

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет управління, адміністрування та туризму
Кафедра менеджменту, адміністрування та готельно-ресторанної справи

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра

Галузь знань 07 Управління та адміністрування

Спеціальність 073 Менеджмент

Освітня програма Менеджмент організацій

на тему:

Безпекоорієнтоване управління діяльністю закладу охорони здоров'я (на прикладі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради)

Шифр МРМО. 20027.00.00.00

Виконала:

студентка 2 курсу група МОмз _____

Романюк І.П.

Керівник:

д.е.н., проф. _____

Рудніченко Є.М.

До захисту допускаю:

Зав. кафедри менеджменту,
адміністрування та
готельно-ресторанної справи _____
д.е.н., проф.

Йохна М.А.

_____ 20__ р.

Хмельницький, 2021

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет	управління, адміністрування та туризму
Кафедра	менеджменту, адміністрування та готельно-ресторанної справи
Освітній рівень	магістр
Галузь знань	07 Управління та адміністрування
Спеціальність	073 Менеджмент
Освітня програма	Менеджмент організацій

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри _____

“ ____ ” _____ 2020 р.

ЗАВДАННЯ НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ МАГІСТРА

_____ Романюк Інни Петрівни _____

1 Тема роботи. Безпекоорієнтоване управління діяльністю закладу охорони здоров'я (на прикладі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради)

Керівник роботи Рудніченко Є. М., д.е.н., професор

Затверджена наказом ректора університету від “__” _____ 2021 р. № __

2 Строк подання студентом роботи на кафедру _____

3 Вихідні дані до роботи. Наукова та навчально-методична література, періодичні видання, нормативні та законодавчі акти, статистичні дані, звітність організації

4 Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ

РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

5 Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень):

1. Трактування поняття «економічна безпека»;
2. Складові безпекоорієнтованого управління;
3. Управління ризиками діяльності закладу охорони здоров'я;
4. Категорії ризиків діяльності закладів охорони здоров'я;
5. Спеціальності лікарів за поданими деклараціями;
6. Завдання закладів ПМСД відповідно до програм громадського здоров'я;
7. Медична допомога населенню КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної

допомоги №2» Хмельницької міської ради;

8. Основні техніко-економічні показники діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради;

9. Матеріально-технічне забезпечення КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради;

10. Концептуальна модель удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я;

11. Рекомендації з удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

6 Консультанти по проекту (роботі), із зазначенням розділів, що стосуються їх

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видано	Завдання прийнято

7 Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Термін виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1.	ВСТУП		
2.	РОЗДІЛ 1		
3.	РОЗДІЛ 2		
4.	РОЗДІЛ 3		
5.	ВИСНОВКИ		
6.	СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ		

Студент _____

Керівник роботи _____

РЕФЕРАТ

Тема: Безпекоорієнтоване управління діяльністю закладу охорони здоров'я (на прикладі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради).

Магістерська робота: 81 с., 15 рис., 19 табл., 44 літературних джерел.

Об'єктом дослідження є процес безпекоорієнтованого управління діяльністю КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я.

Метою роботи є наукове обґрунтування та розробка теоретичних і практичних рекомендацій щодо формування підходів та удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я.

Методи дослідження – методи систематизації та порівняння, метод емпіричного та теоретичного дослідження, метод системного аналізу.

Новизна роботи полягає у формуванні концептуальної моделі удосконалення безпекоорієнтованого управління закладом охорони здоров'я.

Сформовано рекомендації щодо вдосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я, які передбачають оптимізацію етапів механізму: організаційного етапу, етапу діагностики, управління, реалізації та контролю.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНЕ УПРАВЛІННЯ, РИЗИКИ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

БЕЗОПАСНООРИЕНТИРОВАННОЕ УПРАВЛЕНИЕ, РИСКИ,
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

KEYWORDS

SECURE-ORIENTED MANAGEMENT, RISKS, HEALTHCARE

ЗМІСТ

ВСТУП	4
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ	6
1.1 Теоретична сутність безпекоорієнтованого підходу до управління	6
1.2 Управління ризиками як складова безпекоорієнтованого управління в системі охорони здоров'я	13
1.3 Сучасні ризики діяльності закладів охорони здоров'я в системі безпекоорієнтованого управління	21
Висновки до розділу 1	27
2 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	28
2.1 Аналіз умов функціонування закладів первинного рівня охорони здоров'я	28
2.2 Дослідження діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради	36
2.3 Аналіз техніко-економічних показників діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради	45
Висновки до розділу 2	54
3 УДОСКОНАЛЕННЯ БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	56
3.1 Удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я	56
3.2 Формування концептуальної моделі удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я	62

3.3 Обґрунтування удосконалення медичних послуг КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради	67
Висновки до розділу 3	77
ВИСНОВКИ	74
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	77

ВСТУП

Процеси реформування системи охорони здоров'я спричинили появу певної невизначеності умов функціонування закладів охорони здоров'я. До того ж така невизначеність була посилена поширенням коронавірусної інфекції COVID-19. Це породило численні виклики, ризики та загрози для діяльності медичних закладів. В таких умовах великого значення набуває безпекоорієнтоване управління діяльністю закладів охорони здоров'я, головним завданням якого є саме подолання відповідної невизначеності та забезпечення стабільного і ефективного функціонування закладу зокрема та системи охорони здоров'я загалом.

На сьогоднішній день дослідженню проблематики безпекоорієнтованого управління присвячені праці багатьох вітчизняних науковців, зокрема: І. Башинської Д. Вершиніної, Л. Волощук, Н. Гавловської, Є. Рудніченка.

Серед зарубіжних вчених, які займалися дослідженням різних аспектів управління діяльністю закладів охорони здоров'я, в тому й числі на безпекознавчому рівні, варто відмітити праці А. Гейлінс, Дж. Даффі, П. Друкера, Г. Кохерс, Н. Малахової, Н. Меловатської, В. Соуера.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження теоретичних аспектів та розробка практичних рекомендацій щодо безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес безпекоорієнтованого управління діяльністю КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

Предметом дослідження є теоретичні аспекти та практичні процеси управління діяльністю КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

Теоретичною та методологічною основою кваліфікаційної роботи є сукупність наукових методів дослідження, зокрема: метод систематизації та

порівняння, метод емпіричного та теоретичного дослідження, метод системного аналізу.

Інформаційною базою дослідження є праці вітчизняних та зарубіжних вчених, нормативно-правові акти України, звітність та первинна документація КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

Новизна роботи полягає у формуванні концептуальної моделі удосконалення безпекоорієнтованого управління закладом охорони здоров'я.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ ОРГАНІЗАЦІЄЮ

1.1 Теоретична сутність безпекоорієнтованого підходу до управління

Сучасні особливості функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я, зумовлені її трансформацією, свідчать про наявність системних проблем, які поглиблюють ризики та загрози її подальшого розвитку. Реформування, яке розпочалося у 2018 році носить несистемний характер та здійснюється, головним чином, в межах фінансової складової. Це зумовлює гостру необхідність формування безпекоорієнтованого управління системою охорони здоров'я.

Сьогодні безпекоорієнтоване управління багато науковців ототожнюють із управлінням економічною безпекою соціально-економічної системи. Це цілком зрозуміло, оскільки економічну безпеку здебільшого трактують як «стан захищеності від впливу чи негативної дії різноманітних факторів». На нашу ж думку, підхід безпекоорієнтованого управління формується на основі двох складових: управління економічною безпекою та управління ризиками.

В таблиці 1.1 представлено трактування поняття «економічна безпека».

Таблиця 1.1 – Трактування поняття «економічна безпека»

Автор, джерело	Трактування поняття «економічна безпека»
Т. Г. Васильців [6, с. 18]	такий стан функціонування, за якого підприємство і його продукція є конкурентоспроможними на ринку та одночасно гарантується: найбільш ефективне використання ресурсів, інтелектуального і кадрового потенціалу; стабільність функціонування, стійкість та прогресивність розвитку; можливість протидіяти негативним впливам зовнішнього і внутрішнього середовища його функціонування

Продовження таблиці 1.1

З. Петряєва, О. Петряєв [30]	стан його захищеності від негативного впливу зовнішніх і внутрішніх погроз, дестабілізаційних чинників, за якого забезпечується стійка реалізація основних комерційних інтересів і цілей статутної діяльності
Є. М. Рудніченко [34, с. 13]	стан захищеності життєво важливих інтересів суб'єкта господарювання, що досягається шляхом гармонізації взаємовідносин із суб'єктами зовнішнього впливу та оптимізації внутрішньосистемних процесів і дозволяє за рахунок адаптації функціонувати та розвиватися підприємству в умовах об'єктивно існуючих невизначеностей, загроз та ризиків
Н. О. Лисенко, Н. В. Білошкурська [22 с. 19]	стан захищеності підприємства від негативного впливу чинників зовнішнього і внутрішнього походження, що досягається шляхом ефективного використання виробничих ресурсів, адаптації до змін, розробки та реалізації стратегічних напрямів розвитку для забезпечення стійкого функціонування та гармонізації власних інтересів з інтересами суб'єктів зовнішнього середовища
А. Фалович [39]	стан захищеності підприємства від загроз середовища діяльності, спроможність оперативного реагування на зміни у зовнішньому оточенні, що можуть негативно вплинути на його діяльність та вміння пристосовуватися до подій на які неможливо вплинути, при цьому забезпечуючи стабільність розвитку підприємства
Н. М. Гапак [9]	комплексна характеристика, під якою розуміють рівень захищеності всіх видів потенціалу підприємства від внутрішніх та зовнішніх загроз, що забезпечує стабільне функціонування та ефективний розвиток і потребує управління з боку керівництва підприємства
І.Л. Плетніков[31]	стан захищеності діяльності підприємства від зовнішніх і внутрішніх загроз, а також здатність адаптуватися до існуючих умов, які не впливають негативно на його діяльність
О.А. Грунін[12]	такий стан господарюючого суб'єкта, у якому він при найбільш ефективному використанні корпоративних ресурсів досягає запобігання, послаблення або захисту від існуючих небезпек та загроз або непередбачених обставин і в основному забезпечує досягнення цілей бізнесу в умовах конкуренції та господарчого ризику

Безпекоорієнтоване управління спрямоване на забезпечення стабільних умов діяльності, акцентуючи при цьому увагу на безпеці діяльності, включаючи формування безпечного середовища функціонування самого суб'єкта діяльності.

З наукової точки зору Д. М. Вершиніної [7], безпекоорієнтоване управління – це «вид управлінської діяльності сукупність скоординованих

дій, заходів та процесів, спрямована на досягнення оптимального рівня корпоративної безпеки в процесі та в результаті розвитку компанії».

В процесі формування та реалізації безпекоорієнтованого підходу до управління, необхідно, перш за все, конкретизувати основні поняття, якими оперує даний підхід. Такими поняттями є безпека, ризик, загроза та небезпека.

В більшості наукових досліджень поняття «безпека» розглядається як «стан захищеності». Так, до прикладу, юридична енциклопедія містить таке визначення: «безпека – це стан захищеності життєво важливих інтересів особи, суспільства і держави від зовнішньої і внутрішньої загрози» [40].

На думку Г.Назарової [26], поняття безпеки трактується як «стан стійкої (стабільної) динамічної рівноваги предмета, явища чи процесу, з метою збереження основних характеристик і параметрів, стабільності розвитку і функціонування.

