здоров'я та безпеки на роботі, а й безпеки пацієнтів в умовах ризику для здоров'я.

Процеси, що відбуваються в умовах кризи, викликають неминучу зміну, яка значно впливає на умови праці конкретних робочих місць, на психіку працюючих, на обов'язки і всі наслідки, що випливають із конкретних управлінських рішень. Прийняті рішення та дії щодо захисту, зміцнення та підтримки здоров'я, працездатності та готовності працівників до роботи в умовах ризику мають медичні та соціально-економічні результати. Діяльність в умовах кризи спрямована на покращення безпеки робочого середовища, організацію безпечних умов для співробітників та пацієнтів, покращення каналів зв'язку та підвищення культури на робочому місці. Умови праці виступають фактором організації вхідних та вихідних процесів закладів охорони здоров'я, впливають на спілкування, задоволеність працюючих та хворих, які стосуються захворюваності працюючих.

Матеріальне забезпечення матеріалами, технікою та факторами, що впливають на робоче середовище (такими як робоче обладнання, захисні засоби, медичне та немедичне приладдя) займає превалюючу роль процесах

роботи в умовах ризику. Зростає важливість та роль нематеріальних факторів, таких як робочий час, безпека роботи, розклад, реорганізація процесів у структурах, тренінги, обізнаність, командність тощо.

Сьогодення вивело на лідируючі позиції політику профілактики організації праці, здорових та безпечних умов праці та турботою про персонал. У Болгарії працівники закладів охорони здоров'я, наприклад, перебувають під впливом стресових умов праці, та його мотивація постійно знижується чи порівняно низька через різномірні чинники, які негативно впливають на психіку та фізичну форму.

Існує нагальна необхідність впровадження гнучких ефективних заходів для вирішення проблем, пов'язаних із особистим захистом на робочому місці персоналу. Створення ефективного середовища шляхом покращення умов праці потребує належної уваги з боку керівників, адекватної підтримки з боку адміністрації, професійних відносин та організаційного клімату, хорошого спілкування.

Оцінка на робочому місці визначає управління професійним ризиком та є основою діяльності кожного керівника закладів охорони здоров'я для покращення умов праці, для працюючих медичних та немедичних фахівців та для споживачів медичних послуг.

Поліпшення управління умовами праці, турбота за персонал відносно їх безпеки та створення оптимально захищеного робочого середовища дають змогу підвищити задоволеність роботою, утримання персоналу в організації та зменшити плинність кадрів. Політика управління людськими ресурсами має бути спрямована на турботу та опіку за співробітниками, створення сталого робочого середовища, гнучкого процесу та діяльності, ієрархічних зв'язки, безпеку каналів зв'язку та взаємодію. А також, що вкрай важливо, надання якісної медичної допомоги.

3.2. Алгоритм впровадження ризик-менеджменту в закладах охорони здоров'я

Ризик-менеджмент закладами охорони здоров'я, в основному, застосовуються з метою зниження кількості несприятливих наслідків роботи. Це стосується не тільки ризиків, пов'язаних з наданням медичної допомоги, а й фінансових, організаційних, правових. Так, у міжнародних стандартах ISO 9001:2015, за якими працюють передові медичні заклади, є поняття «ризик-орієнтоване мислення», що являє собою організаційні заходи, технології та методи для управління ризиками, які впливають на досягнення стратегічних цілей організації.

Медичний заклад здатен самостійно обрати базовий стандарт управління ризиками:

- ISO/IEC Guide 73:2002 – керівництво Міжнародної організації зі стандартизації та Міжнародної електротехнічної комісії «Управління ризиками. Словник»;

- COSO ERM – модель управління ризиками підприємства Комісії Спонсорських Організацій Тредуея;

- FERMA (Federation of European Risk Management) Association).

На цьому етапі медичний заклад призначає відповідальних з ризик-менеджменту, а також відображає цілі та завдання у відповідних документах:

- політика управління ризиками;
- декларація про ризики (реєстр ризиків);
- план запобіжних дій;
- карти ризиків;
- кількісна оцінка наслідків та ймовірності ризиків;
- критерії оцінки рівня ризиків;
- стандарти, правила та нормативи з управління ризиками.

