

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА  
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА  
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА  
(повне найменування вищого навчального закладу)

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ  
(повне найменування інституту, факультету)

Кафедра: публічного управління та адміністрування  
(повна назва кафедри)

# МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «Сучасні технології управління ризиками в  
діяльності публічної організації  
(на прикладі КП «Хмельницька міська дитяча  
лікарня»)»

Виконала: студентка магістратури за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування заочної форми навчання Степанюк Л.В.

Керівник: Підлісна Т.В., доцент кафедри, кандидат наук з державного управління

Рецензент: \_\_\_\_\_

Хмельницький – 2020 рік

## АНОТАЦІЯ

**Степанюк Л.В. Сучасні технології управління ризиками в діяльності публічної організації (на прикладі КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»)). – Рукопис.**

У магістерській роботі запропоновано розв'язання актуального наукового завдання, яке полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад впровадження системи управління якістю медичної допомоги як основи імплементації сучасних технологій клінічного управління ризиками на рівні комунального некомерційного підприємства.

Для цього визначено місце управління ризиками в діяльності публічної організації, приділено увагу порушенню недотримання стандарту медичної допомоги, а також важливість елементів системи ризик-менеджменту в діяльності публічної організації.

Здійснено аналіз методичного арсеналу ідентифікації ризиків в діяльності публічних організацій, що дозволило представити рекомендації щодо використання методів класифікації ризиків для їх ідентифікації, а також форму реєстрації ідентифікованих ризиків / можливостей, рекомендації щодо її заповнення. Аналіз різних підходів до критеріїв якості медичної послуги дозволив виділити п'ять основних її складових елементів: 1) інформаційні показники медичних послуг; 2) кваліфікаційні вимоги до лікарів; 3) професійні якості лікаря; 4) професійність надання медичної послуги; 5) показники якості самого процесу надання послуги.

Запропоновано імплементацію сучасних технологій клінічного управління ризиками в діяльність комунального некомерційного підприємства як процесу вдосконалення якості, що спрямований на покращення догляду за маленькими пацієнтами.

**Ключові слова:** клінічне управління ризиками, технології, публічне управління, якість медичної послуги., клінічне управління ризиками.

## SUMMARY

**Stepanyuk L.V. Modern technologies of risk management in the activities of a public organization (on the example of MI «Khmelnitsky City Children's Hospital»). - Manuscript.**

In the master's thesis proposes the solution of a topical scientific problem, which is to substantiate the theoretical and methodological foundations of the quality management system of health care as a basis for the implementation of modern technologies of clinical risk management at the level of municipal non-profit enterprise.

To do this, the place of risk management in the activities of the public organization is determined, attention is paid to the violation of the standard of medical care, as well as the importance of elements of the risk management system in the activities of the public organization.

The methodological arsenal of risk identification in the activities of public organizations was analyzed, which allowed to present recommendations on the use of risk classification methods for their identification, as well as the form of registration of identified risks / opportunities, recommendations for its completion. The analysis of different approaches to the criteria of quality of medical services allowed to identify five main components: 1) information indicators of medical services; 2) qualification requirements for doctors; 3) professional qualities of the doctor; 4) professionalism in providing medical services; 5) quality indicators of the service delivery process itself.

The implementation of modern technologies of clinical risk management in the activities of a municipal non-profit enterprise as a process of quality improvement aimed at improving the care of young patients is proposed.

**Key words:** clinical risk management, technologies, public management, quality of medical service, clinical risk management.

ВСТУП.....	5
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПУБЛІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ.....</b>	<b>9</b>
1.1. Позичювання управління ризиками в діяльності публічної організації .....	9
1.2. Стандарти, практика та норми управління ризиками: зарубіжний та вітчизняний досвід .....	20
<b>РОЗДІЛ 2. СУЧАСНІ МЕТОДИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ РИЗИКІВ У ДІЯЛЬНОСТІ ПУБЛІЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ.....</b>	<b>29</b>
2.1. Методичний арсенал ідентифікації ризиків в діяльності публічних організацій .....	29
2.2. Показники якості медичної допомоги, оцінювання якості та ефективності медичної допомоги публічними організаціями галузі охорони здоров'я.....	38
<b>РОЗДІЛ 3. ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ КЛІНІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКА МІСЬКА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ».....</b>	<b>49</b>
3.1. Аналіз фінансово-господарської діяльності КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» та стану надання дітям медичної допомоги .....	49
3.2. Загальні вимоги до впровадження системи управління якістю медичної допомоги як основа для імплементації сучасних технологій клінічного управління ризиками КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».....	58
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТКИ.....	81

## ВСТУП

**Актуальність теми.** У період реформування вітчизняної економіки України питання модернізації медичної сфери є надзвичайно актуальним разом із проблематикою управління й оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню. Відповідно до моменту проведення реформ у медичній галузі управління медичними закладами здійснювалося на індивідуальних професійних обов'язках і зобов'язаннях. Сьогодні ж у сфері охорони здоров'я відбувається інтеграція системи управління клінічними ризиками в діяльність медичних установ як «система, через яку заклади охорони здоров'я несуть відповідальність за постійне вдосконалення якості послуг та забезпечення високого рівня обслуговування, шляхом створення середовища, що сприятиме безперервному покращенню медичної допомоги».

Управління ризиками сьогодні є компонентом організаційних процесів, який повинен враховувати потребу зацікавлених сторін: пацієнтів, що мають право на безпечне та ефективне лікування; державних органів влади, що гарантують захист здоров'я населення шляхом забезпечення надання безпечної, ефективною та якісної медичної допомоги в медичному закладі; виробників медичного обладнання та лікарських засобів, що гарантують забезпечення належної виробничої практики і застосування встановлених стандартів безпеки та ризику; медичних закладів, що гарантують правильний підбір обладнання / послуг з метою зведення до мінімуму виникнення травми або смерті пацієнта або працівника та пошкодження майна.

Сучасні публічні організації постійно стикаються з внутрішніми і зовнішніми факторами, які породжують невизначеність в досягненні цілей у визначений період. Вплив подібної невизначеності при досягненні цілей організації формує ризик. При визначенні ризику сьогодні акцент ставиться на ймовірність події до ймовірності наслідку, особливо його впливу на виконання визначених цілей. Відповідно до рекомендацій ВООЗ при розробленні програм забезпечення якості медичної допомоги необхідно

брати до уваги такі фактори як: кваліфікація лікаря і додержання ним технології діагностики і лікування; ризик для пацієнта від медичного втручання; наявність ресурсів і оптимальність їх використання; задоволеність пацієнта. ВООЗ визнано про необхідність орієнтації на створення інструментів підвищення якості медичних послуг саме на персонал, який несуть стратегічну відповідальність за якість.

При цьому здійснення комунальним некомерційним підприємством господарської діяльності (без отримання прибутку), в умовах атономізації, передбачає вироблення конкретних заходів в системі управління клінічними ризиками. Це дозволить сформувати безцінну конкурентну перевагу серед потенційних бенефіціарів медичної послуги, дитячого населення Хмельницької області, під час забезпечення права кожної дитини на здоров'я, рівну доступність до якісної медичної допомоги.

Проблемами вивчення управління ризиками займаються провідні українські та зарубіжні науковці: І. Балабанов [2], Я. Белас [53], В. Вітлінський [7], В. Гранатуров [9], Т. Завора [62], О. Захарова [63], А. Мур [23], Л. Тепман [45]. Є.Уткін [46], Г. Харламова [60], К. Хларден [60], М. Хохлов [49], О.С. Шапкин [50], та інші. В сукупності ними належним чином обгрунтовано процеси управління ризиками із чітким розмежуванням принципів та змісту функцій управління. Однак, в жодній із наукових праць зазначених науковців раніше не приділялося уваги такому специфічному для медичної галузі управлінню ризиками, який має назву клінічне управління ризиками.

**Мета та завдання дослідження.** Метою магістерської роботи є систематизація теоретичних та методичних основ щодо запровадження сучасних технологій управління ризиками в діяльності комунального некомерційного підприємства

Відповідно до поставленої мети в магістерській роботі вирішуються наступні **завдання:**

- ✓ розглянути місце управління ризиками в діяльності публічної

організації;

- ✓ проаналізувати стандарти, практику та норми управління ризиками, з точки зору зарубіжного та вітчизняного досвіду;

- ✓ здійснити аналіз методичного арсеналу ідентифікації ризиків в діяльності публічних організацій;

- ✓ виділити показники якості медичної допомоги, оцінювання якості та ефективності медичної допомоги публічними організаціями галузі охорони здоров'я;

- ✓ проаналізувати фінансово-господарську діяльність комунального некомерційного підприємства та стану надання дітям медичної допомоги;

- ✓ запропонувати імплементацію сучасних технологій клінічного управління ризиками в діяльність комунального некомерційного підприємства.

**Об'єктом дослідження** – сучасні технології управління ризиками в діяльності публічної організації сфери охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** – теоретичні та методичні основи клінічного управління ризиками КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

**Методи дослідження.** Для розв'язання визначених завдань, досягнення мети використовувався комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження – загальнонаукові та спеціальні методи, а саме: теоретичні: абстрагування, конкретизації та узагальнення теоретичних положень у наукових джерелах для визначення місця управління ризиками в діяльності публічної організації; термінологічного аналізу для визначення базових понять і подальшого розвитку понятійно-категорійного апарату дослідження; порівняльно-зіставний метод використано для аналізу стандартів, практики, норм управління ризиками та аналізу методичного арсеналу ідентифікації ризиків в діяльності публічних організацій; за допомогою методу типологізації визначено методи класифікації ризиків для їх ідентифікації; гіпотетико-дедуктивний – для рефлексії наслідків від розробки системи

управління взаємопов'язаними та взаємодіючими процесами до їх моніторингу та надання пропозицій для поліпшення системи управління якістю; емпіричні: спостереження для розв'язання завдань дослідження; математичної статистики: кількісного аналізу, інтерпретації даних дослідження.

*Теоретичною основою дослідження* виступили праці вітчизняних та зарубіжних фахівців з питань сучасних технологій управління ризиками в діяльності публічної організації сфери охорони здоров'я, матеріали спеціалізованої періодичної преси, нормативно–правові матеріали, фінансова та статистична звітність та інші матеріали підприємства.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що основні положення магістерської роботи доведено до рівня практичних рекомендацій, які можуть застосовуватися в процесі клінічного управління ризиками КП «Хмельницька міська дитяча лікарня», що належить до комунальної власності територіальної громади, а також можуть бути застосовуватися у діяльності приватного бізнесу на ринку медичних послуг.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПУБЛІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

#### 1.1. Позичіювання управління ризиками в діяльності публічної організації

В наукових працях зарубіжних та вітчизняних вчених існують різні визначення поняття «управління ризиками», про що свідчить проведена нами систематизація підходів, представлених у табл. 1.1

Таблиця 1.1.

#### Сучасні підходи до трактування поняття «управління ризиками»

Підхід	Визначення	Автор
як наукова дисципліна	синтетична наукова дисципліна, яка вивчає вплив на різні сфери діяльності людини випадкових подій, які завдають фізичні і матеріальні збитки	Хохлов Н. В. [49, с.9]
як наука	наука про забезпечення умов успішного функціонування будь-якої виробничо-господарської одиниці в умовах ризику	Лук'янова В.В. [18, с.112]
як процес	багатоступінчастий процес, ціллю якого є зменшення або компенсація збитків для об'єкта при настанні несприятливих подій	Хохлов Н. В. [49, с.16]
	процес розробки та впровадження програми зменшення будь-яких випадкових виникаючих збитків (втрат)	Лук'янова В.В. [18, с.112]
	процес виявлення й оцінювання ризиків, а також вибір методів та інструментів управління для оптимізації ризику	Шпандарук В. О. [51, с.242]
	ітеративний процес з чітко визначеними етапами, за допомогою якого менеджери можуть ясно уявити ризики, з якими стикається їх організація	Доба Н.М. [10, с.28]
як результат прийняття рішень	прийняття рішень в процесі управління підприємством з урахуванням ризиків, що впливають на його діяльність	Лопатовський В. Г. [17, с.105]
	не тільки заходи щодо зменшення негативного ефекту впливу виникаючих ризиків на досягнення цілей компанії, але й рішення, прийняті в умовах ризиків, які можуть принести додатковий дохід компанії в прогнозованому періоді	Сліпачук С. [40, с.86]
як система	система цілеспрямованих заходів, які передбачають виявлення, оцінку ризик-факторів, які негативно впливають на життєдіяльність підприємства, розробку механізмів протидії їх впливу	Карпунцов М. [14, с.73]

як загроза	Ця концепція розглядає ризик як можливість настання події з негативним наслідком, що призводить до шкоди підприємству. Задля того, щоб зменшити ймовірність настання негативних подій та уникнути втрат від передбачу вальних небезпек, підприємства мають використовувати ризик-менеджмент	Башинська І.О. [3, с.414]
як можливість	Чим вище ризик, тим більш ймовірна потенційна прибутковість. В цьому випадку ризик-менеджмент працює на збільшення прибутку при мінімізації витрат.	
як невизначеність	Ця концепція полягає у розподілі можливих негативних та позитивних результатів. Визнається як невідповідність між результатами рішень, оцінюється через користь та шкідливість, а також через ефективність критеріїв. Ця концепція використовується в теорії ігор та в умовах невизначеності	

Джерело [3; 10; 14; 17; 18; 40; 49; 51]

Група науковців, такі як Хохлов Н. В. [49], Доба Н. М. [10], в процесі управління ризиками виділяють лише декілька послідовних етапів. Так, наприклад, Доба Н. М. [10, с.28] акцентує увагу на таких етапах процесу управління ризиком: 1) встановлення контексту ризику (визначення стратегічних і тактичних цілей); 2) аналіз ризику; 3) ранжування і відбір ризиків; 4) вплив на ризик.

Хохлов Н. В. [491, с.16] розглядає такі, на їхню думку, основні етапи процесу управління ризиком: 1) аналіз ризику (виявлення, оцінка); 2) вибір методів впливу на ризик при оцінці їх порівняної ефективності; 3) прийняття рішень; 4) вплив на ризик (зниження, зберігання, передача); 5) контроль та коректування результатів.

Дослідники Андреева Т. Є. [49] розглядає управління ризиками на підприємстві як безперервний (замкнутий) процес та акцентує увагу на власних послідовних етапах замкнутого процесу управління підприємством в умовах ризику.

Автори Перекупнєва Т. [44] і Карпунцов М. [44] в процесі управління ризиками не виключають можливості прийняття рішення про повернення на попередню стадію для її перегляду, і за потреби, внесення коректив з метою подальшого ефективного управління. Особливістю дослідженого процесу

управління ризиками, запропонованого цими авторами, є те, що він не утворює замкнутого циклу.

Науковці Вітлінський В. В. [7] та Лук'янова В. В. [18] більш детально розглядають процес управління ризиками, в якому на етапах аналізу ризику та визначення методів управління ним пропонують прийняти рішення – обрати один або декілька варіантів дій. Запропоновані вченими процеси управління ризиками також є не замкнутими. Зокрема, процес управління ризиками, запропонований Лук'яновою В. В. [18, с.182-188], охоплює такі етапи: 1) визначення (формулювання) мети; 2) визначення меж ризику; 3) встановлення факторів і джерел ризику; 4) розпізнавання ризику; 5) оцінювання ризику; 6) розрахунок або встановлення гранично допустимих рівнів різних видів ризику.

З позицій економічної безпеки основні етапи управління загрозами та ризиками розглядають Мігус І.П. та Лаптев С.М, які наводять модель взаємозв'язку загроз діяльності суб'єкта господарювання та ризику втрати його фінансових ресурсів, що складається з наступних етапів, рис. 1.1.

Лопатовський В. Г. зазначає, що управління ризиками надає керівнику підприємства інформацію про [17, с.185]:

- 1) наявні ризики, що впливають на діяльність підприємства, їх взаємозв'язки, можливість появи нових видів ризиків;
- 2) ймовірність настання ризикових подій, величину збитків внаслідок їх впливу, допустимий рівень ризиків, можливості зменшення ризиків;
- 3) потребу збільшення певного виду ресурсів – інформаційних, трудових, фінансових, матеріальних внаслідок впливу ризиків на діяльність підприємства.

Система управління ризиками складається з двох підсистем: керуючої (суб'єкта управління) та керованої (об'єкта управління).

Суб'єктом управління ризиками є спеціальна робоча група, яка здійснює управління ризиками, до складу якої входять керівники, фінансовий

менеджер, маркетолог, економіст, юрист, спеціаліст зі страхування, залучені фахівці тощо.



Рис. 1. 1. Модель взаємозв'язку загроз діяльності суб'єкта господарювання та ризику втрати його фінансових ресурсів

Джерело [17]

Об'єктом управління є сукупність ризиків, які впливають на діяльність підприємства, його взаємовідносини з партнерами, конкурентами, кредиторами.

Процес впливу суб'єкта управління ризиками на об'єкт управління, тобто процес управління ризиками, може здійснюватись лише за умови обігу певної інформації між керуючою та керованою підсистемами.

Управління будь-якою діяльністю є головним процесом. Формування цілей, прийняття рішень, планування, контроль та організування – все це є невід'ємними складовими управління. Зростання сукупного добробуту,

розвиток організації, досягнення конкурентоздатності – все це безумовно дуже важливо.

Управління ризиками – це специфічна сфера менеджменту, що передбачає використання різноманітних підходів, процесів, заходів, які покликані забезпечити максимально широкий діапазон охоплення можливих ризиків публічної організації, їхню оцінку, а також формування, реалізацію та контроль заходів щодо оптимізації рівня ризиків із метою досягнення цілей організації [6]. Тобто, ризик-менеджмент є видом управлінської діяльності, що спрямований на захист об'єкта господарської діяльності від негативних випадкових або закономірних подій.