Цілком логічно, що безпека розуміється як ознака відсутності небезпеки. Саме тому «небезпека» і «безпека» є протилежними поняттями.

З точки зору Є. М. Рудніченка, небезпека це «об'єктивно існуюча реальність, яка може порушити стан рівноваги суб'єктів і призвести до негативних наслідків» [34].

В сучасній науковій літературі часто можна зустріти думку про синонімічність понять «загроза» та «ризик». В роботі [35] загроза розглядається як «ще одна форм небезпеки – небезпека на стадії переходу з можливості у дійсність як наявна чи потенційна демонстрація готовності: відносно суб'єктів господарської діяльності – одних суб'єктів завдати шкоду іншим або по відношенню до процесів, явищ – негативно вплинути на господарську діяльність підприємства».

Ризик сьогодні здебільшого трактується як можливість негативного впливу певного фактору з відповідними наслідками. Так, Ю.В. Сенейко[36] стверджує, що під поняттям «ризик» варто розуміти «можливість настання певної ситуації, яка може виникнути в будь-якій діяльності і може

відхилитись від поставленої мети (привести до виникнення втрат або недоотримання прибутку) або залишитися незмінною». Крім того, автор дає визначення економічному ризику, пояснюючи його як «економічну категорію, що пов'язана з подоланням невизначеності та конфліктності у ситуації неминучого вибору у ході виробничо-господарської діяльності.

В роботі Є. М. Рудніченка [34] зазначено, що «ризик – це об'єктивно-суб'єктивна категорія, що пов'язана з певною мірою невизначеності результату внаслідок прийнятого рішення (дії і, або обставин).

Таким чином, ризик можна охарактеризувати, як можливість настання певних наслідків, що залежить від того чи іншого прийнятого управлінського рішення. Причому, не завжди такі наслідки можуть носити негативний характер.

На думку науковця І. О. Башинської [3], існують принципи, відповідно до яких має реалізовуватися безпекоорієнтоване управління організацією. До таких принципів належать [3]:

- принцип відповідності (усі заходи, дії керівництва, які пов'язані з реалізацією безпекоорієнтованого підходу мають відповідати чинному законодавству, а також загальній стратегії організації);
- принцип системності (безпекоорієнтоване управління повинно здійснюватися комплексно в межах всіх аспектів діяльності організації, з обов'язковим врахуванням усіх чинників, які можуть нести ризики та загрози діяльності);
- принцип неперервності (реалізація безпекоорієнтованого підходу до управління має здійснюватися на постійній основі, головним чином, за допомогою здійснення моніторингу та контролю на усіх етапах управління організацією);
- принцип своєчасності (безпекоорієнтоване управління передбачає першочергове здійснення превентивних заходів, а також прийняття управлінських рішень на основі повної, чіткої та актуальної інформації);

- принцип економічної доцільності (усі заходи, пов'язані з реалізацією безпекоорієнтованого управління, повинні бути обґрунтованими та відповідати фінансовим можливостям організації);
- принцип взаємодії та координації (безпекоорієнтоване управління реалізується в межах усіх підрозділів організації з встановленням зон відповідальності);
- принцип оцінювання та управління усіма, без виключення, ризиками та загрозами, навіть, якщо на них не передбачено фінансових ресурсів, і вони не можуть в даний момент бути оцінені кількісно.

В наукових джерелах можна знайти складові безпекоорієнтованого управління (рис.1.1). До таких складових Д. М. Вершиніна відносить [7]: оцінку ризиків, розробку та впровадження політики безпеки, визначення вимог, встановлення контролю та моніторингу зовнішнього та внутрішнього середовища.



Рис. 1.1 – Складові безпекоорієнтованого управління [7]

Вважаємо, що до таких складових варто віднести розробку та впровадження превентивних заходів. Пояснимо це тим, що безпекоорієнтоване управління будь-якою організацією повинно бути спрямованим на першочергову реалізацію саме превентивних заходів. Від успішності реалізації таких заходів буде залежати фінансова стійкість організації, її економічна безпека і реалізація стратегії організації загалом.

Згідно з думкою автора [7], оцінку ризиків необхідно здійснювати з метою своєчасного інформування керівництва про можливий вплив (здебільшого негативного характеру) на цілі та корпоративну безпеку суб'єкта. Оцінка ризиків може здійснюватися планово, шляхом проведення внутрішнього аудиту, або здійснюватися в терміновому порядку у зв'язку з виникненням непередбачуваних обставин чи подій (внутрішніх чи зовнішніх змін) з потенційним негативним наслідком їх реалізації. Як пояснює Д. М. Вершиніна [7], внутрішні зміни можуть бути викликані через зміни в системі управління, через зміни цілей організації, чи, навіть, через придбання нових ресурсів. А зовнішні зміни, головним чином, можуть бути викликані шляхом набрання чинності різних законодавчих актів тощо.

Інша складова – розробка та впровадження політики безпеки – визначається як формування певних обмежень щодо дій основних елементів внутрішньої системи та дій потенційних зловмисників. Розробка політики безпеки та її впровадження здійснюється керівництвом організації, задіяними підрозділами, а також відповідними фахівцями з безпеки. Основні принципи даної політики повинні постійно переглядатися та оновлюватися в міру необхідності, а також, що є дуже важливо, узгоджуватися з організаційними цілями відповідного суб'єкту господарювання.

Визначення вимог – це та складова, яка формується на основі розробленої політики безпеки. Визначення вимог – це сукупність процедур, заходів безпеки та методів, що реалізуються та підтримуються організацією з метою забезпечення безпеки в межах усіх аспектів та на всіх рівнях

діяльності. Заходи, процедури та методи, включені до даних вимог, мають ієрархічну побудову та різні рівні захисту.

Визначені вимоги реалізуються за допомогою іншої складової – контролю та моніторингу середовища функціонування організації. Контроль в безпекоорієнтованому управлінні – це процес виявлення та виправлення негативного впливу наслідків реалізації різноманітних чинників. Так само, як політика безпеки, інструменти контролю також потребують постійного перегляду та оновлення для забезпечення безперервного задоволення вимог безпеки.

Моніторинг середовища функціонування, за словами автора [23], «є безпосереднім процесом захисту організації шляхом реалізації контролю». Моніторинг здійснюється як в межах внутрішнього середовища, так і в межах зовнішнього. В межах внутрішнього середовища моніторинг передбачає пошук нових вразливих місць організації, відповідність окремих аспектів її діяльності загальній стратегії, тощо. В межах зовнішнього середовища моніторинг здійснюється з метою виявлення нових ризиків та загроз для діяльності.

Відповідно до виявлених нових ризиків чи змін діяльності (потенційно небезпечних) відбувається коригування елементів контролю, оновлення вимог безпеки та політики безпеки. Після чого здійснюється оцінка ризику.

Таким чином, очевидно те, що безпекоорієнтоване управління певним чином передбачає безпосереднє управління ризиками, забезпечення фізичного захисту та стабільної діяльності організації й досягнення її цілей загалом.

1.2 Управління ризиками як складова безпекоорієнтованого управління в системі охорони здоров'я

Управління ризиками як невід'ємний елемент безпекоорієнтованого управління забезпечує ефективне функціонування системи економічної безпеки будь-якої організації. Враховуючи це, кожна організація формує та реалізує свої підходи до оцінки ризиків, моніторингу внутрішнього та зовнішнього середовища, формування вимог безпеки та контролю безпеки. Крім того, кожна організація визначає власні інструменти виявлення, подолання чи попередження можливих ризиків.

В основі сучасної теорії безпекоорієнтованого управління лежить концепція прийняттого ризику, тобто такого, який забезпечить для системи мінімальні наслідки реалізації небезпеки. Концепція прийняттого ризику передбачає реалізацію трьох базових дій над ризиком, які і формують базу управління ризиками. Цими діями є: виявлення, оцінка та зменшення ризику.

Управління ризиками в системі безпекоорієнтованого управління повинно бути систематичним процесом, який варто розпочинати із дослідження середовища функціонування організації, як внутрішньої, так і зовнішньої.

В роботі Башинської О.І. [3] детально описано процес управління ризиками в системі безпекоорієнтованого управління. Відтак, етапи управління ризиками включають: формування переліку факторів ризику, оцінку та аналіз факторів ризику, а також розробку заходів зі зменшення ступеня загрози ризику.

Етап формування переліку факторів ризику передбачає постановку цілей щодо виявлення основних факторів ризику та їх аналіз. На даному етапі необхідним є отримання максимально можливих обсягів інформації про структуру об'єктів, їх властивості та характеристики. Така інформація є дуже важливою для реалізації подальших етапів.

Етап оцінки та аналізу ризиків включає безпосередньо оцінку ризику та аналіз отриманих результатів. Дані, які отримуються на цьому етапі, служать для прийняття раціональних управлінських рішень. Тому на перший план виходить ефективність методів оцінки ризиків та точність отриманих результатів.

На етапі розробки заходів зі зменшення ступеня загрози ризику обирається стратегія (визначається метод управління ризиками) та тактика управління ризиками (безпосередня «боротьба» з ризиком).

Вітчизняні заклади охорони здоров'я, які володіють ефективною системою управління ризиками, здатні надавати якісну та безпечну медичну допомогу, та, що не менш важливо, за нижчою загальною вартістю, ніж решта медичних закладів.

В Методичних рекомендаціях з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я [25] зазначено, що процес управління ризиками (які виникають у процесі функціонування системи охорони здоров'я відповідно) складається з окремих етапів. Такими етапами, відповідно до стандартів ISO 31000-2009 «Управління ризиками – принципи та настанови», є: етап «Встановлення оточення», етап «Розгляд ризиків» та етап «Усунення ризиків» (рис. 1.2).

Згідно з Методичними рекомендаціями [25] етап «Встановлення оточення» передбачає, перш за все, формулювання цілей функціонування системи охорони здоров'я та безпосередньо діяльності медичних закладів. Крім того, на даному етапі визначаються фактори впливу на функціонування системи та медичних закладів, визначаються чинники зовнішнього та внутрішнього середовища, що можуть нести ризики та загрози.

Так, до зовнішнього оточення відносять: соціально-економічне, політичне, культурне становище держави, законодавче поле функціонування системи охорони здоров'я, нормативні вимоги щодо діяльності, потреби та вимоги зацікавлених сторін.