Першим етапом алгоритму виступає процес проведення ідентифікації ризиків шляхом здійснення аналізу інформації про фактори, які можуть впливати на медичний заклад.

Необхідним є оцінка слабких сторін медичної установи, що можуть бути причиною несприятливих наслідків та зовнішніх загроз.

При вивченні впливу середовища, потрібно виокремлювати зовнішнє середовище непрямого впливу: політика, економіка, соціально-культурні фактори, зміни законодавства, природні чинники та зовнішнє середовище прямого впливу: постачальники, споживачі, конкуренти, акціонери, місцеві та урядові органи, ділові партнери, кредитори.

Аналіз внутрішнього середовища включає: кадри, культуру, ресурси медичного закладу.

Для його виявлення слід провести опитування серед співробітників медичної установи.

Для підвищення інформативності наповнення та можливості розподілу ризиків, вважаємо, доречним розділити анкети на 2 групи респондентів: медичний та немедичний персонал.

Для наочності даного методу, вважаємо за доцільне, навести приклад шаблону SWOT-аналізу, який є найбільш доречним для опису ризиків медичних установ (рис. 3.1).

При проведенні SWOT-аналізу необхідним є максимальне врахування ризиків, з якими стикається медичний заклад за усіма напрямками своєї діяльності.

Наступною дією є формування переліку основних ризиків медичної установи. За кожним із ризиків необхідно визначити ступінь впливу – високий, середній, низький.

На етапі вдосконалення ризик-менеджменту медична установа може використовувати більш складні форми реєстру ризиків, наприклад, подані в ДСТУ ISO 31010:2013 «Менеджмент ризику. Реєстр ризику. Правила побудови».

Зовнішнє середовище медичної установи		Внутрішнє середовище медичної установи	
Можливості		Сильні сторони	
Позитивні	- ріст народжуваності; - ріст купівельної спроможності; - вихід на новий ринок; - розширення спектра послуг; - вихід на постачальників з більш низькими цінами; - зниження розходів за рахунок автоматизації.	- кваліфікація медичного персоналу; - кваліфікація адміністративного персоналу; - технічне спорядження; - рівень сервісу; - рівень лояльності; - наявність унікальних послуг.	
	Загрози розвитку	Слабкі сторони	
Негативні	- значне зниження народжуваності; - високий рівень безробіття; - зниження купівельної спроможності; - зростання цін на витратні матеріали; - більш жорсткі вимоги до лікарень.	- професійний розвиток персоналу; - маркетингова активність; - місцезнаходження; - цінова політика	

Рис. 3.1. Шаблон для проведення SWOT-аналізу в медичних установах

Джерело: [30]

Важливим є проведення класифікації. При цьому необхідно виокремлювати окремі групи ризиків при наданні медичної допомоги: діагностичні, лікувальні, ідентифікаційні, реабілітаційні та інші. При цьому інші класифікують за стандартом управління ризиками.

Найпростіший та найбільш зрозумілий підхід пропонує стандарт FERMA. У ньому виокремлюють такі групи ризиків:

1. Стратегічні – у сфері довгострокових цілей організації. Питання капіталу, політичні ризики, зміни законодавства, репутації та іміджу, змін у навколишньому середовищі.

2. Операційні – у сфері поточних питань діяльності організації.

3. Фінансові – у сфері кредитних коштів, зміни курсу валют, рух процентної ставки.

4. Управління знаннями та інформацією – інтелектуальна власність, зберігання та використання інформації, комерційна таємниця.

5. Регулятивні, або ризики відповідності – у сфері законодавства, в тому числі змін з охорони праці, прав споживачів, техніки безпеки.

За ризиками, які мають найбільший вплив на медичну установу, проводять більш детальну деталізацію.

Наступним етапом варто оцінити виявлені ризики та можливі наслідки, як результат скласти анкету оцінки ризиків. Її може розробити самостійно кожний підрозділ.

За результатами даного аналізу варто сформулювати спеціальний паспорт із переліками усіх можливих ризиків.

Медичні заклади практикують різні методи вимірювання за наслідками та ймовірностями подій. Одні віддають перевагу п'ятивимірній матриці, інші - тривимірним. У такому випадку для вимірювання наслідків медичної установи слід використовувати показники, які характеризують фінансові втрати в медичній установі.