Для публічних організацій, які належать до сфери охорони здоров'я надзвичайно важливим видом із ризиків діяльності є проблеми неефективності медицини. У більшості країн світу повідомляють про те, що пацієнти не завжди задоволені рівнем якості наданої їм допомоги. Проблеми неефективності медицини визначені також і в національній Концепції управління якістю медичної допомоги, у якій зазначено, що під час лікувально-діагностичного процесу можливі лікарські помилки, які можуть призвести до різкого погіршення стану хворого і навіть летального кінця. Крім того, ці помилки пов'язані з неоптимальним використанням ресурсів, ускладнюють планування медичної допомоги та її експертну оцінку. Водночас численні матеріали свідчать, що значна кількість медичних втручань, зокрема в різних країнах ЄС, здійснюється на рівні, нижчому за передбачуваний. Значна частка клінічних процедур недоцільна та нерентабельна. Існують переконливі дані, що 20–30 % медичних втручань є неефективними (або непотрібними або шкідливими). В Україні система охорони здоров'я не забезпечує рівного безоплатного доступу населення до якісних та безпечних медичних послуг. Це виявляється в такому:

- низькій якості медичних послуг. Очікувана тривалість життя населення України становить 69,3 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 раза вищий, ніж у

«старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – у 20 разів вищий;

➤ бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців. Крім того, система охорони здоров'я характеризується такими основними проблемами: відсутністю чіткого розмежування рівнів надання медичної допомоги; надмірною спеціалізацією закладів охорони здоров'я; надмірною децентралізацією фінансових потоків; відсутністю економічної мотивації для покращання діяльності працівників системи охорони здоров'я; зношеністю основних фондів системи охорони здоров'я; наявністю великої кількості (понад 3 тис.) медико-технологічних документів із надання медичної допомоги, що в переважній більшості не відповідають сучасним науковим принципам їх розроблення, а саме мультидисциплінарному підходу та засадам доказової медицини, і в той самий час відсутністю якісних, створених на доказових засадах, медико-технологічних документів (клінічних протоколів) для лікарів практичної ланки охорони здоров'я, відсутністю медичних стандартів (та їх моніторингу) із захворювань, що мають найбільш значущі негативні медико-соціально наслідки для населення та суспільства. Незважаючи на технологічний прогрес у медицині, пацієнти не завжди задоволені наданням лікарської допомоги. Несприятливий результат захворювання може бути обумовлений помилками або неправильними діями лікаря, іншого медичного персоналу, які тією чи іншою мірою впливають на результат патологічного процесу. В практичній діяльності лікаря, навіть за найсумліннішого ставлення до роботи, високого рівня кваліфікації, можливі помилки в діагностиці та лікуванні. Причому помилки лікаря і медичної сестри можуть спричинити дуже важкі і непоправні наслідки для пацієнта.

Лікарська помилка – це помилка лікаря, що ґрунтується на недосконалості сучасного стану медичної науки або викликана

особливостями перебігу захворювання конкретного пацієнта, або браком знань і досвіду самого лікаря, але без елементів халатності та недбалості.

Лікарські помилки можуть бути допущені на всіх етапах взаємовідносин із пацієнтом, тобто це помилки в процесі надання медичної допомоги, який складається з процесу діагностики, лікування та інших складових усього спектра взаємовідносин лікаря і пацієнта.

Недооцінювання небезпеки самого лікування – це помилка, яка нерідко є причиною поганих результатів. Цієї помилки можна не робити, якщо своєчасно оцінити ризик виникнення і тяжкості прояву ятрогенних захворювань. Більшість звернень громадян пов'язано з незадоволенням пацієнтів доступністю, організацією і якістю спеціалізованої медичної допомоги та первинної медико-санітарної допомоги. До того ж основна частина скарг пов'язана з організацією та якістю надання медичної допомоги (як первинної медико-санітарної, так і спеціалізованої).

За результатами розгляду звернень громадян виявлені такі основні порушення:

1) недодержання стандарту медичної допомоги; відсутність належного контролю за якістю медичної допомоги безпосередньо в лікувально-профілактичних установах (72 %);

2) недоведення до пацієнтів необхідної інформації про організацію та умови надання медичної допомоги (24 %);

3) порушення Правил надання платних медичних послуг населенню медичними установами.

В Україні, за підрахунками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, через лікарську недбалість щодня помирає 6–7 хворих і втричі більше стають інвалідами. В Україні немає механізму позбавлення лікаря ліцензії без розгляду кримінальної відповідальності і системи судочинства. На Заході це працює тому, що є кримінальна відповідальність лікаря, підкріплена його ліцензією. Якщо лікар помилився – він втрачає ліцензію. В Україні за це сьогодні несе відповідальність лікарня, медичний заклад у

цілому, а не лікар. У МОЗ України розробляють правові механізми щодо введення індивідуальних ліцензій для лікарів. Таким чином, після їх запровадження, ліцензування допоможе вирішити питання щодо відповідальності лікарів за дії стосовно їх пацієнтів. У 2020 році МОЗ планує ввести в Україні систему ліцензування лікарів, згідно з якою ліцензування буде вимагати якісної роботи і якщо немає якості – ліцензія буде анульована. Однак наразі це ще не втілено у життя.

В Україні медичного працівника можна притягнути до кримінальної відповідальності за його дії, що призвели до тяжких наслідків (наприклад, смерть, інвалідність чи спотворення обличчя). В усіх інших випадках повинна ефективно діяти система страхування медичних помилок і протиправних дій лікарів, а такого українські пацієнти поки не мають. В той самий час у США лікар не одержить ліцензії на медичну практику без страхування відповідальності перед хворими.

У медичних установах близько 20 % помилок припадає на медичний персонал, що пов'язують з їх особистими якостями (низька кваліфікація, недбалість, халатність, байдужість та ін.), а 80 % помилок залежить від дефектів організаційних і медичних технологій, рівня використовуваного обладнання, реактивів, витратних матеріалів та рівня підготовки адміністрації лікарняного закладу.

Модернізацією медичних і організаційних технологій у лікарні повинні займатися співробітники даної установи, які досить точно уявляють собі всі «вузькі» місця організаційних і медичних технологій. Крім того, значну увагу необхідно приділяти впровадженню і розробленню нових комп'ютерних систем, які дозволили б аналізувати якість кінцевих результатів, технологічність упроваджуваних лікувальних і діагностичних процесів.

За даними національних експертів, причинами лікарських помилок найчастіше є: нездатність лікаря розпізнати провідну скаргу і справжню мету звернення пацієнта за медичною допомогою; невміння чітко визначити природу виявлених симптомів і скарг; невміння критично оцінити



достовірність одержаних даних, виявити основні та відкинути побічні; недооцінювання невербальної інформації.

Види лікарських помилок: деонтологічні, діагностичні, лікувальні, прогностичні, організаційні, помилки в оформленні документації.

В основу деонтологічних помилок покладено порушення принципів належної поведінки лікаря щодо хворого, тобто недодержання лікарем етики лікарської практики.

Основними причинами діагностичних помилок є: ігнорування або невміле використання анамнезу; неповне обстеження пацієнта; помилкове трактування клінічних даних; помилкове оцінювання рентгенологічного та лабораторного дослідження; недбалість і поспіх в обстеженні; неправильне формулювання діагнозу.

Лікарські помилки частіше пов'язані з неправильними клінічними діагнозами. Як наслідок таких діагнозів хворому призначають лікування, що не відповідає істинному характеру захворювання, і в той самий час не проводять показану і необхідну терапію.

Причини лікарських помилок можуть бути як об'єктивними, так і суб'єктивними. До об'єктивних відносять: 1) недосконалість знань на даний момент; 2) відсутність необхідних умов; 3) зміни установок у медичній науці; 4) аномальні особливості пацієнта. До суб'єктивних причин помилок відносять: 1) недостатність досвіду і знань медпрацівника; 2) неухважність і недбалість; 3) незадовільну організацію діяльності медичних установ.

Для персоналу наслідком лікарської помилки може стати як дисциплінарне стягнення, так і цивільна та кримінальна відповідальність. В додатку А наведено перелік можливих причин порушень і лікарських помилок.

З ХХІ тисячоліття компанії почали застосовувати підхід «зверху-вниз» або модель управління ризиками – комплексний ризик-менеджмент у рамках всієї організації. Особливістю цього підходу є те, що всебічно перевіряються ризики та координується у рамках всієї організації. Ризик, економічні

відносини, вкладення капіталу – все це є об'єктами у системі управління ризиками. Суб'єктами є люди (менеджер з ризику, фінансовий менеджер та ін.), які за допомогою способів та прийомів здійснюють вплив на об'єкти управління. Елементи системи ризик-менеджменту в публічній організації, якщо розглянути їх як послідовність дій, можна відобразити наступним чином:

1. Постановка цілей. Кожне керівництво має усвідомлювати існуючі ризики та необхідність політики управління ними. Вона має будуватися за допомогою двох принципів:

- підхід запобігання ризиків або «профілактичний» підхід. Він уособлює в собі роботу з ризиками що не критичні та ще не стали проблемою для публічної організації;

- «знешкоджуючий» або реагуючий підхід. За допомогою цього підходу об'єкт господарської діяльності має працювати з ризиками, що вже стали проблемою;

- чим ефективніше буде проводитися робота за допомогою профілактичного підходу, тим менш публічна організація зазнає шкоди та менше робіт буде відносно реагуючого підходу;

- самоокупність публічних організацій неможлива без ризиків, тож організації мають спрямовувати свої дії для їх зменшення. Це можна зробити за допомогою підходу мінімального ризику. Його сутність полягає в тому, що при мінімальному ризику з усіх існуючих можливих випадків обирається той, що дає очікуваний або максимальний прибуток.

2. Ідентифікація ризиків. Політика ризик-менеджменту передбачає що публічна організація має створити класифікацію прийнятних для себе ризиків, адже різноманітність та кількість ризиків дуже великі, тож без системного підходу їх складу не обійтись. Класифікація має відповідати конкретним завданням та цілям. Групування ризиків можна проводити за допомогою різних класифікаційних ознак (причини і сфери виникнення; етапи господарювання; масштаби; ступінь допустимості; види господарської

діяльності; тривалість дії; можливість страхування і т.д.) При класифікації ризиків необхідно приділити увагу, що ризики різного рівня не можуть акумулюватися, що одна ситуація може містити різні ризики.

3. Оцінка та аналіз ризиків. На даному етапі розраховують ймовірність та вплив ризику. Це робиться за допомогою набору методів, які мають бути затвердженні методично відносно усіх ризиків та включали б у себе опис методів одержання оцінки для різних типів ризику, опис розглянутих ситуацій, причини і фактори ризику, довірчі межі практичного використання отриманих оцінок.

4. Розробка плану щодо дій стосовно поводження із ризиком. Цей етап характеризується тим що складається план дій. Документ, або план дій, має містити у собі наступну інформацію:

- 1) ідентифікатор ризику. Це ім'я, яке допомагає ідентифікувати ризик;
- 2) формулювання ризику – опис ризику та втрат, що може за собою понести;
- 3) стратегія – опис стратегії поводження з ризиком. Прийнято створювати декілька стратегій, на випадок якщо основна не спрацювала;
- 4) список дій – дії та їх послідовність необхідні для керування;
- 5) терміни та відповідальні особи.

5. Моніторинг ризику та впровадження рішення. На цьому етапі розробляється комплекс процедур для контролю своєчасності та коректності дій. Перевірка проходить за допомогою плану дій поводження із ризиком, зробленим на попередньому етапі.

6. Контроль та оцінка. Цей етап характеризується створенням процедур внутрішнього контролю для кожного типу ризику, що оцінює ефективність управління та дотримання процедур контролю ризиків на всіх етапах.

## **1.2. Стандарти, практика та норми управління ризиками: зарубіжний та вітчизняний досвід**

Зарубіжна практика свідчить про те, що керівництво успішних і динамічно зростаючих організацій достатньо широко застосовує управління ризиками як в окремих функціональних сферах організації – виробництво, фінанси, кадри тощо, – так і в рамках всієї організації в цілому (стратегічний, комплексний, інтегральний ризик-менеджмент). У світовій практиці впровадження управління ризиками розглядають на основі низки стандартів.

1. COSO пропонує дослідження існуючих практик оцінювання ризиків, які є найбільш корисними з точки зору ефективності прийняття управлінського рішення. Відповідно до COSO ERM [56] метою ризик-менеджменту є фокусування управління на найбільших загрозах та можливостях із розробкою відповідних заходів по цих викликах. Алгоритм оцінювання включає такі етапи: ідентифікація ризиків; розробка критеріїв оцінки; оцінка ризиків; оцінка взаємного впливу ризиків; встановлення пріоритетів по ризиках; реагування на ризики. Відповідно до цієї моделі формують наступні етапи:

1 етап. Результати ідентифікації ризиків можуть бути представлені у вигляді списку (переліку) ризиків та можливостей, зокрема, по групах (фінансові, операційні, стратегічні), по підгрупах (ринкові, кредитні, ризики ліквідності). Саме розуміння природи ризиків організації лягає в основу побудови портфелю ризиків на цьому етапі. Перелік ризиків має бути побудований відповідно до пріоритетів ключових управлінців та цілей, на яких сконцентрована увага членів правління.

2 етап. Розробка пріоритетів оцінки – це формування загального набору критеріїв для застосування в розрізі роботи функцій та проектів вкладення капіталу. Типовою оцінкою є встановлення вірогідності та обсягів впливу. Багато практиків відзначають доцільність оцінювання ризиків по таких додаткових вимірах як чутливість та швидкість реагування на зміни.

3 етап. Оцінка ризиків полягає у присвоєнні цінності кожному ризику та можливості з використанням визначених критеріїв. Дві стадії – якісна та кількісна послідовно доповнюють одна одну.

4 етап. Оцінка взаємодії між ризиками. Ризики не існують в ізоляції один від одного. Організації мають враховувати взаємний вплив цих ризиків та впроваджувати управління цим впливом. Навіть незначні ризики у результаті цієї взаємодії можуть спричинити значну шкоду чи створити величезну можливість. Унаслідок цього організації схильні до інтегрованого чи цілісного бачення ризиків з використанням таких технік як матриця взаємного впливу, агрегований розподіл вірогідностей.

5 етап. Встановлення пріоритетів по ризиках – це процес визначення пріоритетів ризик-менеджменту шляхом порівняння фактичного рівня ризиків з плановим та відносно лінії толерантності до ризиків. Ризик розглядається не тільки у вимірах фінансової значущості та вірогідності, але й суб'єктивних критеріїв впливу на безпеку та репутацію.

6 етап. Реагування на ризики. Відповідно до результатів оцінювання ризиків розглядаються опції впливу на них (прийняття, скорочення, розподіл, уникнення), виконується аналіз витрат та вигід, формується стратегія реагування та розробляється план.

Проаналізуємо стандарти у сфері ідентифікації та управління ризиками:

1) Детально процес ідентифікації та управління ризиками також розглянуто в COSO Enterprise Risk Management Integrated Framework (2004). При розробці критеріїв оцінки відзначимо, що традиційний підхід у вигляді визначення вірогідності та значущості не є досконалим. Загальновідомо, що події з низькою вірогідністю реалізуються занадто часто, а багато подій з високою вірогідністю – ніколи. Тобто, цих двох критеріїв недостатньо. Корисним стає відповідь на питання, як швидко виникає ризик та на скільки оперативно необхідно відреагувати чи покрити цей ризик або як довго можна залишатися толерантним. Саме таку відповідь можна дати шляхом

вимірювання швидкості виникнення ризику та його чутливості. Ця інформація дає розуміння необхідності різкої адаптації чи можливості очікування.

Важливою також є розробка шкал оцінювання. Без встановлення стандарту чи норм неможливо порівнювати та виявляти сукупний вплив ризиків на організацію. Більшість спеціалізованих для цієї мети шкал стосуються вірогідності та значущості. Вони представляють собою ранжування та фіксацію вимірів для подальшої чіткої інтерпретації й використання. Чим більш детальною є шкала, тим більш чіткою буде інтерпретація для користувачів. Основною метою складання шкал є знаходження доцільного балансу між зручністю і повнотою. Шкали мають розмежувати відмінності рівнів ризиків. Відповідно до COSO рекомендована шкала з п'ятьма категоріями. Кожній організації притаманний свій рівень капіталізації, розмір, галузева специфіка та культура, тому шкали мають бути індивідуалізованими.

Стандарт «COSO II» Комітету спонсорських організацій Комісії Тредвея (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, «COSO») є результатом реалізованого в 2001 р. спільно з компанією «Price Water House Coopers» проекту з розробки принципів ризик менеджменту (Enterprise Risk Management Integrated Framework). Відповідно до розроблених принципів, ризик-менеджмент – це процес, що охоплює всю діяльність підприємства, в якому задіяні співробітники на різних рівнях управління; спосіб застрахувати діяльність підприємства від можливих помилок менеджменту або ради директорів; технологія виявлення ризиків та управління ними.

Стандарт «COSO II» покликаний вирішити такі завдання: 1) визначити рівні ризику відповідно до стратегії розвитку; 2) удосконалити процеси прийняття рішень щодо реагування на виникаючі ризики; 3) скоротити кількість непередбачених подій і збитків у господарській діяльності; 4) визначити всю сукупність ризиків; 5) управляти всією сукупністю ризиків; 6)

використовувати сприятливі можливості; 7) раціонально використовувати капітал.