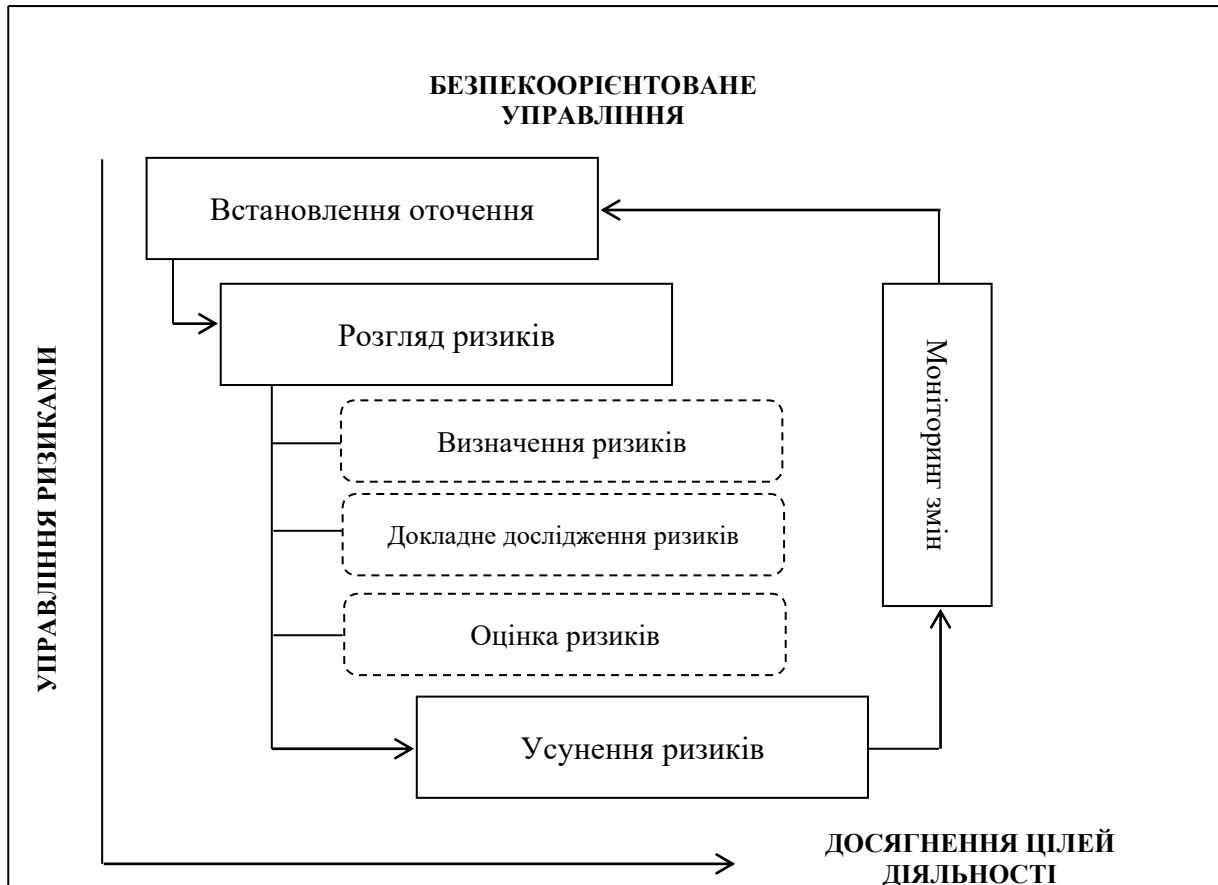


Рис. 1.2 – Процес управління ризиками в системі охорони здоров'я [25]

Внутрішнє оточення формують: загальна стратегія діяльності конкретного закладу охорони здоров'я, його цілі та організаційна культура, наявні фінансові, кадрові, інформаційні, матеріальні ресурси, тощо.

Етап «Розгляд ризиків» включає три підетапи: «Визначення ризиків», «Докладне дослідження ризиків» та «Оцінка ризиків». Даний етап та, відповідно, підетапи передбачають розуміння ризиків, природи та джерел їх походження, причин виникнення та можливих наслідків їх реалізації для системи охорони здоров'я загалом та закладів охорони здоров'я зокрема.

Після підетапу «Оцінки ризиків» системою менеджменту медичного закладу приймається рішення щодо рівня ризику та надаються пріоритети саме тим ризикам, які потребують першочергового усунення чи зменшення їх негативного впливу.

Кінцевим етапом управління ризиками в системі безпекоорієнтованого управління є усунення ризиків. На даному етапі відбувається вдосконалення існуючих методів управління ризиками, а також розробка нових більш актуальних сучасним умовам діяльності методів.

На рис. 1. 3 зображено розширену схему процесу управління ризиками діяльності закладу охорони здоров'я.

Виділяють такі основні методи управління ризиками:

- уникнення ризику або його попередження (метод передбачає не розпочинати діяльність з вірогідним настанням ризику чи не продовжувати вже розпочату діяльність);
- усунення джерела ризику (зміна окремих підходів до діяльності, що провокують появу ризиків);
- зміна ймовірності настання ризиків (впровадження та дотримання нових галузевих стандартів);
- коригування наслідків ризиків (матеріальна чи моральна компенсація заподіяної шкоди);
- передача ризику іншій стороні чи розподіл ризику (передача окремих зобов'язань страховій компанії).

Якщо ми розглядаємо діяльність закладів охорони здоров'я та функціонування системи охорони здоров'я загалом, то можна сказати, що управління ризиками, як складова безпекоорієнтованого управління, сприяє зменшенню рівня самого ризику до його прийняттого рівня, шляхом формування та реалізації такої організаційної культури, за якої всі зусилля учасників процесу управління ризиками будуть спрямовані саме на оцінку ризику та його попередження, а не на «боротьбу» з ризиком.

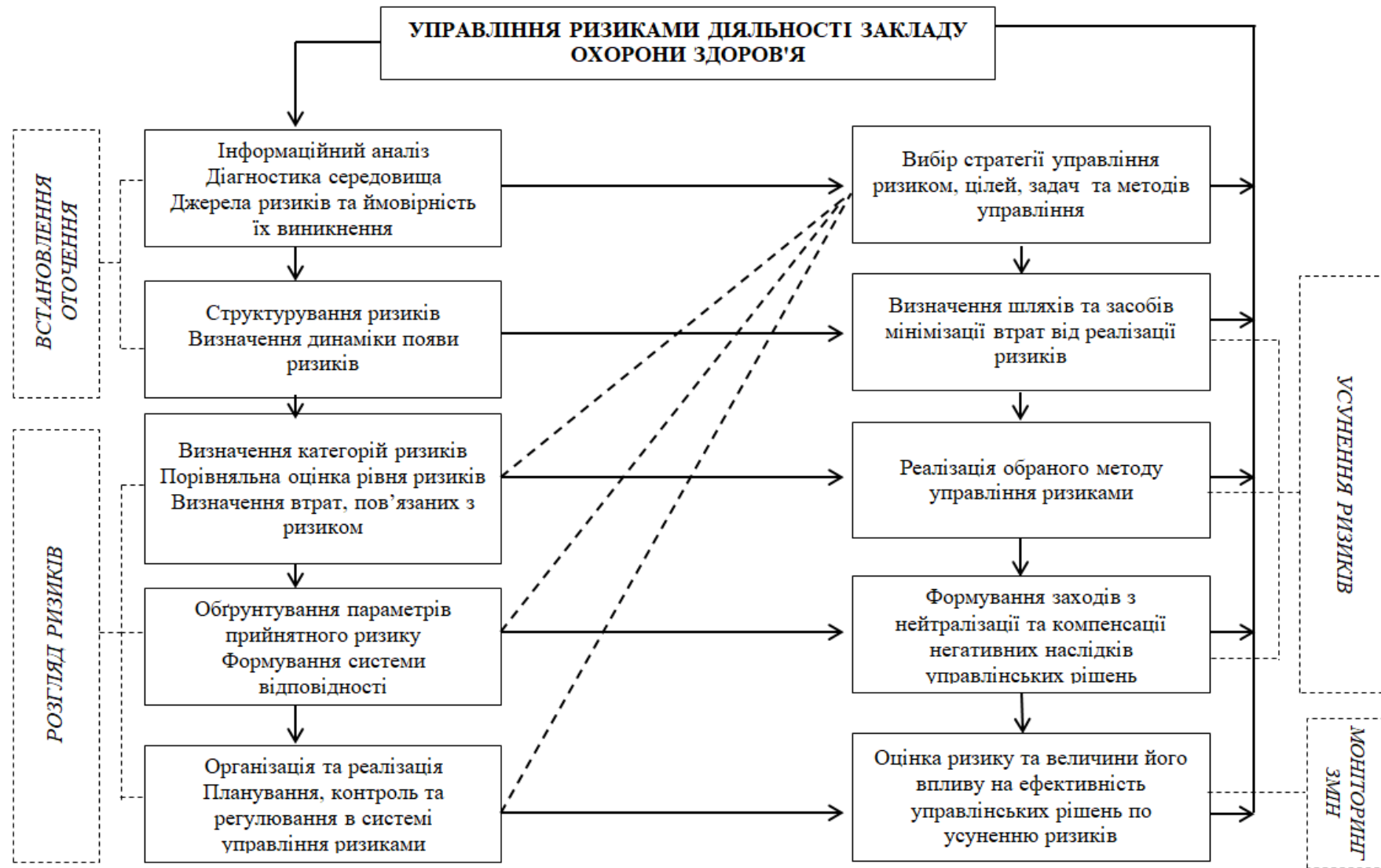


Рис. 1.3 – Управління ризиками діяльності закладу охорони здоров'я

Саме учасниками процесу управління ризиками діяльності закладів охорони здоров'я є зацікавлені сторони, які повинні бути залучені у формування того «безпечного поля», в межах якого реалізується основна мета функціонування системи, а саме: надання якісних та доступних послуг, ефективне функціонування системи на всіх рівнях (первинному, вторинному та третинному), ефективне управління закладами охорони здоров'я.

Особливістю сфери охорони здоров'я є досить широке коло зацікавлених сторін. До них відносяться [25]:

- заклади охорони здоров'я, що забезпечують підбір тих медичних послуг, які зведуть до мінімуму виникнення негативних наслідків надання медичних послуг як для пацієнта, так і для медичного працівника;
- керівництво закладів охорони здоров'я та медичний персонал, які реалізують медичні послуги на належному рівні;
- органи державного управління та місцевого самоврядування, які гарантують населенню доступ до якісних медичних послуг;
- виробники лікарських засобів та медичного обладнання, які гарантують дотримання стандартів виробництва даних засобів та забезпечують цим безпеку їх використання для пацієнтів та для медичних працівників;
- безпосередньо пацієнтів, їх родичів та доглядачів, котрі сприяють медичним працівникам у виконанні своїх обов'язків, шляхом надання достовірної інформації та всебічної взаємодії з ними.

З початку реформування галузі охорони здоров'я значна увага приділяється саме якості та доступності медичної допомоги для населення. Для реалізації цього важливим є формування безпечного середовища функціонування системи охорони здоров'я з контрольованими ризиками. Це означає, що в процесі надання медичної допомоги застосовуються безпечні та ефективні підходи до лікування, медичного втручання, а також безпечні лікарські засоби, що не спричинять подальшої шкоди чи побічних ефектів. Цілком зрозуміло, що заклади охорони здоров'я здійснюють свою діяльність

на основі дотримання ліцензійних умов реалізації медичної практики, працюють за уніфікованими медичними протоколами, галузевими стандартами діагностики та лікування.

В зарубіжній науковій літературі можна знайти два ключових підходи до управління ризиками саме в галузі охорони здоров'я. Це організаційний підхід та людиноорієнтований підхід.

Розглядаючи організаційний підхід, варто зазначити, що перш за все, даний підхід зосереджений на аналізуванні та моніторингу середовища функціонування закладу охорони здоров'я, як внутрішнього, так і зовнішнього. З цього випливає, що основною задачею організаційного підходу є визначення тих методів та заходів, які здатні забезпечити попередження (превентивні заходи) чи мінімізацію негативних наслідків впливу різноманітних факторів шляхом формування загальної системи взаємодії в середині організації.

Людиноорієнтований підхід передбачає, головним чином, аналіз ризиків, які виникають в результаті певних дій чи бездіяльності, самих медичних працівників. Як правило, причиною виникнення таких ризиків є людський фактор, тобто, неухважність, безвідповідальність, некомпетентність медичного працівника, тощо. Результатом реалізації таких ризиків є лікарська помилка, яка може мати значний негативний прояв на рівні пацієнта, тобто нести загрозу його здоров'ю та життю, на рівні медичного працівника (можлива загроза для його здоров'я та життя) та на рівні закладу охорони здоров'я (репутаційні, фінансові ризики тощо).