Для оцінки ймовірності реалізації ризику застосовують високий, середній та низький рівень ймовірності та кількісну оцінку (від 1 до 5).

Варто звернути увагу на те, що відсутня ціль точно визначити ймовірність чи фінансові наслідки, достатньо приблизно оцінити.

При розробці анкети оцінки ризиків можна використовувати типову анкету, яку пропонує COSO з моделі управління ризиками.

Дана анкета складається з 9 розділів: управління активами, відповідність, загальне керівництво, люди, захист навколишнього

середовища, бізнес-модель та управління змінами, фінанси, продукти та послуги, технологія виробництва та інформаційні технології. За результатами відповідальна особа визначає ризики за основними розділами діяльності медичного закладу.

Результати анкетування за типовим шаблоном COSO подано на рис. 3.2. Дане анкетування було проведено Медичним центром On Clinic перед тим як отримати сертифікацію ISO.

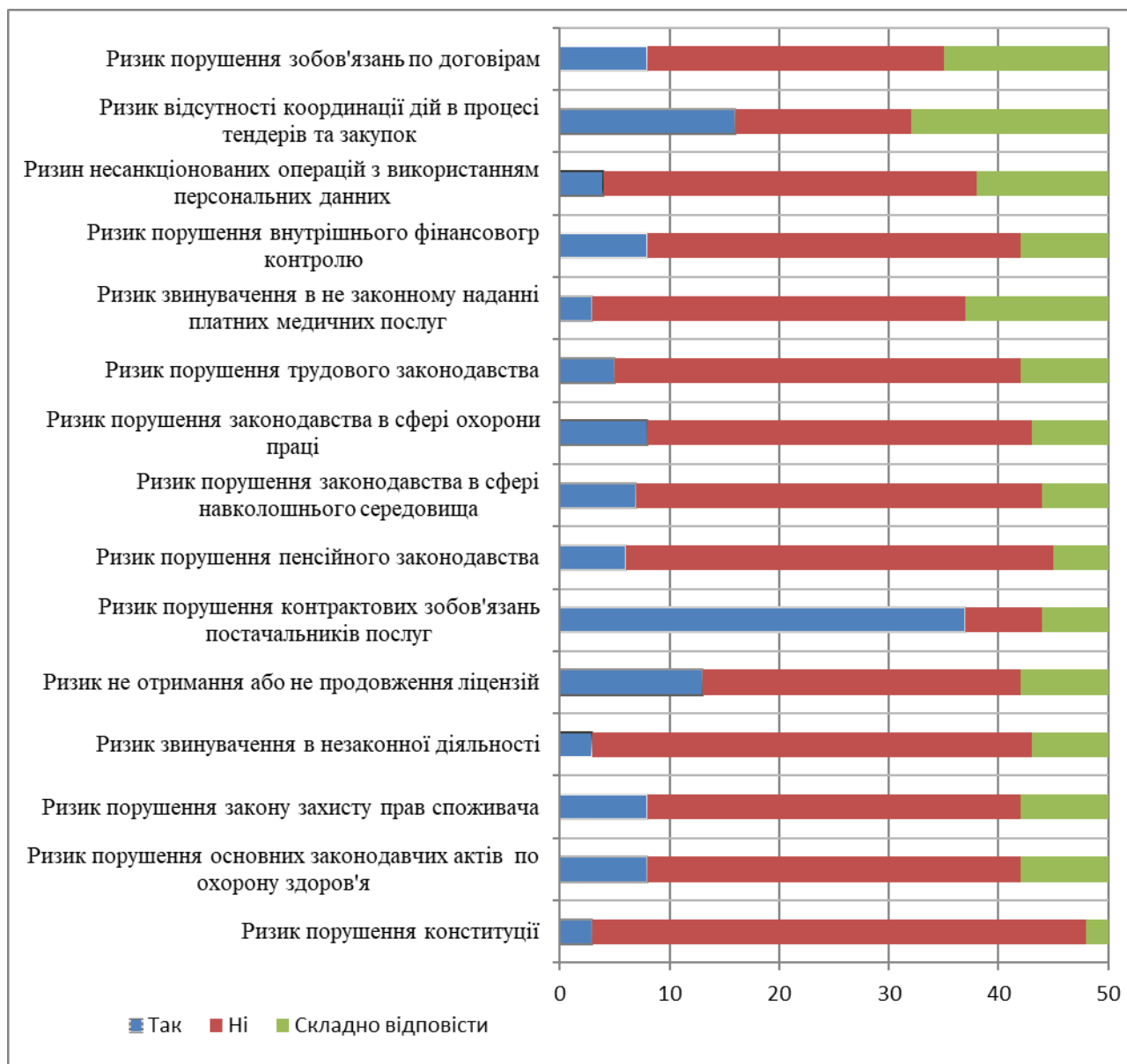


Рис. 3.4. Підходи до управління ризиками на підприємстві

Джерело: [30]

За результатами анкетування респонденти:

- зазначили наявність ризиків збою у процесах моніторингу, звітності чи аудиту (78 %);
- позначили високий ризик плинності ключових цінних працівників (76 %);
- дали позитивну відповідь на питання про наявність ризиків, пов'язаних із наймом персоналу на постійній або тимчасовій основі (56 %);
- виокремили ризик для репутації внаслідок заяв конкурента чи ЗМІ, що ґрунтуються на фактичній чи хибній інформації (56 %).

Як результат Медичний центр проаналізувавши відповіді, виокремили притаманні проблеми та визначила способи їх вирішення.

Виявили високий ризик порушення контрактних зобов'язань із боку постачальника. Якщо дану проблему не вирішити, то можливі порушення при планування, неповний облік реальних потреб.

Існує ризик, що медичну послугу не вдасться надати через відсутність медикаментів або витратних матеріалів. Це спричинить порушення зобов'язань медичної установи перед споживачами. Рішення – зміцнити домовленість з поточним постачальником або знайти іншого, більш надійного.

Виділили ризики порушення контрактних зобов'язань, невідповідності дій у процесі тендерів та закупівель.

Як профілактика вирішили провести діагностику системи керування, а також контроль закупівель.