Чотири категорії бізнес-задач COSO II:

- стратегічні цілі (strategic) – цілі високого рівня, співвіднесені з місією та баченням організації;
- операційні цілі (operations) – ефективне і результативне використання ресурсів;
- цілі в галузі підготовки звітності (reporting) – достовірність звітності;
- цілі у сфері дотримання законодавства (compliance) – дотримання законодавчих і нормативних актів.

2) Стандарт, розроблений Федерацією Європейської Асоціації Ризик-Менеджерів «FERMA – Federation of European Risk Management Association» спільно з «Інститутом ризик-менеджменту Великої Британії», «Асоціацією ризик-менеджменту та страхування» та «Національним Форумом ризик-менеджменту в Громадському Секторі» і прийнятий в 2002 р. При розробці цього стандарту значний внесок зробили організації, які на професійному рівні займаються питанням управління ризиками [38, с. 25]. Цей документ містить основні визначення, пояснює внутрішні та зовнішні фактори ризику, процеси управління ризиками, методологію та технологію оцінки та аналізу ризиків, загальні обов'язки ризик-менеджера. Відповідно до стандарту «FERMA», до обов'язків фахівця з ризиків належать: розробка програми управління ризиками; супровід її реалізації; координація співробітництва підрозділів організації; створення програм зі зменшення витрат і заходів з підтримки безперервності бізнес-процесів. У стандарті FERMA, розробленому Європейською федерацією асоціацій ризик-менеджерів визначено, що ризик-менеджмент є центральною частиною стратегічного управління організації. Це процес, слідуючи якому організація системно аналізує ризики кожного виду діяльності з метою максимальної ефективності кожного кроку і, відповідно, всієї діяльності в цілому. Ризик-менеджмент має

бути інкорпорований до загальної культури організації, прийнятий і схвалений керівництвом, а потім доведений до кожного співробітника організації як загальна програма розвитку з постановкою конкретних завдань на місцях.

3) Один із небагатьох законодавчо затверджених стандартів у сфері управління ризиками – це «Закон Сарбейнса-Окслі». Але і цей закон не гарантує успішності дій і процедур. Компаніям необхідний власний стандарт, що допомагає складати регламенти та інструкції, які визначають: принципи взаємодії між структурними підрозділами компанії у сфері управління ризиками; чіткий розподіл функцій, повноважень і відповідальності між підрозділами організації у сфері управління ризиками; систему контролю та повноваження контролюючих структурних підрозділів; норми і вимоги за операціями, що несе ризик. Закон Сарбейнса-Окслі (Sarbanes-Oxley Act) є частиною законодавства США про цінні папери.

4) Рекомендації щодо використання принципів та реалізації управління ризиками. Словник-термінів, 2009 р. ISO 31000:2009 [58] розроблено Міжнародною організацією зі стандартизації (International Organization of Standardization). Дослідження міжнародних і національних стандартів управління ризиками показало розбіжність трактування основних понять у стандартах і підходах до ідентифікації зовнішніх і внутрішніх ризиків та відповідно, побудови організаційних схем процесу ризик-менеджменту. Для розв'язання цієї проблеми

Міжнародна організація зі стандартизації (ISO) розробила міжнародний стандарт управління ризиками ISO 31000:2009 (Управління ризиками. Принципи та рекомендації. Risk Management Principles and Guidelines). При розробці ISO 31000:2009 були враховані недоліки попередніх стандартів ризик-менеджменту. У результаті стандарт характеризується: простою мовою написання; ґрунтується на найкращій практиці управління ризиками; викладений зрозумілою термінологією; поліпшує та доповнює наявні стандарти; забезпечує рекомендації щодо організації системного управління



ризиками. Він охоплює рекомендації щодо вибору й застосування методів оцінки ризику. Використання тих чи інших методів оцінки подано у вигляді спеціальних посилань на інші міжнародні стандарти, в яких концепція і застосування цих методів розглянуті глибше. У стандарті ISO/31000:2009 описаний системний підхід до оцінки та управління ризиками, що вимагає від рад директорів зарубіжних організацій використання ефективних програм оцінки і управління ризиками.

ISO 31000:2009, по суті, є документом, який може допомогти організаціям розробити власні підходи до управління ризиками. Впроваджуючи цей стандарт, організація може порівняти свою практику управління ризиками з міжнародним досвідом та поділитися власним. Стандарт ISO 31000:2009 розкривається за допомогою, представлених у ньому принципів: створення та захист вартості організації; інтегрування в усі організаційні процеси; частина процесу прийняття рішень; врахування невизначеності; систематичність, структурованість та своєчасність; ґрунтування на доступній надійній інформації; відповідність вимогам; врахування людського і культурного факторів; зрозумілість та прозорість; динамічність, повторюваність та схильність до змін; постійне вдосконалення організації.

Оцінка ризику відповідно до ISO 31000:2009 складається із трьох етапів: ідентифікація; аналіз; безпосередня оцінка. Процес оцінки ризику має бути систематичним.

5) -У 2002 р. у Великій Британії було опубліковано Стандарт з управління ризиками, що описує загальну концепцію управління ризиками, яка може бути застосована до будь-якої компанії. Зусилля по розробці об'єднали провідні організації з ризик-менеджменту: Інститут ризик-менеджменту (The Institute of Risk Management-IRM); Асоціація ризик-менеджменту і страхування (The Association of Insurance and Risk Managers-AIRMIC); Національний форум ризик-менеджменту в суспільному секторі (The National Forum for Risk Management in the Public Sector). Вказівки з

внутрішнього контролю містяться також в Об'єднаному Кодексі корпоративного управління Британської Ради фінансової звітності (Financial Reporting Council) у новій редакції, що діє з 2008 р. На сьогоднішній день на міжнародному рівні затверджена лише термінологія в області ризик-менеджменту (ISO/IEC Guide 73:2002), загальні ж вимоги до змісту процесів менеджменту, їх структури і складу містяться в стандартах.

Розглянемо офіційно затверджені норми впровадження систем управління ризиками в Україні:

1. Ще з 2004 р. Постановою Правління Національного Банку України № 361 від 02.08.2004 р. схвалено «Методичні рекомендації щодо організації та функціонування систем ризик-менеджменту в банках України» [34]. Відповідно до цього документу «ризик-менеджмент – це система управління ризиками, яка містить стратегію і тактику управління, спрямовані на досягнення основних бізнес-цілей банку». Ефективний ризик-менеджмент містить: систему управління; систему ідентифікації і вимірювання; систему супроводження (моніторингу та контролю). Документ є ґрунтовним з точки зору наявності термінологічного апарату. У ньому пропонуються конкретні методи оцінки ризиків, такі як капітал під ризиком, стрес-тестування. Основним методом управління ризиками вважають хеджування.

2. До Методичних рекомендації з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підвідомчих бюджетних установах включено розділ III «Управління ризиками» [30]. В ньому зазначено, що управління ризиками є складовою управління установою, виконання завдань і функцій та здійснюється керівниками всіх рівнів, працівниками установи. Під ризиком розуміють явище з негативними наслідками. Процес управління ризиками визначено як сукупність процесів ідентифікації, оцінки, визначення способів впливу та контроль. Ідентифікація ризиків передбачає визначення та класифікацію ризиків за категоріями та видами. За категоріями ризику розділяють на зовнішні, ймовірність виникнення яких не пов'язана з виконанням установою відповідних функцій

та завдань, та внутрішні, ймовірність виникнення яких безпосередньо пов'язана з виконанням установою покладених на неї функцій та завдань. За видами ризику розділяють на: нормативно-правові; операційно-технологічні; програмно-технічні; кадрові; фінансово-господарські, тощо. Варто відмітити, що така класифікація доволі поверхнева та потребує доповнення.

Оцінка ризиків може здійснюватися за критеріями ймовірності виникнення ідентифікованих ризиків та суттєвості їх впливу на здатність установи виконувати визначені актами законодавства завдання і функції для досягнення нею мети та стратегічних цілей. Пропонується складання таблиць (матриць), класифікованих та оцінених за критеріями ймовірності виникнення та впливу ризиків, визначених для конкретних функцій чи завдань, із зазначенням заходів контролю, відповідальних виконавців, термінів та індикаторів виконання таких заходів тощо.

3. Вимоги до організації і функціонування системи управління ризиками у страховика затверджені розпорядженням Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг в 2014 р. [27]. Відповідно до цього документу, управління ризиками – це процес, спрямований на виявлення, визначення, оцінку та врегулювання ризиків, а також контроль за дотриманням допустимих меж ризиків. Вперше вживається розповсюджене у світовій практиці поняття «карта ризиків» та деталізується стратегія управління ризиками. Виділяють такі групи ризиків: андеррайтинговий; ринковий; ризик дефолту контрагенту; операційний ризик та ризик учасника фінансової групи. Зокрема, для страховика, який здійснює види страхування інші, ніж страхування життя, андеррайтинговий ризик включає: ризик недостатності страхових премій і резервів; катастрофічний ризик.

Отже, існуючі практики управління та оцінки ризиків узагальнені в стандарті COSO-ERM та COSO ERM Integrated Framework. Визначено, що ризик-менеджмент має відповідати структурі цілей та організаційній структурі, та бути впровадженим в процес аналізу зовнішнього середовища,

постановку цілей, визначення факторів ризику, оцінку та реагування на ризики, контроль, інформацію та комунікації. У COSO II запропоновано алгоритм, методологію розробки критеріїв та шкал оцінювання ризиків. В стандарті ISO 31000:2009 враховуються людський та культурний фактори, встановлюються пріоритети по ризикам, охоплюються ризики з позитивними та негативними наслідками проте не використовуються фінансово-економічні показники оцінки ризиків. Стандарт FERMA призначений в першу чергу для ризик-менеджерів і не є обов'язковим. Стандарт зорієнтований на кількісну та якісну оцінку та звітування.

## РОЗДІЛ 2

### СУЧАСНІ МЕТОДИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ РИЗИКІВ У ДІЯЛЬНОСТІ ПУБЛІЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

#### **2.1. Методичний арсенал ідентифікації ризиків в діяльності публічних організацій**

У науковій літературі існує близько 50 методів якісного і кількісного аналізу ризиків, серед них чимало методів, які можна використовувати і для ідентифікації. Наразі найбільш поширеними методами ідентифікації ризиків є такі: «мозковий штурм»; метод Дельфі; метод номінальних груп; картки Кроуфорда; опитування експертів з великим досвідом роботи над проектами; ідентифікація основної причини; аналіз переваг і недоліків, можливостей і загроз (SWOT-аналіз); аналіз контрольних списків; метод аналогії; методи з використанням діаграм [25]. Окремі дослідники, крім зазначених, пропонують також використовувати метод диверсійного аналізу [42], метод Монте Карло [24], STEEPLED-аналіз з додаванням аналізу ринків, аналіз бізнес-процесів [21].

М. Ньюел [25] проводить порівняльний аналіз методів ідентифікації ризиків із визначенням їх переваг і недоліків і доходить висновку, що кожен з них може бути корисним. Здебільшого рекомендовані методи є експертними і метод «мозкового штурму» найбільш поширений серед них.

Найбільш правильним при ідентифікації ризиків є використання не одного, а декількох методів, які повинні враховувати всю специфіку та особливості конкретних ризиків для вирішення поставленого завдання. Кожен з методів має модифікуватися і адаптуватися під конкретні потреби шляхом удосконалення і подальшої еволюції. На вибір конкретного методу або комплексу методів у роботі з ризиками впливають різні фактори: доступність кваліфікованих ресурсів, характер і ступінь невизначеності даних та інформації, складність методу для його застосування. Перед тим, як обрати той чи інший метод, необхідно провести обґрунтування вибору

конкретних методів ідентифікації ризику із зазначенням їх придатності до застосування в заданих умовах функціонування. Результатом процесу ідентифікації ризиків має бути реєстр ризиків, що містить: перелік ідентифікованих ризиків; список потенційних дій з реагування; основні причини виникнення ризику; уточнення категорій ризиків. Якщо ризик ідентифікований повністю своєчасно і правильно, то це дозволить оптимально ним управляти.

Різні стандарти управління ризиками по-різному пропонують регламентувати роботу з формування процесу ризик-менеджменту на підприємстві. Так, відповідно до стандарту ISO 31000:2009 (Міжнародна організація зі стандартизації) процес ризик-менеджменту розглядається по 5 етапах: встановлення оточення; оцінка (ідентифікація; аналіз; оцінка) ризику; вплив на ризик; комунікація та консультування; моніторинг [59]. Відповідно до стандарту COSO ERM (Комітет організацій-спонсорів Комісії) цей процес має 8 етапів: визначення об'єкта управління; ідентифікація ризиків; аналіз ризиків; кількісна оцінка; оцінювання; визначення загроз і можливостей; прийняття рішень, обробка ризику і оцінка кореляції видів ризику і ступеня впливу на портфель; моніторинг [56]. За стандартом FERMA (Федерація європейських асоціацій ризик-менеджменту) цей процес проходить 7 етапів: визначення об'єкта стратегії управління; оцінка ризику (аналіз, ідентифікація джерел, опис, кількісна оцінка, оцінювання); визначення загроз і можливостей; прийняття рішень; обробка ризику; оцінка залишкового ризику; моніторинг [41]. Підприємство для організації системи ризик-менеджменту може використовувати будь-який із запропонованих підходів до формування процесу ризик-менеджменту. Крім того, побудований в організації процес управління ризиками має відповідати особливостям самої організації, її цілям і потенціалу. В будь-якому випадку потрібно розпочати із визначення переліку і опису ризикових подій, які можуть статись на підприємстві і потребують уваги. Ці процедури передбачають етап

ідентифікації ризиків, який представлений в будь-якому процесі ризик-менеджменту в організації.

Ідентифікація ризиків – процес виявлення, дослідження та опис ризиків, які можуть вплинути на досягнення цілей організації у рамках інтегрованої системи менеджменту. Цей процес включає виявлення джерел ризиків, дослідження подій, їх причин і можливих наслідків.

Перелік повинен бути максимально повним, так як неідентифіковані ризики можуть становити суттєву небезпеку для досягнення поставлених цілей, зумовлювати втрату контролю над процесами і привести до втрати перспективних можливостей. Таким чином, ідентифікація ризиків включає дії, спрямовані на визначення параметрів ризикової ситуації.

Стандарт ISO 31000:2009 передбачає також процес дескрипції ризику, сутність якого полягає у визначенні структурованої специфікації ризику, яка зазвичай має чотири розділи: джерела, події, причини та наслідки [59]. Під специфікацією розуміється формалізований опис властивостей, характеристик і функцій об'єктів. В ІТ-технологіях використовується специфікація вимог як закінчений опис поведінки програми, яку потрібно розробити. Специфікація процесу є алгоритмом опису завдань, що виконуються процесами. Специфікація

ризиків являє собою формалізацію процесу ідентифікації ризиків у вигляді конкретних таблиць, формулярів, матриць тощо, в яких підприємницькі ризики описуються за заздалегідь розробленими дескрипторами і визначеними критеріями, які мають відповідати поставленим цілям організації і її рівню толерантності до ризику.

Ідентифікація ризику також передбачає систематичне використання інформації, що використовується для визначення небезпек стосовно аспектів ризику або для опису ризикової ситуації. Інформація повинна включати історичні дані, теоретичний аналіз, висновки на основі інформації, а також інтереси зацікавлених учасників процесу управління.

Ідентифікація ризику має відповісти на питання «Що може відбуватися неправильно?» із визначенням можливих наслідків. Різновидами цього питання є такі: «Що такого сталося з того, що не повинно було статись? Якою мірою?» або «Що такого не сталося з того, що повинно було статись? Якою мірою?» Це становить основу для подальших етапів процесу управління ризиками. Для цього можна використовувати два логічних підходи.

За першого підходу спочатку визначаються всі можливі небезпечні наслідки, які можуть призвести до погіршення або покращання ситуації у розвитку або до відхилення від бажаних цілей, після чого визначаються джерела виникнення цих ситуацій і нарешті їх причини. При другому – ідентифікація починається з визначення причин ризикових подій, які виступають основою для визначення джерел, і після цього визначаються можливі наслідки їх реалізації. Кожен з цих підходів є основою для побудови системи класифікації ризиків, з якою підприємство в подальшому буде працювати.

Для упорядкування процесу ідентифікації ризиків широко використовуються різні системи класифікації, що задають напрямок пошуку. Виявлені ризики групуються й описуються в прийнятому в організації єдиному форматі, щоб спростити процес їх порівняння.

Організація процесу ідентифікації ризиків вимагає вирішення цілої низки питань: яку інформацію слід збирати; з яких джерел її можна отримати; яким чином цю інформацію потрібно систематизувати і зберігати; як її аналізувати.

Процес ідентифікації ризиків поділяється на комплекс робіт і передбачає використання відповідних інструментів: метод «мозкового штурму»; методи анкетування і опитування; бенчмаркінг; сценарний аналіз; аналіз характеру наслідків відмов (Failure Mode Effects Analysis – FMEA); аналіз характеру, наслідків та критичності відмов (Failure Mode, Effects and Criticality Analysis – FMECA); аналіз дерева помилок (Fault Tree Analysis –



FTA); аналіз експлуатаційної безпеки та критичні контрольні точки (Hazard Analysis and Critical Control Points – HACCP); аналіз експлуатаційної безпеки та працездатності (Hazard Operability Analysis – HAZOP); попередній аналіз експлуатаційної безпеки (Preliminary Hazard Analysis – PHA); ранжирування та фільтрація ризиків; відповідні статистичні методи тощо. Але загалом усі зазначені методи в основному базуються на досвіді та рівні кваліфікації особи, на яку покладено повноваження управляти ризиком.