Лікарські помилки можна класифікувати за наступними ознаками [18]:

- діагностичні (неправильно поставлений діагноз);
- медикаментозні (помилки, які пов'язані з неправильним підбором лікарських засобів);
- хірургічні (помилки, пов'язані з видаленням не того органу, чи здорового органу);

- терапевтичні (помилки, пов'язані з неправильно підібраним підходом до лікування);
- інфекційні (помилки під час лікування, що призвели до інфікування пацієнта в медичному закладі);
- помилки, пов'язані з медичним обладнанням (несправність обладнання, що призвело до помилкових результатів обстеження, чи неможливості надання екстреної допомоги тощо);
- трансфузіологічні (помилки при переливанні крові за несумісними групами чи резус-факторами).

Управління ризиками має бути на сьогоднішній день інтегрованим в загальноуправлінський процес прийняття рішень щодо формування цілей та підходів до діяльності закладу охорони здоров'я, а також щодо створення та впровадження умов праці, які мають враховувати систему безперервного навчання та підвищення кваліфікації серед медичного персоналу.

Таким чином, система управління ризиками є складовою частиною системи безпекоорієнтованого управління закладом охорони здоров'я. Однак, на сьогоднішній день відсутній єдиний загальнодержавний механізм безпекоорієнтованого управління в галузі охорони здоров'я, відповідно до якого визначалися б найбільш раціональні методи і підходи щодо управління ризиками. Розглядаючи систему охорони здоров'я, потрібно вказати, що формування такого механізму повинно здійснюватися, перш за все, на рівні державного управління, оскільки в ст.49 Конституції України зазначено, що: «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [19]. Крім того, механізм безпекоорієнтованого управління повинен також реалізовуватися окремо в межах кожного закладу охорони здоров'я та на рівні кожного медичного працівника.

1.3 Сучасні ризики діяльності закладів охорони здоров'я в системі безпекоорієнтованого управління

Ідентифікація ризиків, розуміння шляхів та джерел їх походження дає можливість будь-якій організації підібрати найбільш актуальну стратегію, раціональні методи та заходи їх нейтралізації: уникнення, зменшення їх рівня до прийняттого, зменшення можливості їх повторного виникнення, мінімізації негативних наслідків їх реалізації, усунення джерела їх виникнення, тощо.

В науковій літературі прослідковується наявність великої кількості груп класифікацій ризиків діяльності організацій. Як правило, найчастіше класифікують ризики за стандартами їх управління. Так, найбільш зрозумілу класифікацію ризиків пропонує стандарт FERMA [37]. Відповідно, класифікація ризиків має наступний вигляд [37]:

- стратегічні ризики – ризики, які виникають в сфері функціонування організації, в аспекті її стратегічних цілей. Такі ризики, як правило, є зовнішніми по відношенню до організації. Наприклад, ризики, пов'язані із зміною в законодавстві, політичною чи економічною ситуацією в країні, зміною умов господарювання, репутаційні ризики тощо;
- операційні – ризики, які виникають у процесі поточної діяльності організації;
- фінансові ризики – ті ризики, які можуть виникати в фінансовій сфері (пов'язані зі зміною курсу валют, умов кредитування тощо);
- ризики в сфері управління знаннями та інформацією – ризики в сфері інтелектуальної власності, пов'язані із розкриттям комерційної таємниці, витоком інформації тощо);
- регулятивні – ризики, які можуть виникати в результаті зміни законодавства, зокрема, в сфері охорони праці, захисту прав споживачів, техніки безпеки.

Поряд із ризиками, які є характерними для більшості видів господарської діяльності, система охорони здоров'я має свої специфічні ризики. Пов'язані вони, перш за все, з особливістю тих послуг, які надаються закладами охорони здоров'я та безпосередньо з якістю таких послуг.

Найчастіше в науковій літературі можна знайти наступну класифікацію ризиків, що виникають в системі охорони здоров'я [10]:

- соціально-правові (ризики, пов'язані зі зміною законодавства в галузі охорони здоров'я);
- економічні (ризики, пов'язані зі зміною умов фінансування галузі);
- управлінські (ризики, що виникають через некомпетентність керівних органів в даній галузі, необґрунтовані управлінські рішення тощо);
- професійні, пов'язані з громадянсько-правовою відповідальністю (ризики, що виникають в процесі проведення діагностичної, лікувальної чи профілактичної роботи, фармакотерапевтичні, інфекційні, психоемоційні ризики та ін.);
- інші ризики (техногенні, пожежно-небезпечні, вибухонебезпечні, військові, терористичні);
- ризики, пов'язані із здоров'ям медичного персоналу (ризики, що можуть виникнути в результаті обслуговування пацієнтів із різними інфекційними захворюваннями, наркозалежних тощо);
- ризики, що можуть виникати через конфлікти із пацієнтами чи їх родичами;
- ризики, пов'язані з умовами роботи (підвищена відповідальність, психоемоційна напруженість тощо);
- ризики, що виникають за певних умов праці, чи роботі з медичним обладнанням.

Розглядаючи галузь охорони здоров'я загалом, можна сказати, що ризики в даному випадку мають більш загальний системний характер без деталізації самих ризиків та джерел їх походження, як при розгляді окремого закладу охорони здоров'я.

Таким чином, на основі дослідження діяльності закладів охорони здоров'я, можна зробити детальну класифікацію ризиків, які виникають в діяльності закладу на сучасному етапі розвитку та галузевої трансформації (рис. 1.4).

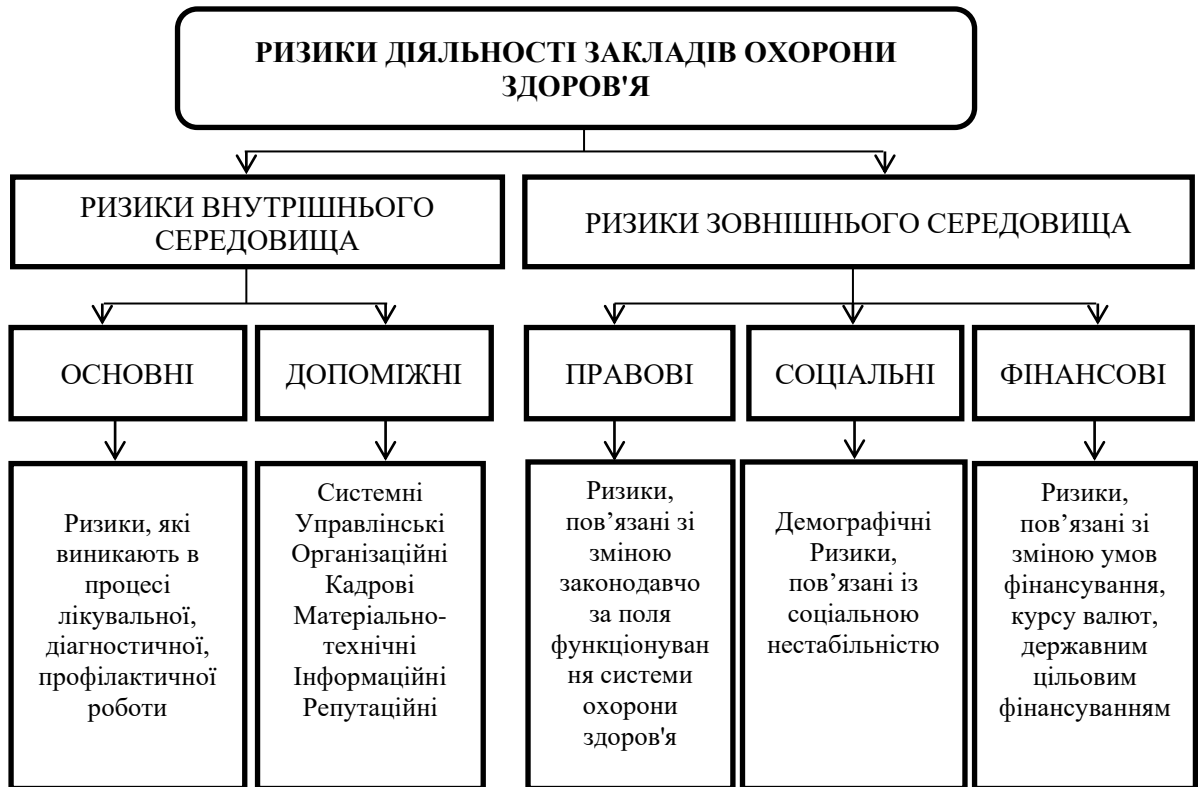


Рис. 1.4 – Класифікація ризиків діяльності закладу охорони здоров'я

Досить часто в практичній діяльності закладів охорони здоров'я ризики внутрішнього та зовнішнього середовища перетинаються та є взаємопов'язаними. Іноді поява внутрішніх ризиків може бути викликана дією зовнішніх ризиків. Окрім того, кожен із видів ризиків може бути визначений як контрольований, або неконтрольований. Такий поділ варто робити з огляду на те, чи піддається такий ризик впливу з боку менеджменту закладу, чи ні.

В таблиці 1.2. наведено детальну класифікацію ризиків діяльності закладів охорони здоров'я за відповідними категоріями.

Таблиця 1.2 – Категорії ризиків діяльності закладів охорони здоров'я

ВНУТРІШНІ РИЗИКИ	ОСНОВНІ РИЗИКИ	РИЗИКИ ДЛЯ ПАЦІЄНТА
		Некоректні діагностичні заходи
		Невірно поставлений діагноз
		Ризики, пов'язані із взаємодією різнопрофільних спеціалістів
		Ризики від неправильно підібраних терапевтичних заходів
		Ризики хірургічного втручання
		Ризики, пов'язані з розвитком ускладнень після хірургічного втручання
		Ризики, пов'язані з розвитком ускладнень після проведеного лікування
		Ризики, пов'язані з перебуванням пацієнта на стаціонарному лікуванні
		РИЗИКИ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ
		Ризики, пов'язані з лікуванням важкохворих та психічнохворих пацієнтів
		Ризики інфікування різними захворюваннями
		Ризики при роботі з медичним обладнанням
		Конфліктні ситуації з пацієнтами, їх родичами чи доглядачами
		Відповідальна робота та напружена емоційна ситуація
	ДОПОМІЖНІ РИЗИКИ	СИСТЕМНІ РИЗИКИ
		Невиконання стратегічних цілей з якості медичної допомоги
		Зменшення рівня доступності медичних послуг
		Невідповідність діагностичних заходів відповідним стандартам
		Невідповідність лікування існуючому протоколу та відповідним стандартам
		Низька ефективність медичних послуг
		Низька результативність лікування пацієнтів
		УПРАВЛІНСЬКІ РИЗИКИ
		Закриття чи зміна профілю закладу охорони здоров'я
		Ризики, пов'язані з некомпетентністю керівництва
		Ризики, пов'язані з прийняттям управлінських рішень
		ОРГАНІЗАЦІЙНІ РИЗИКИ
		Ризики, пов'язані з порушенням етичних норм
		Недотримання санітарних норм
		Недотримання правил техніки безпеки
		Низька мотивація медичного персоналу
		Низька корпоративна культура
Невідповідність протоколів лікування загальноприйнятим стандартам		
КАДРОВІ РИЗИКИ		
Висока плинність медичних кадрів		
Низька активність перепідготовки медичних кадрів		
Низька професійна підготовка медичних працівників		
Нестача середнього медичного персоналу		
Захворюваність медичного персоналу		
Недостатнє фінансове стимулювання працівників		
Невдоволеність персоналу умовами роботи		
МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНІ РИЗИКИ		
Недостатнє матеріально-технічне забезпечення закладу		