Важливим етапом даного алгоритму є формування карти ризиків, що є універсальним інструмент візуалізації інформації.

Карту ризиків можна побудувати для всього медичного закладу, окремих відділень, напрямів діяльності або для окремого проекту, програми. Карта дозволяє поглянути на ризики зі стратегічної та тактичної позиції, встановити зони відповідальності та розподілити ресурси. З її допомогою простіше зрозуміти, чи потрібно змінювати контроль за ризиками чи переглядати механізми управління.

Наступним етапом виступає вибір інструментів та методів управління ризиками, що можливе шляхом розробки спеціальної програми цільових заходів з управління ризиком, формування плану попереджувальних дій. Наприклад, для контролю ризиків ідентифікації пацієнта розробляють регламент роботи, складають детальний підрахунок видатків, навчають персонал, купують ідентифікаційні браслети, допрацьовують інформаційну систему, організують безперервний моніторинг процесу ідентифікації, визначають розмір потенційних збитків у разі, якщо ризик буде реалізовано (наприклад, пацієнту запровадять не той препарат).

Щоб знизити ризики помилок, медичні установи підвищують якість та безпеку медичної діяльності, ефективність праці працівників. Проводять внутрішній контроль якості медичної допомоги, аудит системи менеджменту, фінансовий аудит. Аналізують, чи відповідає медична установа вимогам до діяльності, законодавству, нормативам та вимогам, стандартам та порядкам надання медичної допомоги.

Для впливу на фінансові ризики медичні установи укладають договори страхування на випадок, якщо контрагент не зможе поставити обладнання, медикаменти або вироби медичного призначення.

Через економічні ризики є ймовірність, що медична установа отримає менший розмір субсидій. Щоб підстрахуватися, медичні установи створюють резерви на покриття непередбачених видатків. Їх краще не використовувати для компенсації витрат через помилки у роботі лікарів. Поточні витрати резерву варто постійно моніторити та оцінювати, щоб був залишок на покриття майбутніх ризиків.

Наступним етапом є не менш важливий – оцінка результативності та ефективності управління ризиками. З цією метою потрібно постійно проводити моніторинг системи ризик-менеджменту, постійно оновлюючи нові фактори ризиків.