Поняття ідентифікації і класифікації не є тотожними. Класифікація ризиків дозволяє розкрити їх належність до різних видових груп завдяки основним відмінним рисам, що можуть описати досліджуваний об'єкт. Таким чином, її потрібно розглядати як стандартну мову опису досліджуваного об'єкта. Поняття ідентифікації використовується для опису ризиків у конкретній організації з урахуванням її специфіки і галузевих особливостей у конкретний період часу.

Класифікація може виступати основою для ідентифікації в частині складання специфічного переліку ризиків на основі існуючого стандартного. Тому важливо використовувати «правильні» класифікатори для побудови обґрунтованої ідентифікації ризиків.

В економічному словнику класифікатор (від лат. Classis – розряд і facere – робити) визначається як систематизований перелік об'єктів (продукції, товарів, послуг), кожному з яких присвоюється певний шифр, код [11]. Класифікація об'єктів проводиться згідно з правилами розподілу заданої множини об'єктів на підмножини (класифікаційні угруповання) відповідно до встановлених ознак, а також їх відмінності або подібності. Класифікатор є стандартною кодовою мовою документів і фінансових звітів.

Потрібно враховувати такі вимоги для класифікації: достатня ємність і необхідна повнота, які гарантують охоплення всіх об'єктів класифікації у заданих межах; виправдана глибина; забезпечення можливості вирішення комплексу задач різного рівня; можливість розширення безлічі класифікованих об'єктів і внесення необхідних змін до структури

класифікації; забезпечення можливості сполучення з іншими класифікаціями однорідних об'єктів; забезпечення простоти ведення класифікатора. Класифікувати ризики можна за різними ознаками. При цьому необхідно прагнути не так зазначити всі види ризиків, як створити певну базову схему, яка дозволила б не упустити будь-які з них.

Для побудови класифікації необхідно визначити об'єкт, ознаки класифікації і класифікаційних угруповань. Об'єкт класифікації – це елемент класифікованої безлічі предметної області. Ознаки класифікації – це властивості або характеристики об'єкта, якими вона характеризується. Значення ознаки – якісне або кількісне вираження ознаки класифікації. Класифікаційне угруповання – частина об'єктів, яка виділена в окрему групу під час класифікації.

Відповідно до теоретичних підходів побудови класифікацій застосовують три методи: ієрархічний, фасетний і дескрипторний.

Вибір конкретного методу залежить від мети класифікації і особливостей предметної області.

Ієрархічна система – це послідовний поділ безлічі об'єктів на підлеглі класифікаційні угруповання. Особливістю такої класифікації є тісний зв'язок між окремими класами, які виділяються через спільність і відмінність основних ознак. В основу розподілу безлічі на підмножини покладено ступінь ієрархії. Спочатку потрібно виділити сукупність класифікаційних угруповань. Відмінності між угрупованнями полягають в різних ознаках. Кількість ознак і ступенів визначають глибину класифікації. Глибина класифікації теоретично нескінченна, але на практиці така класифікація занадто об'ємна і заплутана. В цьому разі може виникнути ситуація дублювання рівнів.

Фасетна класифікація – це паралельний поділ безлічі об'єктів на незалежні класифікаційні угруповання. Особливістю такої класифікації є визначення різних ознак, які не пов'язані між собою. Фасетна класифікація відрізняється гнучкістю, можливістю обмежувати кількість ознак і

угруповань, що створює певну зручність при її використанні. Її інформаційна місткість може бути збільшена шляхом виділення загальних і специфічних класифікаційних угруповань.

Дескрипторна (описова) система класифікації використовує мову опису інформаційних об'єктів (наприклад, тезаурусів), яка схожа на природну мову. Тезаурусні моделі засновані на принципі організації словників і містять певні мовні конструкції і принципи їх взаємодії в заданій граматиці. Ці моделі використовуються в системах-перекладачах, особливо в багатомовних перекладачах. Широко вона використовується в бібліотечній системі пошуку. У цих моделях кожному документу відповідає дескриптор (описувач), що має жорстку структуру. Дескриптор описує документ відповідно до тих характеристик, які потрібні для роботи з документами в базах даних, що розробляються. У табл. 2.1 подано рекомендації щодо використання методів класифікації ризиків для їх ідентифікації.

Таблиця 2.1

Рекомендації щодо використання методів класифікації ризиків для їх ідентифікації

Метод	Мета використання	Мета класифікації
Ієрархічний	Формування структури загального ризику підприємства за класифікаційними угрупованнями за визначеними ступенями класифікації (класифікаційними ознаками ризику), які пов'язані між собою	Опис господарської ситуації з визначення джерел ризику, які потрібні для врахування і управління, починаючи від вищого з поступовим переходом до нижчих рівнів, з деталізацією кожного наступного
Фасетний	Систематизація ризиків за класифікаційними угрупованнями, які не пов'язані між собою	Опис ситуації ризику з позиції всіх можливих ознак, які повно розкривають його зміст у процесі діяльності
Дескриптивний	Формування бази даних: перелік джерел, факторів, причин, наслідків, що описують сукупність ризикових ситуацій за ключовими словами	Пошук вже описаних об'єктів за визначеними дескрипторами (характеристиками, ключовими словами), які можуть мати значення для аналітика, покращити та прискорити пошук

Джерело [47]

Усі види класифікації є обґрунтованими і корисними для ідентифікації ризиків в організації. Попередньо побудований класифікатор може значно полегшити ідентифікацію ризиків в організації. По-перше, неперервний моніторинг настання ризикових подій значно легше здійснювати, якщо використовувати готовий список. Ідентифікація потребує постійного оновлення, так як деякі ризики в процесі діяльності можуть виникнути, а деякі просто перейти в категорію реальних проблем [28].

По-друге, необхідно здійснювати збір даних для наповнення бази даних для визначення кількісного впливу проблем, які спостерігались у минулому. Така статистика дозволить точніше визначати ймовірність і значущість впливу наслідків на ефективність діяльності організації. Їх послідовне використання дозволяє здійснювати ефективну ідентифікацію ризиків. Так, спочатку пропонується розробити фасетну класифікацію ризиків за найширшим колом ознак, які є найбільш важливими для аналітика. Потім побудувати ієрархічну класифікацію, яка описує предметну область з позиції досягнення цілі. І насамкінець необхідно сформулювати базу даних за допомогою набору ключових слів-дескрипторів, які описують предметну область для ідентифікації ризиків на постійній основі. Дескрипторна класифікація – основа стандартизації системи управління ризиками в діяльності організації, так як історія використання різних підходів до управління ризиками є дуже корисною для їх подальшого обґрунтування і використання.

У Стандарті ISO 31000:2009 ризик розглядається як результат, що може спричинити позитивний або негативний результат, який може вплинути на організацію стосовно досягнення нею цілей, тобто як результат невизначеності в досягненні цілей. Таким чином, при ідентифікації потрібно складати список не тільки потенційних небезпек, але й можливостей досягнення бажаних цілей.

Виходячи з робочого визначення господарського ризику, на якому базується управління ризиком, опис ризикових ситуацій має починатися з

формулювання цілі господарської діяльності підприємства. Відхилення від цілі характеризує ступінь ризику, а його величина повинна бути керованою змінною. Як правило, цілями управління підприємства є забезпечення ефективної, стабільної роботи.

Ступінь відхилення від цілі може бути вимірний різними способами, наприклад, як витрати або втрати економічного ефекту, що пов'язані з реалізацією певного рішення порівняно з тими, які очікувались за умови оптимального рішення.

Критерії ризику – це певні еталони, порівняння з якими дає можливість здійснити атестування ризику, зазвичай обумовлені цілями організації і джерелами ризику. При визначенні, яким чином цей ризик вплине на цілі діяльності організації, пропонується використовувати такі критерії: час роботи, обсяг надання послуги, витрати на надання послуги, ціна послуги, ціни на основні види ресурсів.

У процесі виявлення ризиків пропонується процедура, в ході якої аналітику потрібно отримати й оформити у відповідному формулярі відповіді на певні запитання. Приклад такого формуляру наведено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Форма реєстрації ідентифікованих ризиків або можливостей і  
рекомендації щодо її заповнення

Назва	Коротка назва ризику або можливості
Короткий опис	Коли може виникнути ризик? Має включати джерела, події, наслідки і їх вплив на результати діяльності Що може виступати джерелом ризику? Яка подія з тих, що можуть статись: - негативно або позитивно вплине на досягнення цілей організації; - обумовила б такі дії зацікавлених осіб, які б вплинули на досягнення цілей організації?
Зв'язок із стратегічними цілями	Який саме вплив на цілі матиме ця подія? (Збільшення або зменшення поставлених цілей, запланованого результату; зниження або підвищення доцільності досягнення поставлених цілей) Як це вплине на час роботи, надання медичної послуги, витрати на надання послуги, ціна послуги, ціни на основні види ресурсів?
Відділ або сфера,	На яку саме сферу діяльності підприємства можуть вплинути ці

з якими цей ризик або можливість тісно пов'язані	події? Внутрішні (за ланками ланцюга створення вартості продукції), зовнішні (макро-, мікросередовище) Як саме нині відбувається вплив на ризик?
Відповідальна особа	Хто несе відповідальність за поведження з ризиком? Хто є ініціатором виникнення ризикової ситуації?

Джерело [47]

Ідентифікацію всіх ризиків і можливостей організації можна здійснювати, визначаючи їх вплив на цілі діяльності організації. Кожному з визначених ризиків або можливостей потрібно надати коротке ім'я або назву. Перелік усіх ризиків або можливостей потрібно записати у спеціальному документі, в якому також слід описати кожен ризик або можливість шляхом уточнення інформації про їх джерела і наслідки. Це можна зробити за допомогою запропонованої форми [61].

## **2.2. Показники якості медичної допомоги, оцінювання якості та ефективності медичної допомоги публічними організаціями галузі охорони здоров'я**

Основною метою діяльності медичної організації є надання якісної і безпечної медичної допомоги населенню, тобто медичної допомоги належної якості, яка визначається як відповідність наданих медичних послуг сучасними уявленнями про її необхідний рівень і обсяг за даного виду патології з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і рівня конкретного медичного закладу [29, 31, 32, 33].

Одним із перших нормативних актів МОЗ України з питань якості був Наказ «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28 грудня 2002 р. № 507. На сьогодні цей Наказ скасований, але показники якості, визначені в ньому, залишаються актуальними й зараз. Міжнародна теорія управління якістю пропонує вивчати якість у системі медичної допомоги за такими характеристиками: професійною компетентністю, доступністю, економічною ефективністю, особистими взаєминами, результативністю, безперервністю і послідовністю, безпечністю, комфортністю.

Отже, доступність медичної допомоги - ступінь, за яким медична допомога може безперешкодно надаватися незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних факторів. Розглянемо суть характеристик якості медичної допомоги [26]:

1) Професійна компетенція - стосується рівня навичок та вмінь, які реалізуються в процесі діяльності людей, що надають медичне обслуговування, діяльності керівництва та обслуговуючого персоналу.

2) Результативність - мається на увазі ступінь, за якого лікування пацієнта приводить до покращання його стану або бажаного результату.

2) Міжособистісні стосунки - цей фактор стосується якості взаємодії між надавачами послуг і споживачами, а саме: між керівництвом і персоналом, медичними працівниками і пацієнтами.

4) Ефективність - надання оптимальної медичної допомоги населенню, тобто оптимальну кількість медичної допомоги, досягну при використуваних ресурсах.

5) Безперервність - ступінь, за якого пацієнт одержує необхідне йому обслуговування без перерв, припинень або надмірних повторів діагнозу чи лікування.

6) Безпечність - стосується ступеня, за якого система медичної допомоги знижує ризик пошкоджень, інфікування, шкідливих побічних явищ та іншої шкоди, заданої в процесі надання медичної допомоги.

7) комфортність - визначається як зовнішній вигляд і чистота всіх використуваних приміщень, обладнання та персоналу, а також заходи, що вживаються для забезпечення комфорту і зручності пацієнта.

Діяльність щодо забезпечення якості медичного закладу повинна спрямовуватися як на клінічний, так і на організаційний аспект надання медичних послуг. Комфортність належить до тих характеристик медичного обслуговування, які безпосередньо не стосуються клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на задоволеність пацієнта якістю обслуговування.

Серед усіх вищеперелічених показників необхідно особливо виділити професійну компетентність, яка віддзеркалює те, наскільки добре медичний працівник додержується клінічних протоколів і стандартів щодо надійності, охайності, послідовності. Це клінічні навички діагностики, лікування і профілактики захворювань, а також лікарські знання, мистецтво поставити правильний діагноз, вилікувати хворого. Наприклад, професійні навички лікаря-спеціаліста охоплюють такі вміння: одразу помічати ознаки й порушення, що заслуговують на подальшу увагу; збирати сфокусований анамнез, детально обговорюючи ситуації та епізоди, які безпосередньо стосуються робочого та диференціальних діагнозів; ефективно використовувати час для інтерв'ю; під час опитування за системами зосереджувати увагу на тих симптомах, які можуть надати відомості про фактори ризику та спрямувати діагностичний пошук; пристосовувати методику огляду до обставин, стану пацієнта та наявного часу, приділяючи першочергову увагу тим відхиленням, про які свідчить анамнез захворювання; під час огляду діяти методично правильно та ефективно, вміти розслабити пацієнта та встановити з ним інформаційний контакт, демонструючи увагу до людської гідності, віку, фізичного та психоемоційного стану, культурних та релігійних особливостей пацієнтів, уникаючи болю чи інших неприємних відчуттів під час маніпуляцій; а також мити руки перед та після огляду [35].

Важливими складовими якості медичної послуги для пацієнтів є зручність розміщення клініки та запису на прийом до лікаря, чистота та безпека, відсутність черг, ввічливість персоналу, грамотні відповіді співробітників клініки на поставлені запитання, нове обладнання, комфортне перебування в палаті, наявність аптеки та кафе і зазвичай кваліфікована медична допомога, відсутність ускладнень, можливість консультацій із лікарем після виписування із стаціонару. Отже, серед показників якісної медичної допомоги – її доступність, своєчасність, адекватність, фаховість, економічність, а також спрямованість на пацієнта, що повинна бути



визначальним критерієм якості. Порівняння національних та міжнародних показників якості наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

## Перелік показників якості надання медичної допомоги

Національний показник якості медичної допомоги	Міжнародний показник якості медичної допомоги
1. Доступність	1. Доступність
2. Економічність	2. Професійна компетенція
3. Ефективність	3. Результативність
4. Наступність	4. Міжособистісні стосунки
5. Науково-технічний рівень	5. Ефективність
6. Рівень додержання технологічності	6. Безперервність і послідовність
7. Рівень якості диспансеризації	7. Безпечність
8. Рівень якості діагностики	8. Комфортність
9. Рівень якості лікування	
10. Рівень якості обстеження	
11. Рівень якості профілактики	
12. Рівень якості реабілітації	
13. Ступінь задоволення пацієнта одержаною медичною допомогою	

Джерело [15]

В Інституті медицини при Національній академії наук США розробили та запропонували «Шість вимірів якості медичної допомоги для 21-го сторіччя» [19]:

1. Орієнтація на пацієнта – надавати допомогу з огляду та відповідно до індивідуальних потреб та уподобань пацієнтів, щоб задоволення очікувань пацієнта стали основоположними для ухвалення всіх клінічних рішень.

2. Безпека – забезпечувати захист пацієнтів від ушкоджень у процесі надання медичної допомоги.

3. Ефективність (клінічна результативність) – надавати допомогу за принципами доказової медицини лише тим, кому така допомога покращить стан, та не надавати її у разі, якщо допомога може зашкодити (уникати недостатнього та надмірного втручання). Ефективність діяльності медичної установи визначається ступенем досягнення встановлених для даної медичної установи цілей за певних витрат.

4. Своєчасність – скоротити час очікування та уникати затримок, які іноді можуть завдати шкоди не лише тим, хто послуги одержує, й тим, хто їх надає.

5. Раціональність (економічна ефективність) – уникати нераціонального використання обладнання, ресурсів, ідей та енергії.

6. Справедливість – повага до прав пацієнта, забезпечення надання медичної допомоги одного рівня якості незалежно від особистих характеристик, таких як, наприклад, стать, національність, місце проживання та соціально-економічний статус.

Доступність і якість медичної допомоги забезпечуються:

- організацією надання медичної допомоги за принципом наближеності до місця проживання, місця роботи або навчання;
- наявністю необхідної кількості медичних працівників та рівнем їх кваліфікації;
- можливістю вибору медичної організації та лікаря;
- застосуванням порядків надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги;
- наданням медичною організацією гарантованого обсягу медичної допомоги відповідно до програми державних гарантій безкоштовного надання громадянам медичної допомоги;
- встановленням відповідно до законодавства України вимог до розміщення медичних організацій державної системи охорони здоров'я та інших об'єктів інфраструктури у сфері охорони здоров'я, зазвичай на потреби населення;
- транспортною доступністю медичних організацій для всіх груп населення, зокрема інвалідів та інших груп населення з обмеженими можливостями пересування;
- можливістю безперешкодного і безкоштовного використання медичним працівником засобів зв'язку або транспортних засобів для перевезення пацієнта в найближчу медичну організацію у випадках, що

загрожують його життю і здоров'ю.

Якість медичної допомоги є одним із найбільш поширених об'єктів вивчення. Досягнення якості в лікарняних закладах вирішують декількома способами: 1) шляхом проведення оцінювання/експертизи якості медичних послуг; 2) шляхом здійснення контролю якості медичних послуг; 3) шляхом системного управління якістю (якість медичної допомоги; оцінювання (експертиза) якості медичної допомоги; контроль якості медичної допомоги; управління системами якості або менеджмент систем якості медичної допомоги).