Продовження таблиці 1.2

	Ризики, пов'язані із втратою чи пошкодженням обладнання
	Часткова застарілість технологій
	Відсутність ремонту будівель закладу
	ІНФОРМАЦІЙНІ РИЗИКИ
	Неналагоджений внутрішній документообіг
	Ризики, пов'язані із порушенням лікарської таємниці
	Ризики, пов'язані з витоком конфіденційної інформації
	Ризики, пов'язані з розголошенням персональних даних пацієнтів
	Неорганізований зворотній зв'язок з пацієнтом
	Низький рівень інформаційно-комунікативного забезпечення закладу
	РЕПУТАЦІЙНІ РИЗИКИ
	Закриття закладу чи зміна його профілю
	Зменшення рівня якості наданих медичних послуг
	Зростання незадоволеності пацієнтів, їх родичів чи доглядачів у наданих медичних послугах, у результаті лікування
	Низька ефективність лікувальних, діагностичних чи профілактичних заходів
ЗОВНІШНІ РИЗИКИ	ПРАВОВІ РИЗИКИ
	Ризики, пов'язані із внесенням змін до законодавчої бази
	Ризики, пов'язані із зміною стандартів медичної діяльності
	Ризики, пов'язані із нормативно-правовим регулюванням діяльності закладів охорони здоров'я
	Недосконалість вітчизняного законодавства в галузі охорони здоров'я
	СОЦІАЛЬНІ РИЗИКИ
	Зменшення чисельності населення країни
	Зміна вікової структури населення
	Погіршення показників здоров'я населення
	Низька соціальна захищеність населення
	Ризики, пов'язані із низьким рівнем доходів населення
	Низька соціальна відповідальність населення
	Висока соціальна напруженість населення
	Ризики, пов'язані із погіршенням умов життя
	Ризики, пов'язані із соціальною нестабільністю в країні
	ФІНАНСОВІ РИЗИКИ
	Ризики, пов'язані з фінансовою нестабільністю в країні
	Ризики, пов'язані зі зміною умов державної цільової допомоги
Ризики, пов'язані зі зміною умов надання міжнародної грантової підтримки	
Ризики, пов'язані із залежністю від місцевого бюджету	

В таблиці 1.2 запропонована класифікація ризиків, які виникають в процесі діяльності закладів охорони здоров'я. Такі ризики поділені на дві

основні групи в залежності від середовища функціонування закладу – внутрішні та зовнішні ризики.

Зовнішні ризики зумовлені процесами, які відбуваються у зовнішньому по відношенню до медичного закладу середовищі, і є характерними для всієї системи охорони здоров'я.

Джерелом внутрішніх ризиків є, звичайно, процеси, що відбуваються у внутрішньому середовищі закладу.

Внутрішні ризики поділяються на дві підгрупи: основні ризики та допоміжні. Основні ризики – це ті, які можуть виникати безпосередньо в процесі лікувальної, діагностичної чи профілактичної роботи. Варто зазначити, що такі ризики можуть виникати як по відношенню до пацієнтів, так і по відношенню до медичного персоналу закладу.

Допоміжні ризики виникають в процесах, які є обслуговуючими щодо основного виду діяльності закладу. Вони включають: системні ризики, управлінські, організаційні, кадрові, матеріально-технічні, інформаційні та репутаційні ризики.

Дана класифікація внутрішніх ризиків є деталізованою, однак, в цей же час є умовною, оскільки, кожен заклад охорони здоров'я може мати більшу чи меншу кількість ризиків, різний рівень їх впливу чи контрольованості. В даному випадку все залежить від системи менеджменту закладу охорони здоров'я і безпосередньо від системи безпекоорієнтованого управління.

Таким чином, чітке розуміння ризиків, які можуть виникати в процесі діяльності закладу охорони здоров'я усіма учасниками даного процесу, аналіз ризиків та наслідків його впливу, постійний моніторинг зовнішнього та внутрішнього середовища сприятиме вдосконаленню діяльності закладу, його розвитку та підвищенню рівня якості та доступності медичних послуг для населення.

Висновки до розділу 1

Безпекоорієнтоване управління є відносно новим науковим підходом до управління, який спрямований на забезпечення стабільної діяльності організації, забезпечення її корпоративної безпеки тощо.

Безпекоорієнтований підхід до управління включає дві невід'ємних складових: управління економічною безпекою та управління ризиками. Сучасні дослідження показали, що в основі теорії безпекоорієнтованого управління лежить концепція прийняттого ризику, тобто такого, реалізація якого буде обґрунтованою та не перевищуватиме допустимі межі.

Особливістю безпекоорієнтованого управління в системі охорони здоров'я є те, що для діяльності медичних закладів притаманні специфічні ризики, що не характерні для інших видів господарської діяльності. Такі ризики, пов'язані, перш за все, з реалізацією основних напрямків діяльності, а саме наданням медичної допомоги населенню. Саме тому, в системі охорони здоров'я науковці розглядають сьогодні два основних підходи до управління ризиками: організаційний та людиноорієнтований підхід.

Організаційний підхід передбачає формування таких умов середовища функціонування закладів охорони здоров'я, за яких ймовірність виникнення ризиків чи наслідки їх реалізації будуть мінімальними.

Людиноорієнтований підхід до управління ризиками в системі охорони здоров'я передбачає зниження до найменш можливого рівня впливу ризиків, причиною появи яких став людський фактор, тобто, певні дії медичних працівників, або ж їх бездіяльність в окремих випадках.

В межах даних підходів визначено, що ризики в системі охорони здоров'я можуть реалізовуватися на декількох рівнях: на рівні пацієнта закладу, на рівні персоналу, а також на рівні самого закладу охорони здоров'я. Відповідно до цього, була сформована класифікація ризиків в системі охорони здоров'я.

2 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1 Аналіз умов функціонування закладів первинного рівня охорони здоров'я

Затяжна світова пандемія коронавірусної інфекції COVID-19 спричинила появу численних ризиків функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я. З одного боку, такі виклики призвели до гальмування започаткованої в 2017 році медичної реформи, подекуди повністю зупинивши окремі її аспекти, а з іншого, показали суспільству та владі, де в галузі охорони здоров'я є слабкі місця та в якому напрямку більш доцільно продовжувати дану реформу.

Метою реформи системи охорони здоров'я було запровадження якісно нової моделі фінансування галузі, що передбачало надання державної цільової допомоги, фінансового захисту населення у випадку захворювання, реалізації доступних та якісних медичних послуг. Ключовим напрямом даної реформи стала розбудова системи первинної медико-санітарної допомоги. Так, сьогодні ПМСД, яка була організована на принципах функціонування загальної практики сімейної медицини, стала дієвим засобом забезпечення доступності та ефективності медичних послуг для населення.

На сьогоднішній день до основних послуг ПМСД належать [41]:

- діагностика та лікування поширених серед населення хвороб;
- спостереження за станом здоров'я пацієнтів в динаміці шляхом проведення лабораторних та інструментальних досліджень, які відповідають стандартам системи охорони здоров'я;

- надання медичної допомоги пацієнтам, які не потребують подальшої госпіталізації, однак мають розлади психічного чи фізичного здоров'я;
- направлення пацієнтів в заклади вторинної чи третинної допомоги відповідно до їхніх медичних показань;
- активна взаємодія із закладами вторинної та третинної допомоги задля вчасного діагностування хвороби та її лікування;
- профілактична робота, яка включає вакцинацію згідно з вимогами календаря щеплень, інформування населення про поширення інфекційного захворювання, проведення епідеміологічних обстежень;
- інформування населення та проведення роботи, особливо серед молоді, щодо формування звичок здорового способу життя (проти вживання алкоголю, тютюнопаління, нездорового харчування, відсутності фізичної активності тощо);
- медичне спостереження за дітьми відповідно до їх віку та потреб;
- ведення неускладненої вагітності, консультування вагітних жінок;
- надання послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій;
- призначення лікувальних препаратів за рецептом;
- ведення первинної медичної документації, що включає оформлення листків непрацездатності, видача лікарських свідоцтв про смерть тощо;
- активна взаємодія із соціальними службами в аспекті моніторингу способу життя пацієнтів, соціальні умови яких несуть шкоду та ризик їх життю та здоров'ю;
- взаємодія із суб'єктами системи охорони здоров'я чи іншими службами, діяльність яких може чинити вплив на життя та здоров'я населення.

Необхідно зауважити, що медичні послуги для всього населення (міського і сільського) є однаково доступними, незалежно від моделі створення та функціонування закладу первинної медико-санітарної допомоги.

За даними Національної служби охорони здоров'я [17] за 2020 рік із сімейними лікарями було укладено 30 610,0 тис. декларацій в 1709 закладах первинної медичної допомоги. Декларації було подано 23537 лікарям.

На рисунку 2.1. зображено розподіл декларацій за спеціальністю лікаря ПМСД.

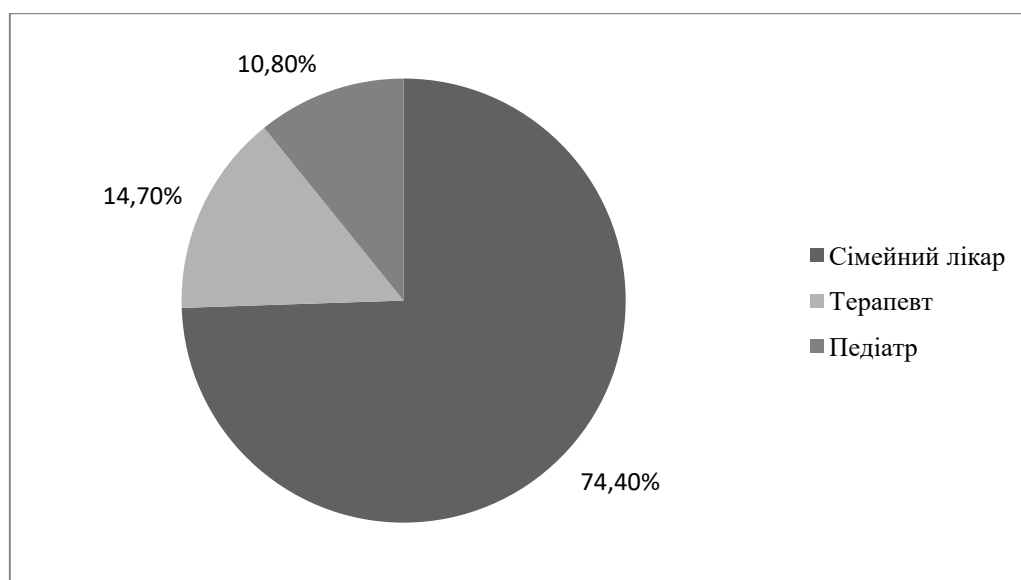


Рис. 2.1 – Спеціальності лікарів за поданими деклараціями [17]

З рисунку 2.1 видно, що розподіл підписаних декларацій за спеціальностями лікарів мав наступний вигляд: найбільша кількість декларацій була укладена саме з сімейними лікарями, що становило 74,4% від загальної кількості декларацій, з терапевтами укладено 14,7% декларацій, а з педіатрами – 10,8%.