Важливо оцінювати ефективність стратегії ризик-менеджменту. Співробітники кожного відділу відзначають по три найбільш важливі ризики,

з якими стикається заклад. Кожен оцінюють за шкалами «важливість», «ефективність управління». Підраховують різницю – бал невідповідності.

Позитивна різниця означає незадовільне управління ризиками, а негативна – надмірне.

Після заповнення таблиці співробітникам доречно запропонувати відповісти на низку питань, що характеризують систему ризик-менеджменту.

Приклад схеми процесу управління ризиками в медичній установі подано на рис. 3.3.

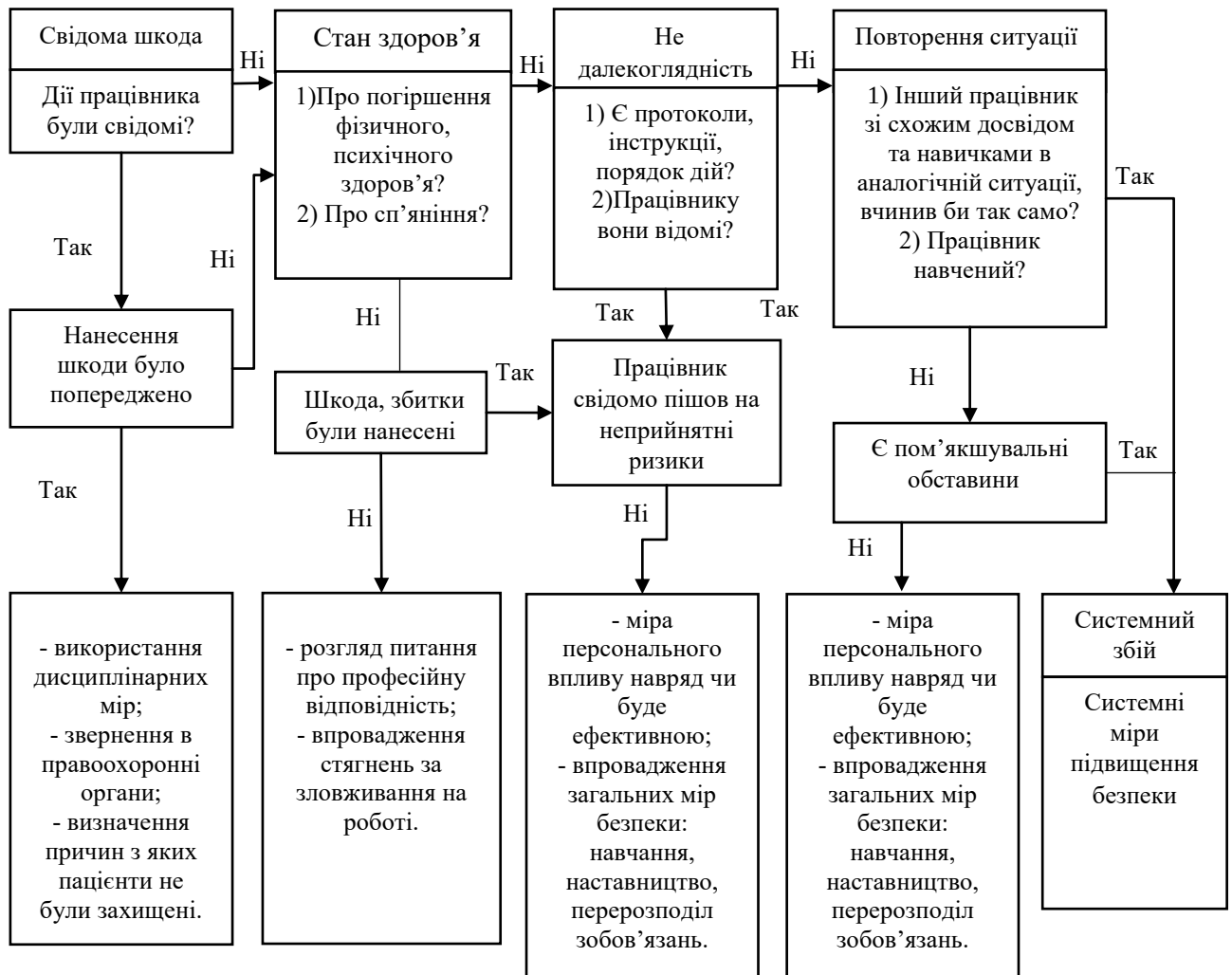


Рис. 3.3. Блок-схема процесу управління ризиками медичної установи

Джерело: сформовано автором

Не менш важливим інструментом успішного алгоритму впровадження системи ризик-менеджменту є розробка відповідного стандарту в медичній установі «Управління ризиками медичної установи». В ньому викладено

основні підходи медичної установи до управління ризиками, закріплена єдина термінологія, відповідальність, розділи робіт з управління ризиками, технології ідентифікації, оцінки, обробки, документування ризиків.