Як бачимо, вирішення якості медичної допомоги має три різних підходи: оцінювання, контроль та управління. Необхідно зазначити, що лише управління/менеджмент якості згідно з міжнародними стандартами серії ISO 9001 є сучасним ефективним інструментом забезпечення якості медичної допомоги. В Україні на практиці застосовують усі три підходи щодо забезпечення якості медичної допомоги. Розглянемо послідовно кожен з них: від оцінювання якості до її забезпечення та управління нею.

Оцінювати якість у медицині прийнято з трьох позицій (тріада Донабедіана): оцінювання ресурсів, оцінювання технологій системи охорони здоров'я й оцінювання їх наслідків (результатів). Оцінюють усі три названі компоненти якості шляхом порівняння зі стандартом. Отже, можна визначити три основні групи об'єктів якості:

1) ресурси (медичні та фармацевтичні заклади, інформаційні установи, кадри та їх кваліфікація, матеріально-технічне оснащення);

2) процеси (лікувальні, діагностичні, профілактичні, реабілітаційні, організаційні та медичні технології);

3) наслідки медичних втручань (результати того чи іншого виду лікування захворювань, ефективність лікарської допомоги, соціально-економічні показники проведених будь-яких профілактичних заходів та ін.).

Для оцінювання ресурсів проводять ліцензування та акредитацію, а процесів і наслідків медичних втручань – зіставлення з медичними

стандартами діагностики та лікування хворих. Оцінюючи якість і ефективність медичної допомоги, необхідно брати до уваги дві групи чинників. Перша – це вибір медичних технологій, обумовлених вихідним станом основних фондів медичного закладу, забезпеченістю кадровими, фінансовими, матеріальними та інтелектуальними ресурсами, організаційними формами роботи. Друга – це адекватність медичних та організаційних технологій, їх додержання залежить від професійного рівня лікарів і медичних працівників, що включає кваліфікацію, моральні принципи та покликання.

Оцінювання якості й ефективності медичної допомоги повинне включати набір універсальних показників, що мають кількісне вираження, це дозволить у подальшому їх порівняти, підрахувати, математично обробити та ін. Набір універсальних показників дозволяє застосовувати їх на рівні окремого лікарняного закладу, його підрозділу, персонально для окремого лікаря, можливо, для оцінювання на територіальному рівні. Оцінювання якості лікування проводять за його результатами (виживання, функціональний стан, обмеження життєдіяльності) в пацієнтів із певними початковими захворюваннями чи станами (наприклад, рак молочної залози або інсульт), а також мірою задоволеності пацієнтів одержаною допомогою.

Саме результати лікування є принциповою мірою для оцінювання якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників. Наприклад, німецька система охорони здоров'я приділяє велику увагу якості послуг. Так, у німецьких клініках закон зобов'язує лікарні гарантувати і документально підтверджувати якість своїх послуг. Для кожної галузі діяльності встановлені свої критерії якості. Лікарні за законом зобов'язані щорічно надавати структуровані звіти про якість, з якими пацієнт може ознайомитися в Інтернеті. Один із заходів щодо забезпечення якості – лікарня може пропонувати певну методику лікування, лише в тому разі, якщо таке лікування проводять там не менше ніж певну кількість разів за один рік.

Таким чином, гарантується необхідний досвід і професіоналізм у тій чи іншій сфері. Іншим прикладом забезпечення якості в німецьких лікарнях є суворе додержання правил гігієни.

Медична якість та ефективність – це ступінь досягнення клінічного ефекту. Стосовно одного конкретного хворого – це одужання або поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій окремих органів і систем. На рівні закладів охорони здоров'я та галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників: питома вага вилікуваних хворих, зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму, зниження рівня захворюваності населення.

Медична ефективність відображає ступінь досягнення поставлених завдань діагностики і лікування захворювань з урахуванням критеріїв якості, адекватності й результативності.

Медичне втручання може бути більш результативним, якщо науковий рівень і практика його проведення забезпечують найкращий результат медичної допомоги за найменших витрат усіх видів ресурсів. Але навіть за ідеальної якості медичного обслуговування може бути не досягнута кінцева мета – збереження здоров'я людини.

Соціальна ефективність – це ступінь досягнення соціального результату. Що стосується конкретного хворого, то це повернення його до праці й активного життя в суспільстві, задоволеність якістю медичної допомоги. На рівні всієї галузі це збільшення тривалості майбутнього життя населення, зниження рівня показників смертності та інвалідності, задоволеність суспільства в цілому системою надання медичної допомоги.

Економічна ефективність – це співвідношення одержаних результатів і зроблених витрат. Розрахунок економічної ефективності пов'язаний із пошуком найбільш економічного використання наявних ресурсів. Цей показник є необхідною складовою ланкою в оцінюванні функціонування системи охорони здоров'я в цілому, окремих її підрозділів і структур, а також економічним обґрунтуванням заходів з охорони здоров'я населення.

Економічну ефективність в охороні здоров'я розглядають у двох напрямках: по-перше, ефективність використання різних видів ресурсів, по-друге, з точки зору впливу охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва в цілому.

Для оцінювання якості та ефективності медичної допомоги необхідно використовувати систему критеріїв, показників і понять, що належать до даного процесу і відображають його кінцеві результати. Критерії якості медичної допомоги для кожного медичного профілю розробляють на основі клінічних протоколів, порядків і стандартів. Такі критерії, як статистичні показники захворюваності, смертності, рівня матеріально-технічної забезпеченості закладів охорони здоров'я тощо, є узагальненими, знеособленими. Тобто вони дають лише загальне уявлення про стан здоров'я населення певного регіону, що можна розглядати як опосередкований результат діяльності медичних закладів. Оцінити кваліфікаційний рівень, професійні та особистісні якості конкретних лікарів і медичних сестер, задоволеність окремого клієнта наданою йому медичною послугою на підставі таких критеріїв неможливо.

Отже, оцінювання якості медичної допомоги через призму рівня стану здоров'я населення не повністю розкриває якість надання медичної допомоги, оскільки рівень стану здоров'я населення більшою мірою залежить від соціально-економічної політики держави, стану довкілля, способу життя населення, санітарно-епідеміологічного благополуччя, генетичного ризику та ін.

Основним чинником, що впливає на рівень стану здоров'я населення, є здоровий спосіб життя та ін., він обумовлює від 50 до 55 % питомої ваги всіх чинників, що визначають рівень стану здоров'я населення, в той час як частка охорони здоров'я становить близько 10 %.

Критерії якості покликані слугувати ідентифікації можливих проблем та можливостей удосконалення якості й повинні своєчасно привертати увагу

до тих питань, де доцільно провести спеціальні дослідження або вжити заходів щодо вдосконалення якості.

Аналіз різних підходів до критеріїв якості медичної послуги дозволяє виділити п'ять основних її складових елементів:

1) інформаційні показники медичних послуг: одержання в доступній для пацієнта формі наявної інформації про стан його здоров'я, відомостей про результати обстеження, наявності захворювання, його діагноз і прогноз, методи лікування і пов'язані з ними ризики, можливі варіанти медичного втручання, їх наслідки та результати проведеного лікування;

2) кваліфікаційні вимоги до лікарів: виконання вимог до професійної компетенції, обсягу знань, практичних умінь і навичок лікарів;

3) професійні якості лікаря: прояв компетенції у проведенні методик лікування, узгодженість дій і спадкоємність;

4) професійність надання медичної послуги: обґрунтованість, адекватність визначення обсягу лікування, додержання технології діагностики й лікування, одержання позитивного (очікуваного) результату наданої медичної допомоги щодо стану здоров'я пацієнта;

5) показники якості самого процесу надання послуги: задоволеність хворого лікарським і медсестринським обслуговуванням.

Водночас необхідно розуміти, що клінічні критерії – це ключова частина системи управління охороною здоров'я практично всіх країн ЄС та інших розвинених країн (Австралія, США). Зокрема, за визначенням Національної служби охорони здоров'я Великої Британії встановлено, що клінічний критерій – це інструмент, за допомогою якого можна визначити можливі проблеми та/чи можливості для підвищення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування. За належного використання критерії можна застосовувати для порівняння варіантів надання аналогічних медичних послуг у різних закладах та для оцінювання рівня цих послуг щодо національних стандартів. Критерії можна

використовувати як основу для оцінювання сучасної практики та бути відправною точкою для початку процесу вдосконалення догляду за хворими.

Особливу роль необхідно надавати розробленню критеріїв надання медичної допомоги. Критерій – вимірювач, що відображає зміни будь-якого параметра контрольованого процесу або об'єкта у формі, прийнятній для сприйняття людиною. Критерії діяльності – це показники, що дозволяють оцінити, наскільки результативно й ефективно медичні працівники, лікувально-профілактичні установи, страхові компанії надають або забезпечують медичну допомогу. Критерії можуть відображати поточну діяльність і результати діяльності (безпосередні, найближчі, віддалені). Отже, розуміння сутності критеріїв якості медичної допомоги важливе для успішної діяльності медичного закладу. У той самий час необхідно пам'ятати, що оцінити якість медичної допомоги, використовуючи лише низку критеріїв, – це не означає покращити її якість.

Забезпечити належний рівень якості – більш складне завдання, яке вимагає вибору адекватної і безпечної для пацієнта технології, створення необхідних за кількістю та якістю умов роботи й усіх видів ресурсів, що можливо лише за використання системи управління якістю згідно з ISO 9001. Отже, необхідно зазначити, що проблема якості та ефективності медичної допомоги сьогодні займає пріоритетне місце у міжнародній та вітчизняній охороні здоров'я.



### РОЗДІЛ 3

## ВПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ КЛІНІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РИЗИКАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКА МІСЬКА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ»

### **3.1. Аналіз фінансово-господарської діяльності КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» та стану надання дітям медичної допомоги**

Рішенням Хмельницької міської ради №11 від 27 грудня 2018 року затверджено Статут КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» (додаток Б) згідно якого є закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну медичну допомогу дитячому населенню в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та цим Статутом, а також вживає заходів із профілактики захворювань дитячого населення та підтримання громадського здоров'я.

Підприємство створене з метою реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, інтеграції та ефективного використання ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів в наданні доступної амбулаторно-поліклінічної, спеціалізованої (вторинної), високоспеціалізованої (третинної) стаціонарної медичної допомоги дитячому населенню міста Хмельницького, але не обмежуючись вказаним населеним пунктом, а також вжиття заходів з профілактики захворювань дитячого населення та підтримки громадського здоров'я.

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності підприємства є:

- 1) здійснення оперативного управління, організаційно-методичного керівництва роботи структурних підрозділів підприємства;
- 2) консультативно-діагностичні послуги;
- 3) стаціонарне лікування хворих;
- 4) експертиза і контроль якості медичної допомоги;
- 5) реабілітація хворих;

6) проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

7) надання невідкладної медичної допомоги хворим на інфекційні захворювання;

8) своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги дитячому населенню віком від 0 місяця до 17 років 11 місяців 29 днів, у стаціонарних відділеннях підприємства;

9) своєчасне та кваліфіковане надання медичної допомоги дитячому населенню віком від 0 до 17 років 11 місяців 29 днів, на амбулаторному прийомі в поліклініці та вдома хворим, котрі за станом здоров'я та характером захворювання не можуть відвідувати поліклініку, потребують ліжкового режиму та систематичного медичного нагляду;

10) здійснення придбання, перевезення, зберігання, реалізацію (відпуск), використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;

11) взаємодія з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;

12) підвищення якості медичної допомоги, шляхом широкого впровадження в практику досягнень медичної науки і практики, наукової організації праці, раціонального використання медичних кадрів;

13) удосконалення організації управління і стилю роботи керівних служб і функціональних підрозділів підприємства;

14) підготовка, підвищення кваліфікації та атестація медичних кадрів;

15) проведення широкої санітарно-освітньої роботи, направленої на покращення гігієнічних знань і виховання населення;

16) здійснення фінансово-господарської діяльності, види та напрямки якої погоджуються з Уповноваженим органом управління і не заборонені чинним законодавством;

17) здійснення навчально-методичної та науково-дослідницької роботи.

Підприємство має право займатися іншими видами діяльності не передбаченими у цьому Статуті і не забороненими законодавством України. Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику. Підприємство може бути клінічною базою вищих медичних навчальних закладів

усіх рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти.

В КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» амбулаторно-поліклінічна допомога здійснюється за такими напрямками як: педіатрія; неврологія; кардіологія; гінекологія; хірургія; урологія; травматологія та ортопедія; отоларингологія; очні хвороби; сурдологія; гастроентерологія; імунологія; алергологія; дерматологія; ендокринологія; гематологія; стоматологія; інфекційні хвороби; логопедія; забезпечення дитячим харчуванням дітей до трьох років.

Колективом КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» створюється заклад охорони здоров'я європейського рівня, результатом роботи якого є надання медичних послуг найвищої якості та надійності, з використанням нових технологій, що є конкуренто-спроможним на ринку медичної допомоги.

06.05.2019 року відбулась автономізація закладу та отримано статус комунального неприбуткового підприємства. Це дозволило укласти договір з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на 11 пакетів медичних послуг:

- 1) хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;
- 2) стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій;
- 3) медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках;

- 4) медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату;
- 5) медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи;
- 6) медична реабілітація немовлят, які народились передчасно, та/або хворими, протягом перших трьох років життя;
- 7) стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям;
- 8) езофагогастродуоденоскопія;
- 9) бронхоскопія;
- 10) діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей;
- 11) амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу.

КП «ХМДЛ» отримує дохід від наданих послуг навчання в інтернатурі за навчальним планом, а саме реалізовує послугу з навчання лікарів-інтернів за такими напрямками: стоматологія-ортодонтія; анестезіологія; хірургія; педіатрія; отоларингологія; неонатологія.

У 2019 році розроблено проектний план реконструкції під відділення невідкладної допомоги, реанімації новонароджених, а також відділення неврології.

Якщо розглядати фінансові результати діяльності підприємства за період з 03.05.2019 року по 01.10.2020 року (табл. 3.1) КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» працювало з негативним фінансовим результатом (Додатки В 1, В 2).

Таблиця 3.1

Звіт про фінансові результати КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» за період з 06.05.2019 року по 01.10.2020 року

Фінансові результати	Абсолютні величини		Зміни, тис.грн.
	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	

Чистий дохід (виручка) від реалізації продукції, товарів (робіт), послуг	275	43854,3	43579,3
Інші операційні доходи	62970	34713,9	-28256
Інші доходи	83,2	1944,9	1861,7
Разом доходів	63328,2	80513,3	17185,1
Собівартість реалізованої продукції, товарів (робіт), послуг	61799,5	34231,4	-27568
Інші операційні витрати	3889,7	38571,3	34681,6
Інші витрати	107,9	16,5	-91,4
Разом витрати	65797,1	72819,2	7022,1
Фінансовий результат до оподаткування	-2468,9	7694,1	10163
Податок на прибуток	0	0	0
Чистий прибуток (збиток)	-2468,9	7694,1	10163

Джерело [Фінансова звітність підприємства]

Дохід від реалізації продукції, товарів (робіт), послуг за 9 місяців 2020 року порівняно із неповним 2019 роком (починаючи з 03.05.2019 року) зріс на 43579,3 тис. грн. та становив відповідно 43579,3 тис.грн. При цьому за цей же час собівартість реалізованої продукції, товарів (робіт), послуг зменшилася на 27568 тис. грн. та становила відповідно 34231,4 тис.грн. Така ситуація позитивно вплинула на вихід медичного підприємства із збитків (зокрема, станом на 31.12.2019 року чмстий збиток склав 2468,9 тис.грн.) на рівень чистого прибутку за результатами 9 місяців 2020 року, які відповідно склали 7694,1 тис.грн.

Необхідно відмітити важливий зв'язок між спектром укладеними договорами з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) 11 пакетів медичних послуг та кадровим потенціалом комунального некомерційного підприємства.

Аналізуючи кадровий потенціал, необхідно відмітити те, що штатним розкладом КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» на 2020 рік затверджено 874,75 шт. од., з них фактично зайняті - 782 шт. од. (фізичних осіб – 763, в т.ч. у відпустках по догляду за дітьми – 82). Тобто укомплектованість штатів складає 87 %. При цьому, 73 % медичних сестер та 88 % лікарів мають атестаційні категорії (рис. 3.1).

Забезпеченість стаціонарною допомогою КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» визначається, у першу чергу, кількістю ліжок, кількістю

хворих, що прибули на лікування протягом певного періоду, та кількістю днів перебування хворого в ліжку.

Для характеристики використання ліжкового фонду (табл. 3.2) можуть бути використані наступні показники:

1) використання ліжкового фонду – відношення кількості проведених у лікарні ліжко-днів до середньорічної кількості фактично розгорнутих ліжок.