Якщо розглядати вікову категорію, то найбільше звернулося до закладу первинної медичної допомоги та підписали декларацію особи віком від 40 до

64 років. Загальна кількість населення даної категорії, які уклали декларації становить 10,4 млн осіб (рис. 2.2) [17].

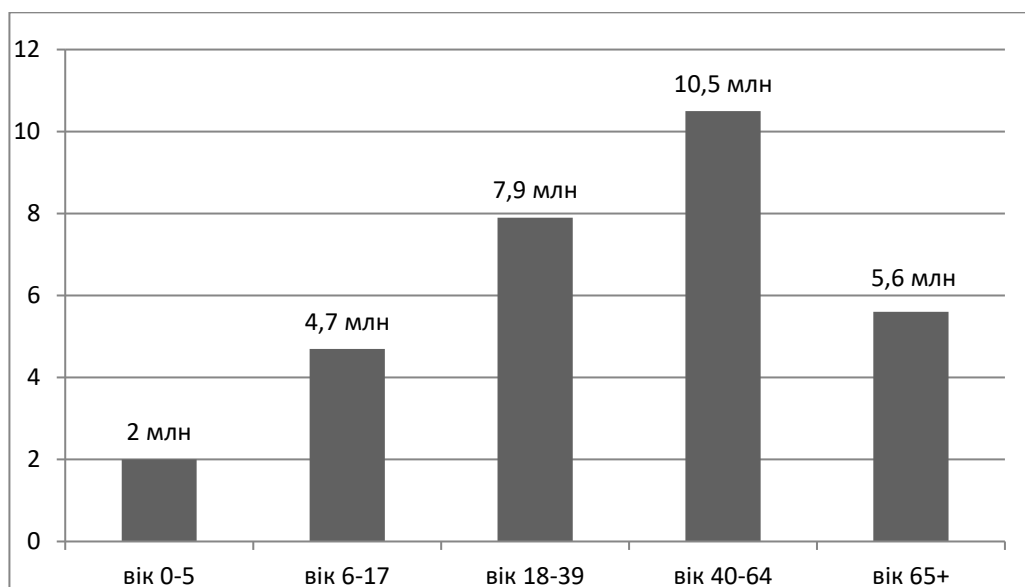


Рис. 2.2 – Розподіл декларацій за віковою категорією населення [17]

Найбільше декларацій за минулий рік було укладено із закладами первинної медико-санітарної допомоги у містах (рис.2.3). Загальна кількість таких декларацій становить 20,43 млн.

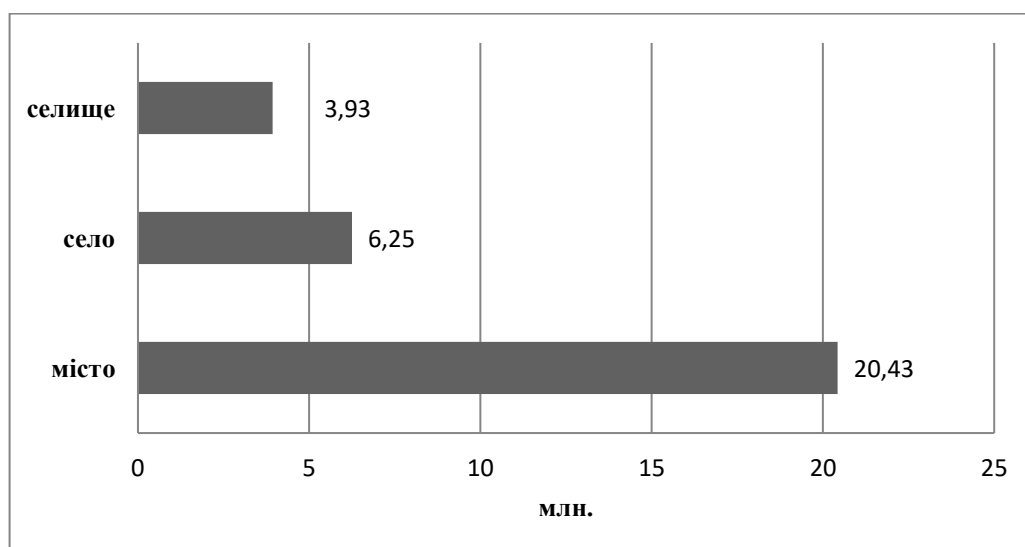


Рис. 2.3 – Розподіл декларацій за типом населеного пункту [38]

Отже, найбільше декларацій було укладено в містах – 20,43 млн., в селах – 6,25 млн., а в селищах – 3,93 млн. декларацій.

Таким чином, станом на 2020 рік в системі первинної медичної допомоги діяло 30,610 млн. активних декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу [38].

Розглядаючи функціонування системи охорони здоров'я, особливу увагу варто приділити тим медичним програмам, розробка та впровадження яких спрямовані на реалізацію доступної медицини для населення.

Відтак, заклади первинної медичної допомоги залучені до активної реалізації програм громадського здоров'я. Виконання таких програм базується на двох основних блоках. Перший блок – питання, спрямовані на боротьбу з інфекційними хворобами населення, другий – боротьбу з неінфекційними. В таблиці 2.1 зображено ключові завдання первинної медичної допомоги в аспекті виконання програм громадського здоров'я відповідно до блоку 1 та блоку 2 [41, с.45].

Таблиця 2.1 – Завдання закладів ПМСД відповідно до програм громадського здоров'я [41, с.45]

БЛОК 1		
Заходи із запобігання поширення інфекційних хвороб		
Профілактичні заходи		
Вакцинація (реалізація процесу вакцинації згідно з графіком, заохочення до вакцинації). Заходи значно актуалізувалися в процесі реалізації кампанії вакцинації населення від коронавірусної інфекції COVID-19	Реалізація скринінгових програм з метою своєчасного виявлення інфекційних хвороб (саме тих, що є пріоритетними на загальнодержавному рівні). На сьогоднішній день однією з найбільш актуальних та першочергових програм є боротьба з коронавірусною інфекцією COVID-19	Реалізація скринінгових програм для решти інфекційних захворювань, які на сьогоднішній день визнані пріоритетними на регіональному рівні. До переліку входять ті інфекційні хвороби, що мають негативний вплив на рівень здоров'я населення регіону.

Продовження таблиці 2.1

Реагування закладів ПМСД			
Інформування про інфекційне захворювання чи харчове отруєння, нестандартну реакцію на вакцинацію	Робота в центрі окремо визначених інфекційних захворювань (однак, крім центрів особливо небезпечних хвороб)	Обмеження поширення та ліквідація спалаху різних інфекційних хвороб (наприклад, проведення заходів із дезінфекції різних місць органи місцевого самоврядування вправі створювати організаційні підрозділи або ж залучати до активних дій окремих суб'єктів господарювання)	Забезпечення амбулаторного лікування пацієнтам, хворим на туберкульоз
БЛОК 2			
Заходи із поширення неінфекційних хвороб			
Профілактичні заходи			
Надання консультацій щодо профілактики неінфекційних хвороб та шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю та наркотичних речовин, нездорове харчування тощо)	Проведення комунікативної роботи (особливо серед молоді) із формування звичок здорового способу життя	<i>Реалізація скринінгових програм</i> з метою своєчасного виявлення неінфекційних хвороб, що визнані пріоритетними на загальнодержавному рівні	<i>Реалізація скринінгових програм</i> для решти неінфекційних захворювань, які визнані пріоритетними на регіональному рівні та чинять значний вплив на життя та здоров'я населення регіону
Реагування закладів ПМСД			
Занесення даних щодо діагнозу пацієнтів через медичну інформаційну систему до національної електронної системи охорони здоров'я			

Програма медичних гарантій – важлива програма в системі охорони здоров'я, спрямована на забезпечення населення медичними послугами, особливо дороговартісними, які не завжди по кишені пацієнтам. Таким чином, держава оплачує медичні послуги, надаючи пацієнтам фінансову підтримку.

Відповідно до даної програми було визначено конкретні послуги, що увійшли в перелік так званих пакетів медичних послуг. Програма медичних гарантій включає наступні послуги [33]:

- консультації;
- інструментальні та лабораторні дослідження;
- заходи з госпіталізації;
- операції;
- реабілітаційні заходи.

В звіті Національної служби здоров'я України [17, с. 16] вказана кількість медичних послуг, наданих за минулий рік, відповідно до Програми медичних гарантій, про що зазначено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Кількість реалізованих послуг за Програмою медичних гарантій за 2020 рік [17, с. 16]

Послуга	Кількість
Стационарні послуги	284790
Медична допомога новонароджених у складних неонатальних випадках	27220
Медична допомога при гострому інфаркті міокарда	14930
Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах	54826
Медична допомога при пологах	187814
Амбулаторні послуги	30141
Мамографія	114515
Езофагогастродуоденоскопія	74424
Гістероскопія	4857
Бронхоскопія	8399
Колоноскопія	21635
Цитоскопія	6311

За даними таблиці 2.2 можна проаналізувати, які послуги були найбільш затребуваними в системі охорони здоров'я. Так, за минулий рік найбільша кількість медичних послуг, а саме 284790, спостерігалася серед надання стаціонарного лікування. Крім того, було профінансовано державою 187814 послуг з допомоги при пологах та 114515 послуг мамографії.

Варто зазначити, що у зв'язку зі світовою пандемією коронавірусної інфекції Національною службою здоров'я України було розширено перелік послуг Програми медичних гарантій. Так, до переліку включили чотири додаткових пакети, що діють в межах допомоги хворим на COVID-19 та людям із підозрою на коронавірусне захворювання. Дані пакети передбачають покриття таких послуг: стаціонарне лікування, екстрена медична допомога та функціонування мобільних бригад.

Значну роль відіграє саме первинна медико-санітарна допомога в боротьбі з коронавірусною інфекцією. Адже лікарі закладів первинної ланки охорони здоров'я першими отримують звернення від хворих з підозрою на COVID-19, спрямовують на необхідне обстеження, здійснюють консультації з призначенням лікування, проводять моніторинг хвороби пацієнтів, а за необхідності направляють хворих на стаціонарне лікування.

Так, із закладами ПМСД за 2020 рік було укладено 1478 договорів по пакету допомоги хворим на COVID-19 та людям із підозрою на коронавірусне захворювання. Кількість надавачів послуг за даним пакетом – 1317. Кількість медичних команд становила 2862, а кількість мобільних бригад – 1643. Таким чином, за минулий рік мобільними бригадами було здійснено 2314954 тести на коронавірусну інфекцію[17, с. 16].

Отже, заклади первинної медико-санітарної допомоги є основною ланкою в системі охорони здоров'я та реалізації пацієнтоорієнтованої моделі надання медичних послуг, спрямованою на налагодження комунікативного зв'язку між системою охорони здоров'я і населенням, як ключовим споживачем медичних послуг.

2.2 Дослідження діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради є сучасним закладом охорони здоров'я, яке надає медичні послуги населенню. Центр забезпечує надання первинної медичної допомоги, а також забезпечує надання відповідних послуг з метою профілактики захворюваності населення міста тощо.

КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради зареєстрований 10.10.2016 року за юридичною адресою 29013, Хмельницька область, місто Хмельницький, вулиця Подільська, будинок 54.

Організаційно-правова форма закладу – комунальне підприємство, форма власності – державна власність, власність територіальних громад [21].

КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради є неприбутковою організацією.