У стандарті має бути розглянуто процес управління ризиками на управлінському рівні.

На основі цього стандарту згодом потрібно розробити підходи до управління ризиками за всіма розділами діяльності медичної установи.

Таким чином, дослідження теоретичних і методичних підходів до впровадження процесу управління ризик-менеджментом в закладах охорони здоров'я дозволило сформулювати такі основні висновки та пропозиції:

1. Управління ризиками необхідно розглядати як самостійну суть, структуру, елемент системи бізнес-процесу і як об'єкт управління.

2. В будь-якому закладі необхідно вести ефективну і результативну систему управління ризиками, тобто заклад повинен розраховувати ефективність і результативність по всьому ланцюгу ключових бізнес - процесів незалежно від галузі її діяльності.

3. Постійне ухилення від ризиків призводить до недоотримання прибутку і втрати фінансової стійкості. Важливо чітко усвідомлювати можливі ризикові ситуації, що можна зробити тільки шляхом застосування системного підходу до ризик-менеджменту.

4. План розвитку та поліпшення системи ризик-менеджменту повинен визначати процес управління ризиками. Метою даного плану є інтеграція системи ризик-менеджменту у всі ключові напрямки діяльності.

5. Система ризик-менеджменту є частиною загальної системи інтегрованого менеджменту медичного закладу, яка спрямована на забезпечення функціонування, обслуговування, вимірювання, контроль і поліпшення процесів управління. Необхідно об'єднання системи ризик-менеджменту та загальної системи управління підприємством.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження теоретичних, методичних та практичних аспектів впровадження процедури управління ризиками в закладах охорони здоров'я було зроблено такі висновки.

Управління ризиками стає все більш популярним напрямком для розвитку медичних установ, зокрема та організацій вітчизняної системи охорони здоров'я. Незважаючи на незначний досвід застосування методів та інструментів ризик-менеджменту в медичній практиці, все більше й більше установ ставлять собі за мету впровадження систем управління ризиками, зокрема й досліджуваний нами КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня».

Виходячи з аналізу господарської діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я, варто відзначити, що для закладу характерною є негативна тенденція як у обсягах фінансування, так і в показниках результативності діяльності.

Спостерігаємо зниження укомплектованості як лікарями так і старшим медичним персоналом. Окрім того, варто відзначити про зниження результативності, яка проявилася в кількості осіб, яких було оглянуто. Варто відзначити про підвищення показника смертності серед пацієнтів, що свідчить про необхідність впровадження дієвих інструментів реагування зі сторони керівництва. Одним із яких і є запропонована система ризик-менеджменту.

У процесі розробки процедури управління ризиками в і КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» було вивчено та проаналізовано досвід використання оцінки ризику та управління інцидентами у вітчизняних та зарубіжних медичних установах. Крім вивчення досвіду інших організацій даної сфери діяльності, було проведено аналіз вимог міжнародних та національних стандартів у галузі ризик-менеджменту ризику.

В рамках формування ризик-менеджменту було розроблено процедуру моніторингу інцидентів та небезпек, що включає в себе порядок дій співробітників КНП «Новоархангельська багатoproфільна лікарня» при виявленні інцидентів чи небезпек.

Для ефективного застосування цього порядку було розроблено інструкції з реєстрації інцидентів. Процес реєстрації та обробки інцидентів було описано та стандартизовано.

Як невід'ємна частина процедури управління ризиками було розроблено процедуру оцінки ризику, що включає параметри оцінки, 5-ти бальна шкала з критеріями визначення параметрів оцінки ризику (ймовірність виникнення, можливість виявлення, можливі наслідки інцидентів).