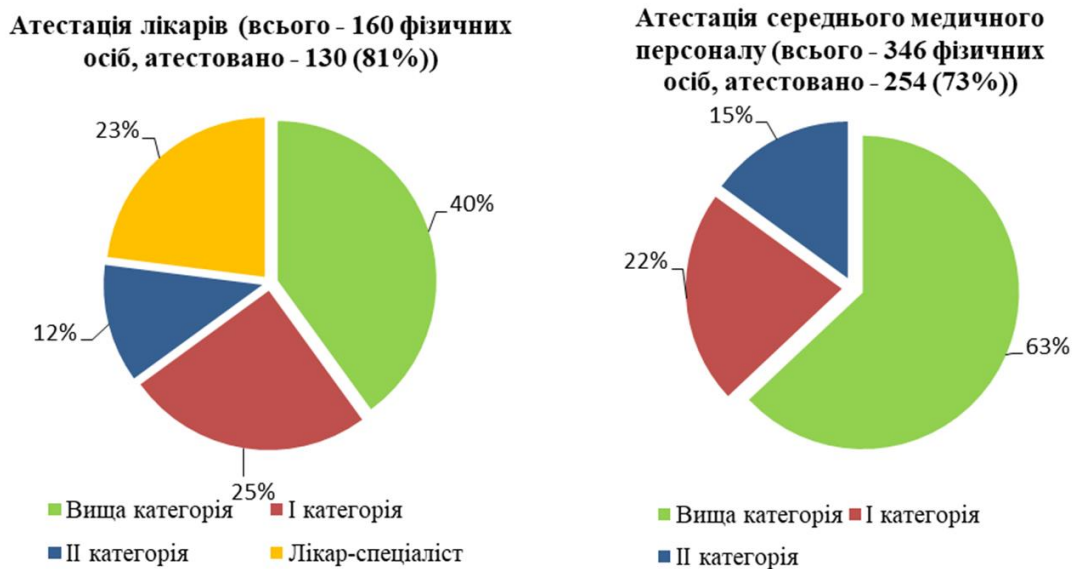


Рис. 3.1. Атестація медичного персоналу КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Джерело [Дані підприємства]

Добуток цієї величини на кількість днів роботи закладу характеризує його пропускну спроможність. Так, у 2019 році спостерігається зниження пропускну спроможності з 101,1 до 96,3.

Таблиця 3.2

Виконання плану ліжкодня та середній термін лікування (днів)

Назва	Виконання плану л/днів		Зайнятість ліжка		Обіг ліжка		Середній термін лікування	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Всього по лікарні	101,1	96,3	328,8	314	30,2	29,9	10,9	10,5

Джерело [Дані підприємства]

2) зайнятість лікарняного ліжка – середня кількість днів зайнятості ліжка на рік. Обчислюється, в цілому, по стаціонарах та окремих відділеннях

як відношення ліжко-днів, проведених хворими у стаціонарі протягом року, до середньої кількості ліжок. Щодо даного показника, то у 2019 році також спостерігається зниження зайнятості ліжка на 14,8 днів.

3) обіг лікарняного ліжка – середня кількість хворих, які пройшли курс лікування на одному ліжку за рік. Обчислюється як відношення кількості вибулих із стаціонару хворих на середньорічну кількість ліжок у лікарні. Так, у 2019 році спостерігається зниження з 30,2 до 29,9 дітей, які пройшли курс лікування на одному ліжку протягом року.

4) середня тривалість перебування хворого на ліжку – обчислюється як відношення кількості проведених хворими ліжко-днів до кількості вибулих хворих (виписаних та померлих). Аналізуючи даний показник, необхідно відмітити про зменшення в середньому на 0,4 дні терміну лікування маленьких пацієнтів.

5) летальність – обчислюється як відношення кількості померлих у стаціонарі за звітний період до кількості вибулих (виписаних та померлих) за цей період. Інформація щодо даного показника відображена на рис. 3.2

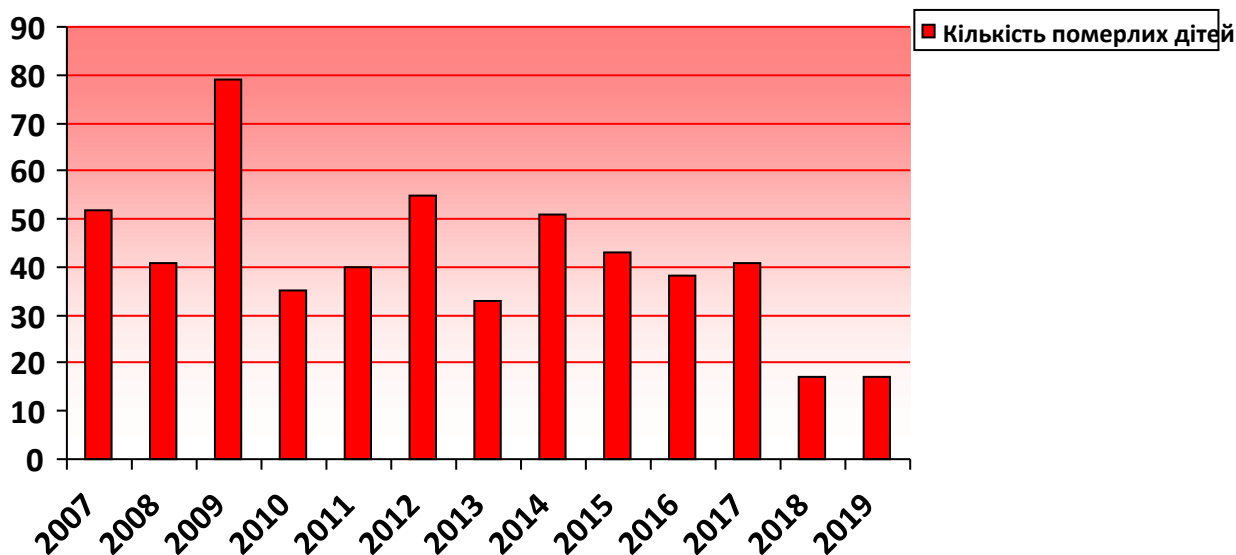


Рис. 3.2. Динаміка показника летальності дітей протягом 2007-2019 років у КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Джерело [Дані підприємства]

Якщо розглядати структуру летальних випадків, які сталися з маленькими пацієнтами, то ситуація наступна: 62% припадають на перинатальні причини, 25% - вроджені аномалії розвитку, на рівному рівні (близько 6,5%) це хвороби нервової системи та травми (в тому числі й отруєння).

Повертаючись до аналізу фінансових показників, зупинимося на аналізі стану підприємства за період з 04.05.2019 року по 01.10.2020 року, який провести допоможе баланс КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» (додатки Б 1, Б 2), табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Склад та структура активів КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»  
за період з 06.05.2019 року по 01.10.2020 року

Актив	Абсолютні величини		Питома вага, %		Зміни	
	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	в абсолютних величинах	у питомій вазі
I. Необоротні активи	26795	30612,4	82,53	71,43	3817,30	-11,09
– нематеріальні активи	12,3	8,8	0,04	0,02	-3,50	-0,02
незавершені капітальні інвестиції	1672	1121,5	5,15	2,62	-550,50	-2,53
– основні засоби	25111	29482,1	77,34	68,80	4371,30	-8,54
II. Оборотні активи, у т.ч.:	5673,8	12241,7	17,47	28,57	6567,90	11,09
– запаси	5396,3	7140,3	16,62	16,66	1744,00	0,04
– дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	0,00	63,2	0,00	0,15	63,20	0,15
– за виданими авансами	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
– розрахунки з бюджетом	110,7	153,1	0,34	0,36	42,40	0,02
Інша поточна заборгованість	0,3	11,5	0,00	0,03	11,20	0,03
Поточні фінансові інвестиції	0,00	130	0,00	0,30	0,00	0,00
Грошові кошти та їх еквіваленти	158,1	4726,7	0,49	11,03	4568,6	10,54
витрати майбутніх періодів	8,4	16,9	0,03	0,04	8,50	0,01
Інші оборотні активи	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Баланс	32469	42854,1	100	100	10385,20	0,00

Джерело [Фінансова звітність підприємства]



Дані таблиці 3.3 стверджують те, що найбільшу питому вагу в активах підприємства займають основні засоби, станом на 31.12.2019 р. – 25111 тис.грн, а станом на 01.10.2020 року - 29482,1 тис. грн. Крім того оборотні активи на кінець періоду зросли на 6567,90 тис грн., оскільки їх частка в питомій вазі зросла на 11,09 %.

Таблиця 3.4

Склад та структура пасивів КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»  
за період з 06.05.2019 року по 01.10.2020 року

Пасив	Абсолютні величини		Питома вага, %		Зміни	
	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	станом на 31.12.2019	станом на 01.10.2020	в абсолютних величинах	у питомій вазі
Власний капітал	32602,4	14588,6	100,4	34,0	-18013,8	-66,4
Додатковий капітал	2933,4	14698,4	9,0	34,3	11765,0	25,3
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	-3217,6	5582,1	-9,9	13,0	8799,7	22,9
Довгострокові зобов'язання, цільове фінансування та забезпечення		7722,4	0,0	18,0	7722,4	18,0
Поточні зобов'язання	150,7	262,6	0,5	0,6	111,9	0,1
– кредиторська заборгованість за товари, роботи, послуги		49,4	0,0	0,1	49,4	0,1
розрахунки з бюджетом	6,4	21,8	0,0	0,1	15,4	0,0
розрахунки з оплати праці	102,7	135,7	0,3	0,3	33,0	0,0
Доходи майбутніх періодів	27,6	41,7	0,1	0,1	14,1	0,0
Інші поточні зобов'язання	14,0	14,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Баланс	32468,9	42854,1	100,0	100,0	10385,2	0,0

Джерело [Фінансова звітність підприємства]

Найбільшу питому вагу в структурі пасиву балансу (таблиця 3.4) займають власний капітал (34,0 %) та додатковий капітал (34,3 %). При цьому за останні 9 місяців можна прослідкувати зменшення власного капіталу на 18013,8 тис.грн. при одночасному зростанні на 11765,0 тис.грн. додаткового капіталу.

### **3.2. Загальні вимоги до впровадження системи управління якістю медичної допомоги як основа для імплементації сучасних технологій клінічного управління ризиками КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»**

Для надання якісної медичної допомоги та медичного обслуговування має важливе значення безпечне середовище з контрольованими ризиками, що не наносить шкоди, уражень і побічних ефектів. Це супроводжується суворим дотриманням ліцензійних умов здійснення медичної практики та критеріїв державної акредитації закладів охорони здоров'я, стандартів та УКПМД, що базуються на даних доказової медицини.

Медична допомога та медичне обслуговування більш безпечні та ефективні, якщо постійно контролюється і систематично аналізується робота закладу, а також чинники, що безпосередньо впливають на безпеку пацієнтів та персоналу закладу охорони здоров'я. Ця мета може бути досягнута, якщо керівник закладу та медичні працівники роблять висновки з власного досвіду, досвіду інших, а також розуміють, що пацієнти і представники громадськості є партнерами та роблять внесок у цей процес.

Аналіз медичної практики за допомогою клінічного аудиту є належним засобом контролю і поліпшення якості медичної допомоги та медичного обслуговування та підтримки проведення змін на практиці.

Клінічний аудит – процес поліпшення якості медичної допомоги за допомогою систематичної перевірки наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв із подальшим внесенням змін. На основі перевірки і ретроспективної оцінки елементів структури, процесу і результату медичної допомоги визначаються необхідні для підвищення якості перетворення на індивідуальному, колективному або організаційному рівнях. Подальший проспективний моніторинг підтверджує або спростовує доцільність змін медичної допомоги.

Головним принципом всього клінічного аудиту є те, що він має призводити до вдосконалення клінічної практики з покращенням

результатів лікування пацієнтів. Клінічний аудит забезпечує систематичний критичний перегляд якості клінічної практики мультидисциплінарною командою. За допомогою клінічного аудиту відстежуються процеси діагностики, лікування та догляду за пацієнтами, використані ресурси та вплив допомоги на результат та якість життя пацієнтів.

Аудит порівнює актуальну практику із стандартами здійснення медичної практики. В результаті цього порівняння будь-які недоліки існуючої практики можна виявити та усунути.

Клінічний аудит є процесом вдосконалення якості, що спрямований на покращення догляду за пацієнтами та результатів через:

- систематичний перегляд допомоги у порівнянні з детальними критеріями, отриманими з клінічних стандартів;
- впровадження змін там, де допомога або результати не досягають очікуваного рівня;
- проведення повторного аудиту для забезпечення підтримки змін.

Класична модель вдосконалення якості КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» повинна відповідати на три ключових питання, які можна розташувати у будь-якій послідовності (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Модель удосконалення якості медичної допомоги КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Джерело [20]

Клінічний аудит – процес, що включає цикл безперервного вдосконалення допомоги відносно стандартів, заснованих на лказах та складається з восьми етапів (рис.3.4).

Клінічний аудит вимагає використання ряду методів, запозичених з багатьох дисциплін, наприклад, організаційного розвитку, статистики чи управління інформацією. Клінічний аудит проводиться на локальному рівні у відповідь на місцеві потреби [16]:

- індивідуально медичним персоналом;
- групами медичних працівників у моно- або мультидисциплінарних командах.



Рис. 3.4. Цикл клінічного аудит

Джерело [20]

До процесу управління ризиками активно залучаються пацієнти, громадськість та інші зацікавлені сторони, рис. 3.5.

Стратегічні завдання системи управління ризиками мають зв'язок із інституційними завданнями. Потенційні загрози та проблеми закладу

визначаються на стратегічному (система охорони здоров'я) та локальному (регіон, заклад охорони здоров'я) рівнях.

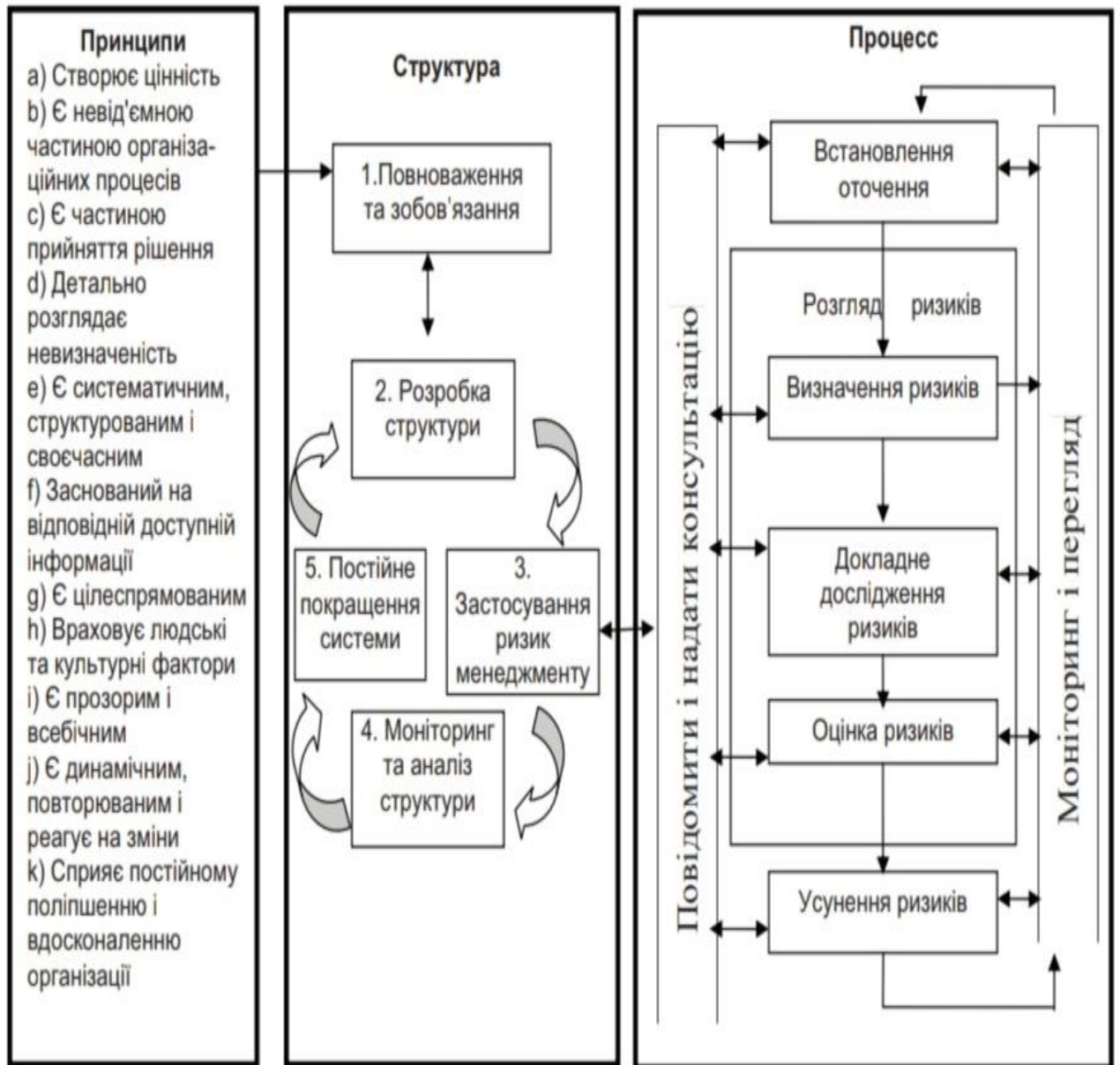


Рис. 3.5. Взаємозв'язок між принципами, структурою і процесом менеджменту ризику

Джерело [20]

Адекватність оцінки ризиків та плани дій щодо ризиків є пріоритетним і регулярно переглядаються.

Управління ризиками інтегороване в процес прийняття рішень у закладі щодо створення умов праці, сприятливих для безпечного навчання та професійного вдосконалення. Інформація, отримана на державному та

локальному рівні, використовуються для впровадження найкращої практики, стимулювання навчання та зниження ризиків.

На нашу думку, необхідно звернутися до Стандарту ISO 9001:2015, який в свою чергу визначає, що необхідно робити для впровадження системи управління якістю, але не визначає, як це потрібно робити в конкретній організації. Система управління якістю – це індивідуальна система управління якістю для конкретної організації яка базується на принципах і методології ISO 9001. Перевагами застосування системи управління якістю відповідно до вимог міжнародних стандартів серії ISO 9001 є: забезпечення узгодженості у виконанні різних видів робіт; встановлення причини низької ефективності; встановлення процесного підходу; визначення цілей та завдань у сфері якості на основі контрольних показників для оцінювання поліпшень.