Основним видом діяльності Хмельницького МЦПМСД №2 за КВЕД є загальна медична практика (86.21).

На сьогоднішній день Хмельницький МЦПМСД №2 забезпечує:

- надання якісної та кваліфікованої медико-санітарної допомоги населенню міста;
- проведення профілактичних заходів щодо попередження інфекційних та неінфекційних захворювань, в тому числі і соціально-небезпечних;
- здійснення санітарно-просвітницької роботи серед населення з метою популяризації здорового способу життя, особливо молоді;
- визначення переліку хворих, яким, відповідно до медичних показань, необхідне санаторно-курортне лікування чи медико-соціальна реабілітація;

- проведення експертизи тимчасової втрати працездатності осіб;
- формування та виписку рецептів для пільгової категорії населення;
- управління та контроль за діяльністю та якістю надання медичних послуг у власних медичних підрозділах;
- активну взаємодію із різноманітними закладами, в тому числі дошкільними навчальними закладами, правоохоронними органами, соціальними службами та іншими установами з просвітницькою метою щодо збереження та зміцнення здоров'я;
- дослідження фінансового стану медичних підрозділів, формування фінансових планів;
- контроль за раціональним використанням фінансових та матеріально-технічних ресурсів в амбулаторіях;
- облік матеріальних цінностей, медичного обладнання та інвентарю у власних підрозділах;
- планування та контроль проведення ремонтних робіт у підрозділах, тощо.

Крім того, Хмельницький МЦПМСД №2 здійснює організаційно-методичну роботу серед власних підрозділів, яка включає:

- збір та аналіз статистичної медичної інформації;
- дослідження стану здоров'я населення територіальної громади міста;
- аналіз потреб населення у первинній медичній допомозі та формування плану відповідних заходів серед населення;
- планування медичної мережі амбулаторій та їх кадрового забезпечення з метою доступності надання послуг населенню;
- забезпечення навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- впровадження сучасних технологій та методів в профілактику, лікування та реабілітацію хворих тощо.

В структурі Хмельницького МЦПМСД №2 функціонує сьогодні 17 амбулаторій загальної практики сімейної медицини (табл. 2.3).

Таблиця 2.3 - Амбулаторії загальної практики сімейної медицини КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Амбулаторія	Адреса АЗПСМ
АЗПСМ № 1	м. Хмельницький, вул. Подільська, 54
АЗПСМ № 2	м. Хмельницький, вул. Подільська, 54
АЗПСМ № 3	м. Хмельницький, вул. Курчатова, 1
АЗПСМ № 4	м. Хмельницький, вул. Залізняка, 14
АЗПСМ № 5	м. Хмельницький, вул. Залізняка, 34/1
АЗПСМ № 6	м. Хмельницький, вул. Миру, 61
АЗПСМ № 7	м. Хмельницький, вул. Миру, 61
АЗПСМ № 8	м. Хмельницький, вул. Зарічанська, 30
АЗПСМ № 9	м. Хмельницький, вул. Подільська, 54
АЗПСМ № 10	м. Хмельницький, вул. Зарічанська, 4
АЗПСМ № 11	м. Хмельницький, вул. Філатова, 4
АЗПСМ № 12	м. Хмельницький, вул. Подільська, 17/1
АЗПСМ № 13	м. Хмельницький, вул. Трудова, 5-ж
АЗПСМ № 14	Хмельницький р-н., с. Олешин, вул. Козацька, 8
АЗПСМ № 15	Хмельницький р-н., с. Давидківці, вул. Гавришка, 60
АЗПСМ № 16	Хмельницький р-н., с. Бахматівці, вул. Дружби народів, 94г
АЗПСМ № 17	Хмельницький р-н., с. Пирогівці, вул. Штена 5

На сьогоднішній день кількість населення, яке обслуговуються амбулаторіями загальної практики сімейної медицини Хмельницького МЦПМСД №2, становить 153667 чол. (дані за 2020 рік).

Загальна структура населення, яке обслуговується даним медичним закладом, представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 - Структура населення, яке обслуговується КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Структура населення	Рік		
	2018	2019	2020
Всьогона території обслуговування, з них	150382	154538	153667
- дитячого віком 0 – 17 років життя, у т. ч.	30771	32346	32575
- 0 – 1 року	1691	1691	1530
- 0 – 14 років	26655	28230	27763
- 15 – 17 років	4116	4116	4812
- жіночого населення: абс. число – % від всього	81027 53,9%	83451 54%	83049 54%
- жінок фертильного віку: абс. число – % від жіночого	42139 52%	42418 51%	39539 48%
Укладено декларацій: абс. число – % від прикріпленого, у т. ч.	120441 80,09%	145002 94%	153010 99,6%
- дитячого населення: абс. число – % від дитячого	-	35013 108%	36754 112,8%
- міського населення: абс. число – % від міського	120441 80,09%	145002 94%	153010 99,6%
Середня кількість населення (абс. число) на 1 лікаря	відсутні дані		
- сімейного		-1470	-1548
- терапевта		-1619	-1436
- педіатра		-846	-794

Дані таблиці показують, що кількість укладених декларацій з сімейними лікарями КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради в 2018 році складала 120441 чол., що становило 80,09% від загальної кількості населення. В 2019 році ця кількість становила 145002 чол., що дорівнює 94% від загальної кількості населення, а в 2020 році 153010 чоловік уклали договори з

сімейними лікарями, що становило 99,6% від загальної кількості населення на території обслуговування.

На одного сімейного лікаря в 2019 році припадало в середньому 1470 пацієнтів, а в 2020 році – 1548 пацієнтів. На одного терапевта – 1619 пацієнтів в 2019 році та 1436 пацієнтів – в 2020 році. На одного педіатра в 2019 році в середньому припадало 846 дітей, а в 2020 році кількість дещо зменшилась та становила 794 дітей.

Найбільш повно характеризують діяльність КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради показники надання медичної допомоги та проведення профілактичної роботи серед населення. Так, таблиця 2.5 демонструє основні показники надання медичної допомоги за 2018-2020 роки.

Таблиця 2.5 – Надання медичної допомоги населенню КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Надання допомоги населенню	Роки		
	2018	2019	2020
Відвідувань всього: абс. число – на 1 посаду лікаря	748905 7065	696694 6111	569953 5044
Ліжок денного стаціонару: абс. число – на 10 тис. нас.	19 1,26	19 1,23	19 1,57
Проліковано у денному стаціонарі: осіб – на 10 тис. нас.	1372 91,2	1343 109,9	1225 101,2
Проліковано у стаціонарах вдома: осіб – на 10 тис. нас.	5568 370,26	5398 349,3	4750 309,1
У т. ч. надано паліативну допомогу: осіб – на 10 тис. нас.	316 21,01	289 18,7	284 18,5
Хворих на ГХ всього: абс. число – на 1000	46733 390,7	45763 374,5	46763 386,2
Хворих на ГХ вперше: абс. число – на 1000	2245 18,8	2633 21,6	2738 22,6

Продовження таблиці 2.5

Хворих на гострий інфаркт міокарду: абс. – на 1000	239 1,9	220 1,8	166 1,37
Хворих на інсульти: абс. число – на 1000	500 4,1	358 2,9	433 3,58
Виписано рецептів за програмою «Доступні ліки»: всього – на 1000 осіб дорослого населення	-	50043 410	55307 457

З таблиці видно, що кількість відвідувань пацієнтами АЗПСМ Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №2 скорочувалася протягом 2018-2020 років. В 2018 році кількість відвідувань становила 748905 чол., в 2019 році – 696694 чол., а в 2020 році – 569953 чоловіка. Крім того, скорочення спостерігалось в кількості пролікованих пацієнтів у денному стаціонарі та у стаціонарах вдома, а також серед пацієнтів, яким була надана паліативна допомога за аналізовані роки, що висвітлено на рисунку 2.4.

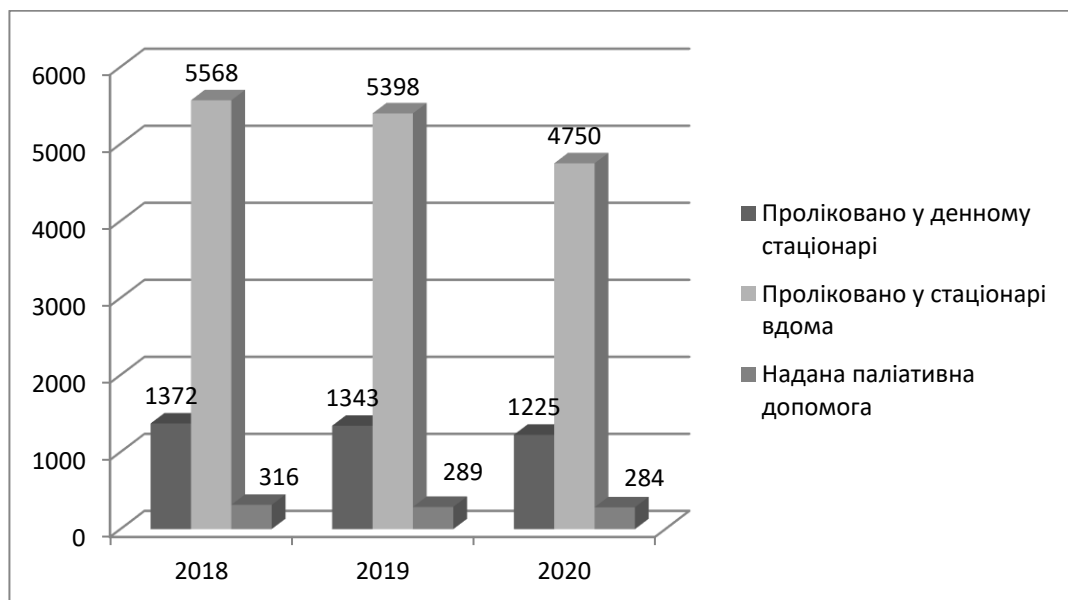


Рис. 2.4 – Медична допомога населенню КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

За державною програмою «Доступні ліки» в 2019 році було виписано 50043 рецепти, а в 2020 році – 55307 рецептів.

Варто також зупинити увагу на питанні, яке з 2020 року стало досить гострим для вітчизняної системи охорони здоров'я, а саме питання поширення коронавірусної інфекції COVID-19 та, безпосередньо, боротьби із нею.

Протягом 2020 року Хмельницьким МЦПМСД №2 було зареєстровано 6763 хворих на COVID-19. З них 5964 хворих було проліковано амбулаторно і 799 хворих направлено на стаціонарне лікування. Зареєстровано 51 летальний випадок від COVID-19 (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Надання медичної допомоги при COVID-19

Медична допомога при COVID-19	2020 р.
Робота мобільної бригади: бригад – заборів матеріалів	1 980
Договір з НСЗУ за 29 пакетом – отримано коштів	101884,1 грн.
Зареєстровано хворих	6763
Амбулаторно проліковано	5964
Скеровано у стаціонар	799
Померло хворих – всього, у т. ч. амбулаторно	51 (2амб.)
Зареєстровано хворих медпрацівників	44
Проведено розслідувань випадків хвороби медиків	21
Завершено розслідувань	11
Встановлено профпатологію	2 (1 в наслідок смерті)

Серед медичного персоналу КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради було зареєстровано 44 випадки захворювань на COVID-19. Проведено 21 розслідування випадків хвороби медичних працівників, з них 11 розслідувань вже завершено.