Для зручності проведення оцінки ризику було запропоновано форму, що включає класифікацію внутрішніх ризиків. Рекомендовано включити дану процедуру до Положення медичного закладу з управління ризиками та інцидентами.

Відповідно до вимог національних стандартів, після проведення оцінки ризику у медичному закладі будуть сформовані заходи впливу на виявлені ризики з найбільшим рівнем ймовірності виникнення та можливих наслідків.

Відповідно до обраного методу впливів на ризик, а саме уникнення ризику, було запропоновано дієвий алгоритм з провадження управління ризиками в медичному закладі, який покликаний підвищити якість надання медичних послуг та може застосовуватися в інших закладах охорони здоров'я.

Таким чином, впровадження ризик-менеджменту в комплексі із загальним дає змогу забезпечити ефективність функціонування та мінімізувати можливі фінансові втрати.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бізнес план, 2018. Які є внутрішні способи зниження ризику бізнесу. URL : <http://monetary-flow.com/yak-zmenshiti-vpliv-rizikv-na-bznes/> (дата звернення: 18.11.2022)
2. Волинець І. Організація ризик-менеджменту на підприємстві. *Економічний часопис Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2016. № 2. С. 51-55.
3. Гончар Г. П. Адаптація світових стандартів ризик-менеджменту до діяльності вітчизняних компаній. *Ефективна економіка*. 2014. № 3.
4. Дуднева Ю.Е. Ризик-менеджмент: інтегрований підхід до організації. *Електронне наукове фахове видання Мукачівського державного університету «Економіка та суспільство»*. 2019. №20. С. 229 - 236 ISO 31000:2018
5. Дядюк М. А. Управління ризиками: консп. лекц. Харків: Форт, 2017. С. 165 URL: <http://elib.hduht.edu.ua/jspui/handle/123456789/1893> (дата звернення: 15.11.2022).
6. Дячков Д. В. Формування системи ризик-менеджменту підприємства. *Економічний форум*. 2015. № 4. С. 235-241.
7. Корж Н. В. Методи управління фінансовими ризиками. *Траектория науки*. 2016. № 10. С. 1.1-1.6.
8. Лагунова І.А. Сутність та принципи концепції ризик-менеджменту. *Актуальні проблеми державного управління*. 2018. № 1 (53). С. 44–52.
9. Метрологія, 2014. ДСТУ ІЕС/ISO 31010:2013. Національний стандарт України. Керування ризиком. Методи загального оцінювання ризику. URL: <http://metrology.com.ua/download/iso-iec-ohsas-i-dr/87-eea/1062-dstu-ies-iso-31010-2013> (дата звернення: 11.12.2022).
10. Мороз, І.О. Сутність управління ризиками підприємства та навички, необхідні менеджеру для його провадження Збірник матеріалів

Всеукраїнської науковопрактичної on-line конференції аспірантів, молодих учених та студентів ЖДТУ. 2017. Т. 2. URL: <https://conf.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2017/06/115-1.pdf> (дата звернення: 14.11.2022).

11. Національний стандарт України (2016) ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги». URL: <https://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209001.pdf>.

12. Посохов І. М. Сучасні міжнародні стандарти ризик-менеджменту. Сучасні тенденції розвитку світової економіки: зб. матеріалів 9-ї Міжнар. наук.-практ. конф., Харків : ХНАДУ, 2017. Т. 2. С. 77-78.

13. Сосновська О. О., Деденко Л. В. Напрями стійкого функціонування підприємства в умовах невизначеності. Збірник наукових праць Університету Державної фіскальної служби України. 2018. № 2. С. 369-383.

14. Тимошик Н. С. Формування ефективної системи управління фінансовими ризиками. Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Формування механізму зміцнення конкурентних позицій національних економічних систем у глобальному, регіональному та локальному вимірах» та I Міжнародного студентського наукового форуму «Креативна економіка очима молоді». 2018. Том 1. С. 61–63.

15. Amoore J., Ingram P. (2002). Quality improvement report: learning from adverse incidents involving medical devices. *BMJ: British Medical Journal*. V. 325. № 7358. P. 272.