При цьому на рівні комунального некомерційного підприємства, на нашу думку, можуть виникнути проблеми, що сповільнюють впровадження системи управління якістю в медичній організації, зокрема [13]:

1. Нерозуміння і неприйняття методології стандарту ДСТУ ISO 9001.
2. Сприйняття стандарту ДСТУ ISO 9001 як механізму контролю.
3. Трудомісткість процесу розроблення системи управління якістю.
4. Неприйняття економічно регульованої системи надання медичної допомоги.
5. Необхідність переоцінювання свого досвіду, досвіду колег, значення авторитетів.
6. Нерозуміння доказових підходів до вибору медичних технологій.
7. Вплив фінансових потоків на організацію медичної допомоги.
8. Розбіжність очікувань керівництва і співробітників із приводу пріоритетів у сфері управління якістю в медичному закладі.
9. Лячність одержання інформації сторонніми людьми.
10. Недостатнє технічне оснащення.
11. Відсутність зацікавленості в персоналу.

Для забезпечення якості медичної допомоги на сьогодні застосовують методологію управління (менеджменту) цим процесом, що базується на впровадженні вимог ДСТУ ISO 9001 «Система управління якістю. Вимоги» у версіях 2008 та 2015 рр. На нашу думку, процес розроблення стандартів медичної допомоги для КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» може мати вигляд, наведений на рисунку 3.6. Після того КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» визначить свої процеси, вона повинна їх контролювати, щоб оцінити результативність. Зазвичай це роблять шляхом встановлення ключових показників, або метрик, результативності процесів. Дуже важливо визначити, чи сприяють процеси організації у виконанні її цілей і завдань, саме для цього був спочатку створений процес. Наприклад, комунальне некомерційне підприємство може встановити мету: 2 % послуг, які не відповідають стандартам надання медичної допомоги. Тоді рівень невідповідних послуг, що дорівнює 1 %, повинен сигналізувати заклад про належне виконання робіт, а також проведення аналізу дій, щоб і надалі утримувати це значення.



Рис. 3.6 Процес розроблення стандартів медичної допомоги на прикладі КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Джерело [15]

Якщо процес не перевіряють і рівень невідповідності послуг підвищується більше ніж на 2 %, то медична організація повинна проаналізувати причину цього та вжити відповідних коригувальних заходів,

щоб процес кінцевого контролю повернувся в допуск. Але до цього часу проблема може призвести до зростання невдоволення споживача.

У табл. 3.4 наведено групи та види процесів в КП «Хмельницька міська дитяча лікарня». Щоб ефективно функціонувати, підприємство повинно управляти численними взаємозв'язаними та взаємодіючими процесами. Часто вихід одного процесу безпосередньо є входом наступного. Систематична ідентифікація й управління процесами, забезпечення їх взаємодії вважається «процесним підходом». Перевага процесного підходу полягає в безперервності управління, яке забезпечується на стику окремих процесів у межах системи, а також при їх комбінації і взаємодії.

Таблиця 3.4

## Групи і види процесів в КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

№ з.п	Група процесів	Вид процесів
1	Основні процеси	ОС-1 «Приймання і госпіталізація пацієнтів»; ОС-2 «Надання медичної допомоги в терапевтичному відділенні»; ОС-3 «Надання медичної допомоги в хірургічному відділенні»; ОС-4 «Надання медичної допомоги з анестезіології та реанімації»; ОС-5 «Надання медичної допомоги з гінекології та урології»; ОС-6 «Виконання лабораторних досліджень»; ОС-7 «Організація та надання харчування хворим»; ОС-8 «Організація сестринського процесу»; ОС-9 «Організація лабораторних досліджень». та інші процеси з надання медичної допомоги пацієнтам відповідно до специфіки лікарні
2	Підтримувальні процеси	ПТР-1 «Управління ІТ»; ПТР-2 «Навчання персоналу»; ПТР-3 «Логістичні процеси»: – процеси щодо прийому і руху пацієнтів; – процеси, що забезпечують рух «чистих» матеріалів; – процеси, що забезпечують рух «брудних» матеріалів; ПТР-4 «Процеси, що забезпечують діяльність персоналу» та ін.
3	Керувальні процеси	КЕР-1 «Управління персоналом»; КЕР-2 «Управління інфраструктурою»; КЕР-3 «Управління виробничим середовищем» (у лікарні під виробничим середовищем необхідно розуміти такі відділення: пральні, миття, утилізації, дезінфекції, дератизації, інженерні служби та ін.); КЕР-4 «Управління закупівлями і договорами»; КЕР-5 «Забезпечення фінансами»; КЕР-6 «Контроль з боку керівництва за функціонуванням СУЯ» та ін.

Джерело [15]



На нашу думку, для більш ефективного управління процесами на рівні КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» необхідно складати план, що передбачає такі розділи:

➤ вимоги до входу і виходу процесу. Наприклад, вимоги до медичної допомоги можуть включати стандарти з її надання, клінічні протоколи та рекомендації, лікарські формуляри, перелік необхідних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів;

➤ види діяльності (підпроцеси) всередині процесів. Наприклад, до лікувально-діагностичного процесу може входити клінічне обстеження хворого в приймальному відділенні, організація консилиумів, інструментальна і лабораторна діагностика, організація лікувального харчування, фізіотерапія, лікувальна фізкультура і т. ін.

Коли в центрі управління стоїть процес, то можна бачити рух об'єкта в часі і просторі, перехід його з одного стану в інший. З іншого боку, коли розглядають виробничі операції, то бачать роботу, яка виконується для цього перетворення. Схематичне зображення системи управління взаємозв'язаними та взаємодіючими процесами КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» подане на рис. 3.7.

Під час аналізу процесу вивчають потік об'єктів або продукції, а під час аналізу виробничих операцій – діяльність співробітників та обладнання. Перевага процесного підходу полягає в безперервності управління, яке забезпечує на стику окремих процесів у межах системи, а також при їх комбінації і взаємодії. При застосуванні в системі менеджменту якості такий підхід підкреслюється важливістю: 1) розуміння та виконання вимог; 2) необхідності розглядати процеси з погляду створення їм додаткових якостей та цінностей; 3) досягнення результатів функціонування процесу та його результативності; 4) постійного поліпшення процесів на основі об'єктивного вимірювання/оцінювання.

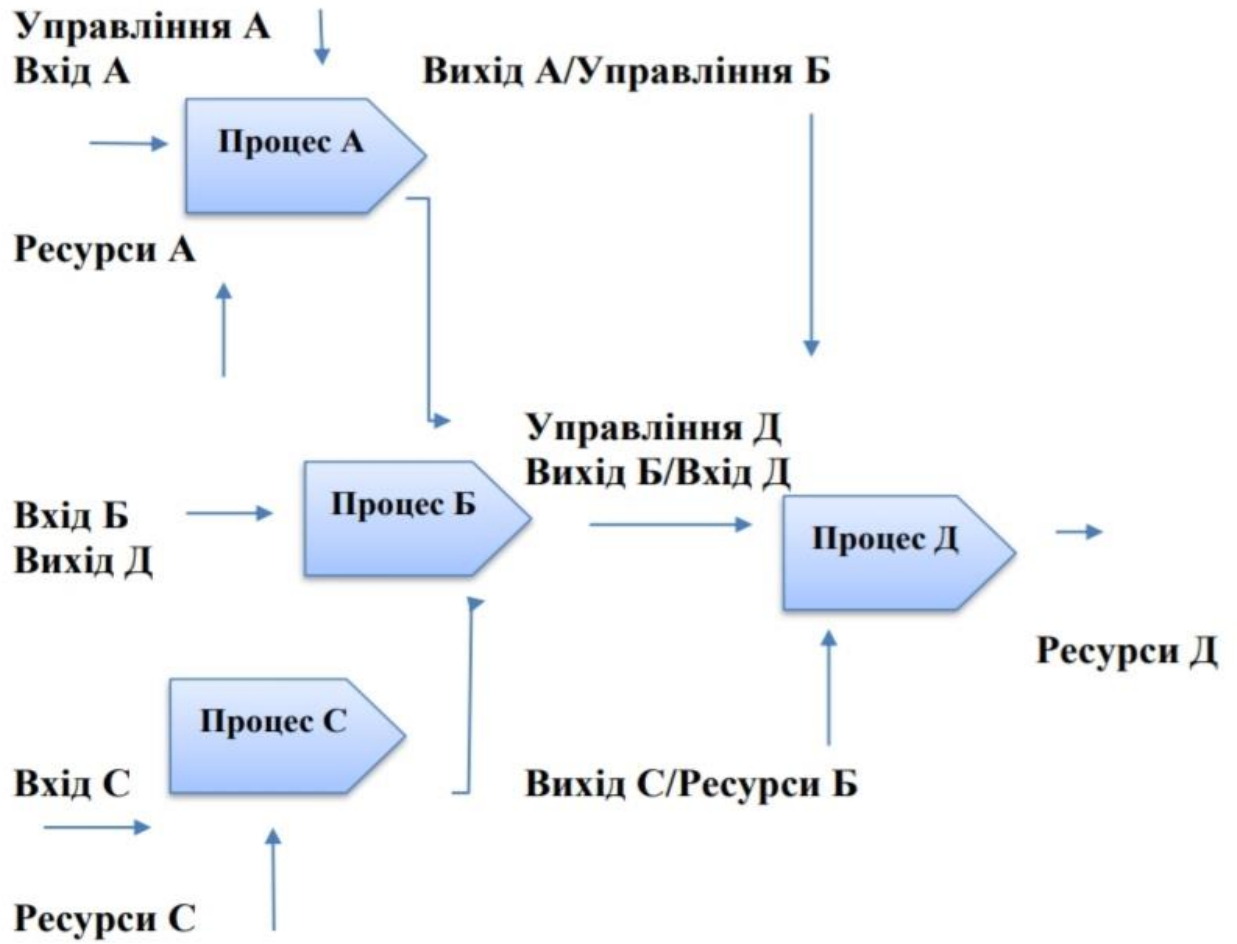


Рис. 3.7. Схематичне зображення системи управління взаємозв'язаними та взаємодіючими процесами КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Джерело [15]

КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» повинно визначити всі свої процеси. Ці процеси зазвичай багатoproфільні, включають адміністративні та інші служби підтримки, а також ті, що пов'язані з лікуванням. Це такі, як [5]:

а) розроблення та надання навчання співробітникам відповідно до компетенцій або посвідчень;

б) хірургічні процеси та необхідні допоміжні служби підтримки;

в) програма профілактичної та прогностичної підтримки;

г) розроблення та/або розроблення діагностичних протоколів/керівництв;

г) правильне оповіщення та кодування послуг;

д) безперервний догляд за пацієнтом, незалежно від стану або місця;

Усі співробітники медичної лікувальної установи повинні розуміти залежність якості послуг не лише від діяльності окремої людини, а й від їх спільної діяльності, оскільки пацієнт оцінює якість як комплекс послуг. Фактично ми розглядаємо процес як складний і часто міждисциплінарний комплекс видів діяльності, унаслідок якого досягається певний результат. Прикладаючи дане уявлення до надання медичної послуги, ми пов'язуємо зміни в процесі з покращанням результатів, а також із ролями учасників роботи щодо надання медичної послуги в цій зміні.

У наданні медичних послуг можна виділити декілька потоків: потік пацієнтів, інформації, матеріалів, процесів надання клінічної допомоги, можлива також будь-яка комбінація цих потоків. Якість результату великою мірою залежить від якості процесу, який передбачає даний результат. Тому процес повинен бути постійно в центрі уваги продовж роботи з покращання якості. Щоб досягнути нового рівня в якості медичної діяльності, необхідно розглядати процес із декількох точок зору. Необхідно зазначити, що без застосування підходів, установлених ISO 9001, будь-який процес у медичній діяльності може бути набагато складнішим, ніж це необхідно. З цього випливає, що непотрібні етапи процесів та надлишкові види діяльності є причинами незадовільних результатів і більших витрат [8].

Описати процес означає: 1) визначити виконавця процесу; 2) визначити межі процесу – межі відповідальності та повноважень виконавця процесу; 3) визначити клієнтів/пацієнтів та виходи процесу; 4) встановити постачальників та входи процесу; 5) встановити ресурси, необхідні для виконання процесу; 6) описати технологію виконання процесу (наприклад, із використанням протоколу); 7) визначити критерії, за якими оцінюється результативність процесу; 8) визначити методи аналізу та покращання процесу, а також звітність перед керівництвом.

Таким чином, уся діяльність організації розбивається на процеси. Процесів повинно бути стільки, скільки необхідно та достатньо для

управління. Ресурси є вторинними щодо процесів: вони визначаються після встановлення процесів. Багато серйозних проблем якості виникає в «проміжках» між етапами кожного процесу, різними його функціями або у взаємовідносинах між різними підрозділами, які беруть у ньому участь. Усі недоліки процесу дають у підсумку додаткові витрати, що не покращують якості послуг, які отримує споживач. Щоб побачити й оцінити можливі проблеми, необхідно постійно контролювати всі процеси в діяльності медичної організації та аналізувати потенційні ризики для їх ліквідації або зменшення. Діяльність, пов'язана з покращанням якості, може одночасно зменшити витрати на надання медичної допомоги

На нашу думку, організація повинна розробити та впровадити, забезпечити функціонування і постійно покращувати систему управління якістю, включно необхідні процеси та їх взаємодію відповідно до ISO 9001:2015. Організація повинна покращувати систему управління якістю та її процеси шляхом: реалізації політики у сфері якості; досягнення цілей у сфері якості; результативного функціонування процесів; забезпечення відповідності продукції та послуг установленим вимогам; аналізування та оцінювання даних про функціонування системи управління якістю; розроблення та виконання коригувальних заходів; усунення або зниження ризиків у роботі та реалізації попереджувальних дій; проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю [12].

Організація повинна визначити процеси, необхідні для системи управління якістю, та їх застосування в КП «Хмельницька міська дитяча лікарня», а також установити:

- необхідні «входи» до цих процесів та їх очікувані результати – «виходи»;
- послідовність та взаємодію цих процесів;
- застосування критеріїв та методів (включно методи моніторингу, вимірювань та відповідні індикатори/показники діяльності), необхідних для

забезпечення результативного функціонування цих процесів та управління ними;

- ресурси, необхідні для цих процесів, та забезпечити їх наявність;
- покласти відповідальність за ці процеси та надати повноваження

щодо цих процесів;

- ризики та можливості відповідно до вимог ISO 9001:2015.

Необхідно оцінювати процеси та вносити зміни, необхідні для забезпечення того, щоб вони мали намічені результати. Показники результативності процесів – це кількісні та/або якісні параметри, які відображають результати процесу. Це характеристики, що мають істотний вплив на отримання виходу процесу та задоволення споживача. Оцінюючи результативність процесу, визначають: показники та методи оцінювання; періодичність такого оцінювання; форми записів за процесами, а також призначають відповідального за записи за процесами.

Показники результативності процесів – це кількісні та/або якісні параметри, які відображають результати процесу. Для цього необхідно визначити та застосувати критерії та методи: моніторинг, вимірювання та показники результатів діяльності, необхідні для ефективного функціонування системи управління якістю.

Моніторинг – це визначення статусу процесу його дієвості, а також визначення фактичних значень контрольованих параметрів процесу та порівняння їх із запланованими їх значеннями. Задані параметри моніторингу процесів зазначають у договорах, планах, стандартах організації, робочих інструкціях тощо.

Для ефективного функціонування процесів системи управління якістю необхідно розподіляти обов'язки, відповідальність та повноваження персоналу, враховуючи керівників і виконавців. Це повинно бути зазначено в документах, які описують процеси (стандарти організації, регламенти, карти процесів тощо) в положеннях про підрозділи, посадових інструкціях, наказах, розпорядженнях та в інших організаційно-розпоряджувальних документах.

Наступним важливим елементом для ефективності системи управління якістю є характеристика усіх видів ресурсів організації: людські ресурси, інфраструктура, середовище функціонування процесів; обладнання та засоби для моніторингу і вимірювань, база знань. Ресурси повинні бути достатніми для кожного процесу та виділятися відповідно до порядку, встановленого в організації.

Для поліпшення системи управління якістю в процеси для забезпечення досягнення запланованих результатів повинні бути вбудовані елементи ризик-менеджменту. Необхідно виявляти, аналізувати та оцінювати ризики, які можуть знизити результативність процесів. У кожному процесі необхідно розробити заходи, спрямовані на усунення ризику або на його зменшення та покращання процесів.

## ВИСНОВКИ

Основні наукові результати магістерської роботи дозволили розв'язати наукову проблему впровадження системи управління якістю медичної допомоги як основи для імплементації сучасних технологій клінічного управління ризиками на рівні комерційного неприбуткового підприємства. Узагальнення результатів дослідження дало можливість дійти таких висновків:

1. Визначено місце управління ризиками в діяльності публічної організації на основі систематизації наукових підходів до трактування поняття «управління ризиком». Розглянуто модель взаємозв'язку загроз діяльності суб'єктів господарювання та ризику втрати його фінансових ресурсів. Приділено увагу порушенню недотримання стандарту медичної допомоги, що дозволило ідентифікувати джерела можливих причин лікарських помилок, а також важливість елементів системи ризик-менеджменту в діяльності публічної організації.

2. Проаналізовано світові стандарти, які використовуються: для впровадження управління ризиками – COSO; для ідентифікації та управління ризиками – COSO Enterprise Risk Management Integrated Framework, Federation of European Risk Management Association, Закон Сарбейнса-Окслі, ISO 31000:2009, ISO/IEC Guide 73:2002. Також проаналізовано низку нормативних документів, якими офіційно затверджено норми впровадження системи управління ризиками в Україні.

3. Здійснено аналіз методичного арсеналу ідентифікації ризиків в діяльності публічних організацій. Встановлено, що найбільш правильним при ідентифікації ризиків є використання не одного, а декількох методів, які повинні враховувати всю специфіку та особливості конкретних ризиків для вирішення поставленого завдання. Представлено рекомендації щодо використання методів класифікації ризиків для їх ідентифікації (ієрархічний,

фасетний, дескриптивний), а також форму реєстрації ідентифікованих ризиків / можливостей, рекомендації щодо її заповнення.

4. Визначено, що основною метою діяльності медичної організації є надання якісної і безпечної медичної допомоги населенню. Охарактеризовано суть якості медичної допомоги за такими складниками як: професійна компетенція, результативність, міжособистісні стосунки, ефективність, безперервність, безпечність, комфортність. Це дозволило здійснити порівняння критеріїв національного та міжнародного показників якості медичної допомоги. Встановлено, що вирішення якості медичної допомоги має три різних підходи: оцінювання, контроль та управління. Аналіз різних підходів до критеріїв якості медичної послуги дозволив виділити п'ять основних її складових елементів: 1) інформаційні показники медичних послуг; 2) кваліфікаційні вимоги до лікарів; 3) професійні якості лікаря; 4) професійність надання медичної послуги; 5) показники якості самого процесу надання послуги.

5. Здійснено аналіз фінансово-господарської діяльності КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» та стану надання дітям медичної допомоги. У зв'язку із перетворенням закладу в комунальне неприбуткове підприємство, медичному підприємству вдалося укласти договір з Національною службою здоров'я України на 11 пакетів медичних послуг, що позитивно вплинуло на його прибутковість. Протягом 2007-2019 років спостерігається зниження малюкової смертності.

6. Запропоновано імплементацію сучасних технологій клінічного управління ризиками в діяльність комунального некомерційного підприємства як процесу вдосконалення якості, що спрямований на покращення догляду за маленькими пацієнтами. Необхідно зазначити, що управління ризиками інтегороване в процес прийняття рішень у закладі щодо створення умов праці, сприятливих для безпечного навчання та професійного вдосконалення. Рекомендовано для КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» здійснювати ідентифікацію таких процесів як: а) розроблення та надання



навчання співробітникам відповідно до компетенцій або посвідчень; б) хірургічні процеси та необхідні допоміжні служби підтримки; в) програма профілактичної та прогностичної підтримки; г) розроблення та/або розроблення діагностичних протоколів/керівництв; г) правильне оповіщення та кодування послуг; д) безперервний догляд за пацієнтом, незалежно від стану або місця;

На нашу думку, процес організації повинен покращувати систему управління якістю та її процеси шляхом: реалізації політики у сфері якості; досягнення цілей у сфері якості; результативного функціонування процесів; забезпечення відповідності продукції та послуг установленим вимогам; аналізування та оцінювання даних про функціонування системи управління якістю; розроблення та виконання коригувальних заходів; усунення або зниження ризиків у роботі та реалізації попереджувальних дій; проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева Т. Є., Петровська Т. Е. Ризик у ринковій економіці: навчальний посібник. Харків: Бурун и К. 2015. 128 с.
2. Балабанов И. Т. Основы финансового менеджмента : научное пособие. Москв: Финансы и статистика, 2019. 512 с.
3. Башинська І. О., Валянська А. О., Гомонюк Г. І. Управління ризиками як напрям забезпечення конкурентоспроможності підприємств. *Молодий вчений*. 2019. № 1(2). С. 413-416.
4. Богатырев А. М., Голубёноква Е .А. Применение метода Дельфи в процессе разработки стратегического плана. *Регіональні перспективи*. 2017. № 23. С. 21-23.
5. Богомаз В. М., Горох Є. Л., Ліщишина О. М. Индикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я. *Український медичний часопис*. 2018. № 1 (75) I–II. С. 12–26.
6. Борисова Т. Теоретичні аспекти управління ризиком на підприємстві. *Актуальні проблеми економіки*. 2005. № 7. С. 116-121.
7. Вітлінський В. В., Верченко П. І. Аналіз, моделювання та управління економічним ризиком: навчально-методичний посібник для самостійного вивчення дисципліни. Київ: КНЕУ, 2012. 292 с.
8. Гончарук В. Впроваджуємо стандарт ДСТУ ISO 9001:2009 в систему управління закладом охорони здоров'я. *Практика управління медичним закладом*. 2016. № 4. С. 76–85.
9. Гранатуров В. М., Литовченко І. В., Харічков С. К. Аналіз підприємницьких ризиків: проблеми визначення, класифікації та кількісні оцінки : монографія. Одеса : Ін-т проблем ринку та екон.-екол. досліджень НАН України, 2013.188 с.
10. Доба Н. М. Риск-менеджмент: конспект лекцій. Одесса: Наука и техника, 2019. 108 с.

11. Економічний енциклопедичний словник : у 2-х т. Т. 2 ; укл. С. В. Мочерний, Я. С. Ларіна, О. А. Устенко, С. І. Юрій. Київ : Феміна, 2016. 568 с.
12. Загальні підходи до впровадження системи якості медичної допомоги. *Практика управління медичним закладом*. 2015. № 1 (спецвипуск). С. 3–10.
13. Знаменська Т. К., Ковальова О. М., Похилько В. І. Концептуальні підходи до забезпечення якості та безпеки медичної допомоги новонародженим. *Перинатологія і педиатрія*. 2013. № 4 (56). С. 5–10.
14. Карпунцов М. Управління ризикостійкістю підприємства. *Економіка та держава*. 2018. № 9. С. 72-74.
15. Касянчук В. В., Бергілевич О. М., Сміянова О. І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015: навчальний посібник. Суми: Сумський державний університет, 2019. 246 с.
16. Кельжанова М. К., Косыбаева К. К., Турсынбекова Н. К. Анализ и совершенствование системы качества медицинской помощи. *Молодой ученый*. 2014. № 10. С. 77–80.
17. Лопатовський В. Оцінка необхідності використання процесу управління ризиками на підприємстві. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2018. № 6. Т. 1. С. 105–108.
18. Лук'янова В. В. Теоретичні аспекти управління підприємством в умовах невизначеності. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2016. № 4, Т.1. С. 111-116.
19. Майкл В. Управление проектами для профессионалов. Руководство по подготовке к сдаче сертификационного экзамена ; пер. с англ. А. К. Казаков. 3-е изд. Москва: КУДИЦ-Образ ; Санкт-Петербург: КУДИЦ-Пресс, 2016. 416 с.

20. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. URL: [https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/met\\_upr\\_ryzyk.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/met_upr_ryzyk.pdf) (дата звернення: 24.09.2020)

21. Методы идентификации рисков : сайт про риск-менеджмент, внутренний контроль и внутренний аудит. URL : [http://svk4u.ru/?page\\_id=377](http://svk4u.ru/?page_id=377)(дата звернення: 05.09.2020)

22. Мігус І. П., Лаптев С. М. Необхідність розмежування понять «загроза» та «ризик» при діагностиці економічної безпеки суб'єктів господарювання. *Ефективна економіка*. 2017. № 12. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua> (дата звернення: 03.10.2020)

23. Мур А., Хларден К. Руководство по безопасности бизнеса: Практическое пособие по управлению рисками. Москва: Филинь, 2018. 328 с.

24. Никитин И., Цулая М. Идентификация рисков. URL : <http://bainr.ru/article18.html> (дата звернення: 17.09.2020)

25. Ньюэль Майкл В. Управление проектами для профессионалов. Руководство по подготовке к сдаче сертификационного экзамена; пер. с англ. А.К. Казаков. 3-е изд. Москва: КУДИЦ-Образ; Санкт-Петербург: КУДИЦ-Пресс, 2006. 416 с.

26. Ориентировать системы здравоохранения на нужды людей – инновационный подход к улучшению здоровья. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-healthoutcomes.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-healthoutcomes.pdf) (дата звернення: 17.10.2020)

27. Про затвердження Вимог до організації і функціонування системи управління ризиками у страховика: Розпорядження Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг № 295 від 04.02.2014 р. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0344-14>.

28. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 427 від 20.07.2011 р.  
URL:<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11#Text>

29. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ МОЗ України № 454 від 01.08.2011 р. URL:  
<https://ips.ligazakon.net/document/MOZ13923>

30. Про затвердження Методичних рекомендацій з організації внутрішнього контролю розпорядниками бюджетних коштів у своїх закладах та у підвідомчих бюджетних установах: Наказ Міністерства фінансів України № 995 від 14.09.2012 р. URL:  
[http://minfin.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article/main?art\\_id=351955&cat\\_id=362118&search\\_param=%F0%E5%EA%EE%EC%E5%ED%E4%E0%F6%B3%FF&searchPublishing=1](http://minfin.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article/main?art_id=351955&cat_id=362118&search_param=%F0%E5%EA%EE%EC%E5%ED%E4%E0%F6%B3%FF&searchPublishing=1).

31. Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ МОЗ України № 732 від 21.09.2012 р. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ15124>

32. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 795 від 11.09.2013 р. URL:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>

33. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування : Наказ МОЗ України № 69 від 05.02.2016 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text>

34. Про схвалення Методичних рекомендацій щодо організації та функціонування систем ризик-менеджменту в банках України: Постанова Правління Національного Банку України № 361 від 02.08.2004 р. URL:

<http://www.bank.gov.ua/doccatalog/document;jsessionid=8FEB6509DBF0607D5EED2597BBED0CFE?id=36985>.

35. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

36. Про управління якістю медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 163 від 24.02.2010 р.. URL: [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100224\\_163.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html).

37. Рамазанова-Степкина Е. Роль міжнародної сертифікації медичних установ відповідно до ISO 9001 у підвищенні якості надання медичних послуг / ISTL, международная школа технического законодательства и управления качеством. URL: <https://www.trn.ua/articles/6786/> (дата звернення:21.11.2020).

38. Родионова М. Е. Комплексное управление рисками: обзор зарубежных стандартов. *Управленческие науки*. 2017. № 4. С. 23–26.

39. Слабкий Г. Індикатори оцінки діяльності обласних клінічних лікарень. *Журнал заступника головного лікаря*. 2016. № 2. С. 42–44.

40. Сліпачук С. Що таке ризик-менеджмент? *Контроль*. 2019. № 4. С. 86-93.

41. Стандарты управления рисками : Федерация Европейских Ассоциаций Риск-менеджеров. AIRMIC, ALARM, IRM: 2002, translationcopyright FERMA: 2003. URL : [http://www.ferma.eu/app/uploads/2011/11/a\\_riskmanagement-standard-russian-version.pdf](http://www.ferma.eu/app/uploads/2011/11/a_riskmanagement-standard-russian-version.pdf). (дата звернення: 24.10.2020).

42. Степанов В. Методы идентификации рисков. *Финансовый директор*. 2017. № 6. URL : <https://stepanov.by/2011/04/28> (дата звернення: 18.11.2020)

43. Степанюк Л.В. Методи ідентифікації ризиків в діяльності комунальних некомерційних підприємств. VIII Всеукраїнська заочна науково-практичній конференції «Становлення та розвиток місцевого

самоврядування в Україні». Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова. 7 грудня 2020 року. С. 45-47.

44. Страхування : підручник / керівник авт. колективу і наук. ред. С. С. Осадець. Вид. 2-ге, перероб. і доп. Київ.: КНЕУ, 2012. 599 с.

45. Тэпман Л. Н., Шванда В. А. Риски в экономике: учебное пособие для студентов вузов. Москва : ЮНИТИ, 2012. 379 с.

46. Уткин Э.А. Риск-менеджмент. Москва: ТАНДЕМ; ЭКМОС, 2017. 288 с.

47. Федулова І. Ідентифікація господарських ризиків. *Вісник Київського національного торговельно-економічного університету*. 2017. № 4. С. 89–103

48. Фломін Ю. В. Управління якістю медичної допомоги як важливий аспект менеджменту в охороні здоров'я. *Здоров'я нації*. 2012. № 4 (24). С. 67-74.

49. Хохлов Н. В. Управление риском. Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2019. 239 с.

50. Шапкин А.С. Экономические и финансовые риски. Оценка, управление, портфель инвестиций. Москва: Дашков и К, 2014. 544 с

51. Шпандарук В. Вдосконалення управління ризиками підприємств на засадах реалізації превентивних заходів. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2016. № 3. Т. 1. С. 241–244.

52. Якість медичної допомоги: вимоги українського законодавства. *Практика управління медичним закладом*. 2015. № 1 (спецвипуск). С. 11–29.

53. Belas, J., Bartos, P., Habanik, J., Novak, P. (2014). Significant Attributes of the Business Environment in Small and Medium-Sized Enterprises. *Economics and Sociology*, 7(3): 22–39.

54. EN 15224:2012 «Послуги в галузі охорони здоров'я. Системи управління якістю. Вимоги, що будуються на ISO 9001:2008».

55. EN 15224:2012 «Health care services. Quality management systems. Requirements based on EN ISO 9001:2008».

56. Enterprise Risk Management – Integrated Framework. Executive Summary. URL: [http://www.coso.org/documents/coso\\_erm\\_executivesummary.pdf](http://www.coso.org/documents/coso_erm_executivesummary.pdf) (дата звернення: 18.09.2020).

57. International Standard ISO 9000:2005. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary Third edition. Reference number ISO 9000:2005 (E). Geneva, 2005. 38 p.

58. ISO Guide 73:2009. Risk management. Vocabulary / International Organization for Standardization. URL: [http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue\\_ics/catalogue\\_detail\\_ics.htm?csnumber=44651](http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_ics/catalogue_detail_ics.htm?csnumber=44651) (дата звернення: 21.11.2020).

59. ISO / IEC 31010:2009 Risk management – Risk assessment techniques. URL :

60. [http://www.iso.org/iso/ru/catalogue\\_detail?csnumber=51073](http://www.iso.org/iso/ru/catalogue_detail?csnumber=51073) (дата звернення: 12.11.2020).

61. Kharlamova, G Investment attractiveness of Ukrainian regions: rating assessment and marketing promotion. Journal of International Studies. 2014. 7(1): 9–26.

62. Read P. Quality assurance in the Australian Health Care system // The Quality of Health Services in a United Europe: Lessons for Others. Proceedings of Tenth International Conference on Quality Assurance in Health Care. Maastricht, June 20–23, 2013.

63. Zavora T., Chepurny O. Forming the Diagnostics Methods of Social Security Condition in a Region. Economics and Sociology. 2014. 7(1): 228–243.

64. Zakharova O., Kratt O. Economic Study and Risk Estimate of the Investment in the Human Capital. Economics and Sociology. 2014. 7(2): 94–108



# ДОДАТКИ

**Перелік можливих причин порушень і лікарських помилок:**

а) пізня діагностика і не виправдано тривалий діагностичний процес, що спричинили пізній початок патогенетичної терапії і, як наслідок, запізніле лікування хворого, що було пов'язане з продовженням термінів фізичного і морального страждання пацієнта;

б) неправильна діагностика захворювання, що спричинило неадекватне лікування, продовження термінів лікування, розвиток можливих ускладнень і, як наслідок, завдання додаткових фізичних і моральних страждань, смерть;

в) помилковий вибір способу хірургічного втручання, виду медичної процедури або медикаментозної терапії, що спричинила погіршення стану хворого, розвиток ускладнень, продовження термінів лікування, можливу інвалідизацію, смерть;

г) помилки під час виконання хірургічних операцій, медичних процедур і медикаментозної терапії, що спричинили погіршення стану хворого, розвиток ускладнень, продовження термінів лікування, можливу інвалідизацію, смерть;

г) пізня госпіталізація, що супроводжується ускладненням стану хворого або потерпілого і яка спричинила додаткові фізичні і моральні страждання, смерть;

д) порушення правил транспортування потерпілого або хворого, що призвело до розвитку гострих ускладнень, критичного стану здоров'я, смерті;

е) порушення в лікуванні, що виражається в неохоченні інформації про лікувально-діагностичні заходи, які виконували на попередніх етапах діагностики й лікування, внаслідок якого погіршується стан здоров'я пацієнта;

є) не виправдано раннє виписування хворого із стаціонару; передчасне припинення амбулаторного або стаціонарного лікування;

ж) помилки або недбалість при веденні медичної документації, що призводять до помилкової або пізньої діагностики, порушення наступності в лікуванні, помилкового лікарсько-експертного висновку і, як наслідок, до завдання пацієнтові моральної шкоди;

з) неналежні санітарно-гігієнічні умови, що призводять до погіршення фізичного стану здоров'я, смерті;

и) грубе, нетактовне, неповажне, негуманне ставлення медичного персоналу до людини, яка звернулася до лікувально-профілактичного закладу за медичною допомогою; до пацієнта, який перебуває в стаціонарі в безпорадному стані; до хворого, якому проводять медичні процедури в порядку лікування або реабілітації.

































**Виконала:** студентка  
магістратури за спеціальністю  
281 Публічне управління та  
адміністрування заочної форми  
навчання \_\_\_\_\_ Л.В. Степанюк

**Науковий керівник:**  
доцент кафедри публічного  
управління та адміністрування,  
кандидат наук з державного  
управління \_\_\_\_\_ Т.В. Підлісна

**Робота допущена до захисту:**  
завідувач кафедри публічного  
управління та адміністрування,  
д.держ.упр., доцент \_\_\_\_\_ Е.В. Щепанський