16. Amalberti R., Vincent C. (2020) Managing risk in hazardous conditions: improvisation is not enough. *BMJ Qual. Saf.*, 29(1): 60–63. doi:10.1136/bmjqs-2019-009443

17. Andel C, Davidow SL, Hollander M, Moreno DAJ. (2012). The economics of health care quality and medical errors. *Health Care Finance*. 2012. 39(1). P. 39-50.

18. Bates DW. (2007). Preventing medication errors: a summary. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2007. 64. P. 3–9.

19. Bracco D. et al. (2001). Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: a 1-year prospective study. *Intensive Care Med.* V. 27. № 1. - P. 137–145.
20. Briner M. et al. (2010). Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC health services research.* V. 10. № 1. P. 337.
21. Briner M., Manser T., Kessler O. (2012). Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* URL: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01836.x>.
22. Card A.J., Ward J., Clarkson P.J. (2012). Successful risk assessment may not always lead to successful risk control: A systematic literature review of risk control after root cause analysis. *Journal of Healthcare Risk Management.* V. 31., № 3. P. 6–12.
23. Center for Disease Control and Prevention (National Center for Health Statistics). Deaths: final data for 1997. *National Vital Statistics Reports.* 1999; 47(19):27.
24. Donabedian A. (1978). The quality of medical care. *Science.* V. 200. № 4344. P. 856–864.
25. Farokhzadian J., Dehghan Nayeri N., Borhani F. (2015) Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement. *Glob. J. Health Sci.*, 7(5): 294–303. doi: 10.5539/gjhs.v7n5p294
26. Giraud T. et al. (1993). Iatrogenic complications in adult intensive care units: a prospective two-center study. *Crit. Care Med.* V. 21. № 1. P. 40–51.
27. ISO 31000:2018 Risk management – Guidelines. URL: <http://www.theirm.org/media/3513119/IRM-Report-ISO-31000-2018-v3.pdf> (дата звернення: 17.11.2022).
28. HSE. Five steps to risk assessment. Health and Safety Executive. URL: <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg163.pdf> (дата звернення: 29.11.2022).

29. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, 2001. P. 337.
30. Leape L.L., Lawthers A.G., Brennan T.A., et al. (1993). Preventing medical injury. *Qual Rev Bull.* 19:144–9
31. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. 324. P. 377–384.
32. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 324:377-84.
33. Medical errors in the USA: human or systemic? The Lancet. 2011. 377 (9774). P. 1289.
34. Messano G.A., De Bono V., Di Folco F., Marsella L.T. (2014) Past and present of risk management in healthcare. *Ig. Sanita Pubbl.*, 70(4): 423–430.
35. Michael R Cohen Why error reporting systems should be voluntary. *BMJ.* 2000. 320(7237). P. 728–729.
36. Mills P.D., Neily J., Luan D., Osborne A., Howard K. (2006). Actions and implementation strategies to reduce suicidal events in the Veterans Health Administration. *Jt. Comm. J. Qual. Patient. Saf.* 32(3). P. 130–141.
37. Odone A., Bossi E., Gaeta M. et al. (2019) Risk Management in healthcare: results from a national-level survey and scientometric analysis in Italy. *Acta Biomed*, 90(9–S): 76–86. doi: 10.23750/abm.v90i9-S.8164 P. 861–866. 15.
38. Phillips J et al. (2001). Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 2001. 58(19). P. 1835–1841.
39. Sai-Ping Jiang, Jian Chen, Xing-Guo Zhang, Xiao-Yang Lu, and Qing-Wei Zhao (2014). Implementation of pharmacists' interventions and assessment of medication errors in an intensive care unit of a Chinese tertiary hospital. *Ther. Clin. Risk Manag.* 2014.
40. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington, 1999. P. 8

41. Wilf-Miron R., Lewenhoff I., Benyamini Z., Aviram A. (2003). From aviation to medicine: applying concepts of aviation safety to risk management in ambulatory care. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:35–39. 20.
42. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. (2000). Epidemiology of medical error. *BMJ*. 2000. 320. P. 774–7.
43. Williamson J.A., Webb R.K., Sellen A., et al. (1993). The Australian Incident Monitoring Study. Human failure: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesthesia and Intensive Care Journal*. 21:678-83
44. World Health Organization World Alliance For Patient Safety. Safe Surgery Saves Lives Geneva: WHO; 2008.