В Хмельницькому МЦПМСД№2 в 2020 році діяла одна «ковідна» мобільна бригада, яка зробила 980 заборів матеріалів у хворих з підозрою на COVID-19.

В таблиці 2.7 представлено основні напрямки профілактичної роботи Хмельницького ЦПМСД

Таблиця 2.7 – Профілактична робота КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Профілактична робота	Роки		
	2018	2019	2020
ФПО – на 1000 населення	86551 722	91002 724	81875 720
Вперше виявлено туберкульозу на ФПО: абс.число – % до обстежених	-	49	40
Туберкулінодіагностика: проведено проб (абс. число) – % від всіх дітей віком 1-14 років	6413 -	2203 106%	3128 64%
ОПО жіночого населення: %	-	54403 80,4%	16662 23,5%
Занедбаність по локалізаціям(всього – занедбані – %): усі локалізації	51 10,1%	50 9,7%	54 12,8%
Скринінг на цукровий діабет: проведено глюкометрій (абс. число) - % до дорослого населення	2356 1,97%	2815 2,3%	14758 15,3%
Профогляди дітей 0-18 років у %	20723 67,3%	26210 81%	32575 89%
Діти, які перебували на грудному вигодовуванні в 6 місяців: всього - % від всіх	-	1044 52%	1067 70%
Надано повідомлень про побічну дію лікарських засобів: всього – з розрахунку на 1 лікаря	28 0,3	33 0,4	23 0,2
Надано повідомлень про інфекційні хвороби: всього – з розрахунку на 1 лікаря	-	1122 9,8	7854 69

Так, послуги з профілактичного огляду Хмельницький МЦПМСД №2 надавав наступній кількості осіб: у 2018 році профілактичний огляд пройшло 86551 особа, у 2019 – 91002 особи, а в 2020 році – 81875 осіб.

КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради здійснює туберкулінодіагностику, скринінг на цукровий діабет, профогляди дітей тощо. Так, в 2018 році проведено 6413 туберкулінових проб, у 2019 році – 2203, в 2020 році – 3128.

Скринінг на цукровий діабет у 2018 році пройшло 2356 осіб, в 2019 році – 2815 осіб, а в 2020 році – 14758 осіб. Дані свідчать про збільшення кількості профілактичних скринінгів на цукровий діабет за останні три роки (рис.2.5). Крім того, збільшилась також кількість профілактичних оглядів дітей у віці до 18 років (в 2018 році – 20723 огляди, в 2019 році – 26210 та в 2020 році – 32575 оглядів).

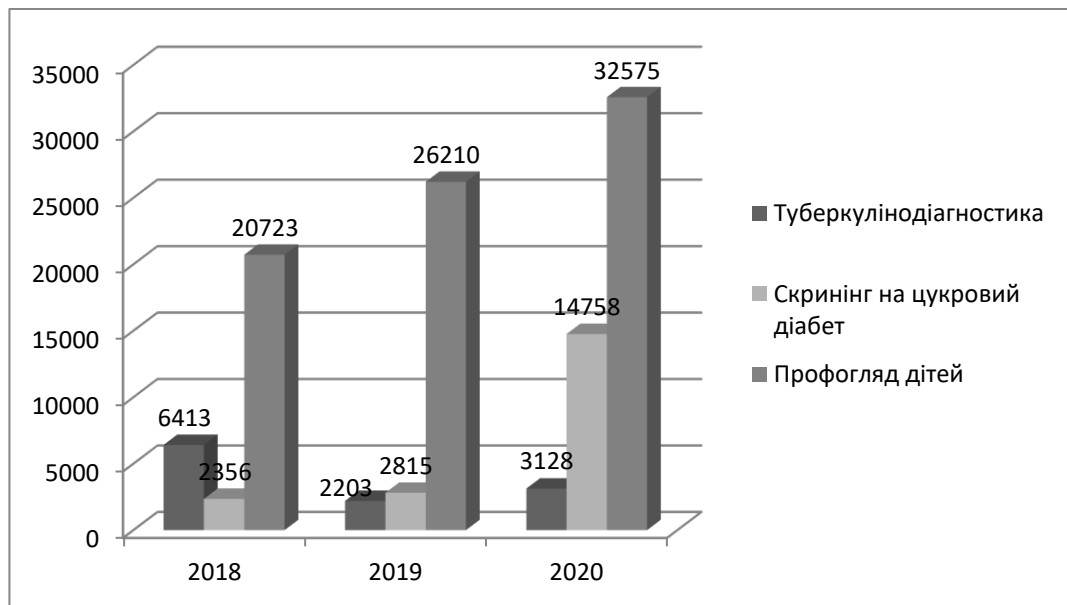


Рис.2.5 Окремі напрямки профілактичної роботи КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

В 2018 році до Хмельницького МЦПМСД №2 надійшло 28 повідомлень про побічну дію лікарських засобів. В 2019 році таких звернень було 33, а в 2020 році – 23.

Варто також зазначити про основні проблеми в діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. До таких проблем на сьогоднішній день належать: залежність фінансування від розвитку процесу реформування системи охорони здоров'я, недостатнє фінансування медичного персоналу при роботі з хворими на коронавірусну інфекцію COVID-19, а також періодичні перебої в роботі електронної системи охорони здоров'я, що негативно проявляється на якості надання закладом послуг прикріпленому населенню.

2.3 Аналіз техніко-економічних показників діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Дослідження діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради з безпекознавчого виміру доцільно проводити акцентуючи увагу на аналізі основних техніко-економічних показників діяльності (таблиця 2.8). Саме дані, отримані при аналізі техніко-економічних показників є свідченням наявності чи відсутності ризиків діяльності закладу з позиції його фінансового, кадрового, інформаційного тощо забезпечення.

Аналіз показників в динаміці допомагає визначити слабкі сторони діяльності закладу та зробити своєрідний прогноз ймовірності виникнення ризиків та загроз в тій чи іншій сфері.

Таблиця 2.8 - Основні техніко-економічні показники діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Показник	Од. виміру	Дані за роками			Темпи зміни, %	
		2018	2019	2020	2019/2018	2020/2019
Фактичні видатки з НСЗУ: абс. число (тис. грн.)	тис. грн.	58196,4	82822,3	90984,2	142,3	109,9
Видатки з місцевого бюджету (тис. грн.)	тис. грн.	4920,2	4681,6	4947,1	95,2	105,7
Залучені кошти	тис. грн.	167,3	466,1	692,8	278,6	148,6
Інші доходи	тис. грн.	0	55,6	65,0	–	116,9
Всього дохід	тис. грн.	63283,9	88025,6	96689,1	139,1	109,8
Видатки на заробітну плату з нарахуванням	тис. грн.	27265,3	42097,4	69653,2	154,4	165,5
Видатки на комунальні послуги	тис. грн.	776,8	861,6	1237,2	110,9	143,6
Капітальні видатки	тис. грн.	2532,1	5433,5	12954,3	214,6	238,4
Всього видатки	тис. грн.	30574,2	48392,5	83844,7	158,3	173,3
Штатних посад лікарів	чол.	139	122	123	87,8	100,8
Штатних посад смп	чол.	160	132	135	82,5	102,3
Середня заробітна плата лікаря	грн.	8769,67	16731,0	19206,93	190,8	114,8
Середня заробітна плата смп	грн.	5409,48	9147,0	11603,50	169,1	126,9
Кількість ліжок денного стаціонару	од.	19	19	19	100,0	100,0
Проліковано у денному стаціонарі	чол.	1372	1343	1225	97,9	91,2
Проліковано у стаціонарах вдома	чол.	5568	5398	4750	96,9	88,0
Виписано рецептів за програмою «Доступні ліки»	шт.	–	50043	55307	–	110,5

З таблиці 2.8 видно, що загальний дохід КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради в 2019 році зріс порівняно з 2018 роком на 39,1 %, а в 2020 році проти 2019 року – на 9,8%. Окрім того, зросли і витрати закладу. Так, в 2019 році проти 2018 року витрати зросли на 58,3 %, а в 2020 році порівняно з 2019 роком – на 73,3%.

Розглянемо більш детально характеристику техніко-економічних показників діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я.

В таблиці 2.9 представлено основні джерела фінансування Хмельницького МЦПМСД №2 за 2018-2020 роки.

Таблиця 2.9 – Фінансування КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Джерела надходжень	Сума надходжень за рік		
	2018	2019	2020
Фактичні видатки з НСЗУ: абс. число (тис. грн.) на 1 мешканця	58196,4 386,99 грн.	82822,3 535,93грн	90984,2 592,08 грн.
Видатки з місцевого бюджету (тис. грн.): абс. число на 1 мешканця	4920,2	4681,6 30,29 грн.	4947,1 32,19 грн.
З них (тис. грн.) на: - утримання	0	861,6	1237,2
- пільгове забезпечення	3931,3	3820,0	3709,9
Залучені кошти (тис. грн.)	167,3	466,1	692,8
Інші доходи із зазначенням джерела (тис. грн.):	0	55,6	65,0 (доходи від оренди)
Всього дохід (тис. грн.)	63116,6	88025,6	96689,1

З таблиці 2.9 видно, що фінансування Хмельницького МЦПМСД №2 зросло у 2020 році проти попередніх років. Основним джерелом надходжень закладу протягом аналізованих років залишається Національна служба здоров'я України. Зазначимо, що фінансування службою здійснюється за принципом «гроші ходять за пацієнтом», тобто фінансується надана закладом медична допомога пацієнту, а не утримання ліжок та стін медичного закладу.

Структура видатків Хмельницького МЦПМСД №2 має наступний вигляд.

Таблиця 2.10 – Структура видатків КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Структура видатків	Роки		
	2018	2019	2020
- зарплата з нарахуваннями (тис.грн.)	27265,3	42097,4	69653,2
- комунальні послуги (тис.грн.)	відсутні дані	861,6	1237,2
- капітальні видатки – всього (тис.грн.), у т.ч.	відсутні дані	5433,5	12954,3
- ремонти	1042,0	1963,7	6246,4
- придбання обладнання	1294,4	3469,8	6707,9
- заходи з протипожежної безпеки (тис. грн.)	195,7	60,9	92,9
Проживає осіб пільгової категорії (чол.)	33987	33987	34215
Забезпечено осіб пільгової категорії: абс. число	20392	20025	21115
% до всіх в районі	60%	58,5%	61,7%
Середня заробітна плата лікаря (грн.)	8769,67	16731,0	19206,93
Середня заробітна плата смп (грн.)	5409,48	9147,0	11603,50

За 2018-2020 роки структура видатків Хмельницького МЦПМСД №2, практично, не змінилася. Головним чином, видатки закладу були спрямовані на виплату заробітної плати персоналу (в 2019 році видатки на заробітну плату становили 42097,4 тис. грн., а в 2020 році – 69653,2 тис. грн.), видатки на комунальні послуги, які зросли в 2020 році (861,6 тис. грн.) проти 2018 року (1237,2 тис. грн.) та капітальні видатки, які включають ремонти та придбання необхідного медичного обладнання (в 2018 році – 5433,5 тис. грн., а в 2020 році – 12954,3 тис. грн.).

В 2020 році порівняно з 2018 роком середня заробітна плата лікаря та середнього медичного персоналу зросла більше ніж вдвічі, про що свідчать дані таблиці. Така тенденція є позитивним фактором, особливо в умовах світової пандемії COVID-19, коли заробітна плата стала чи не єдиним мотивуючим фактором для працівників закладів охорони здоров'я (рис.2.6).

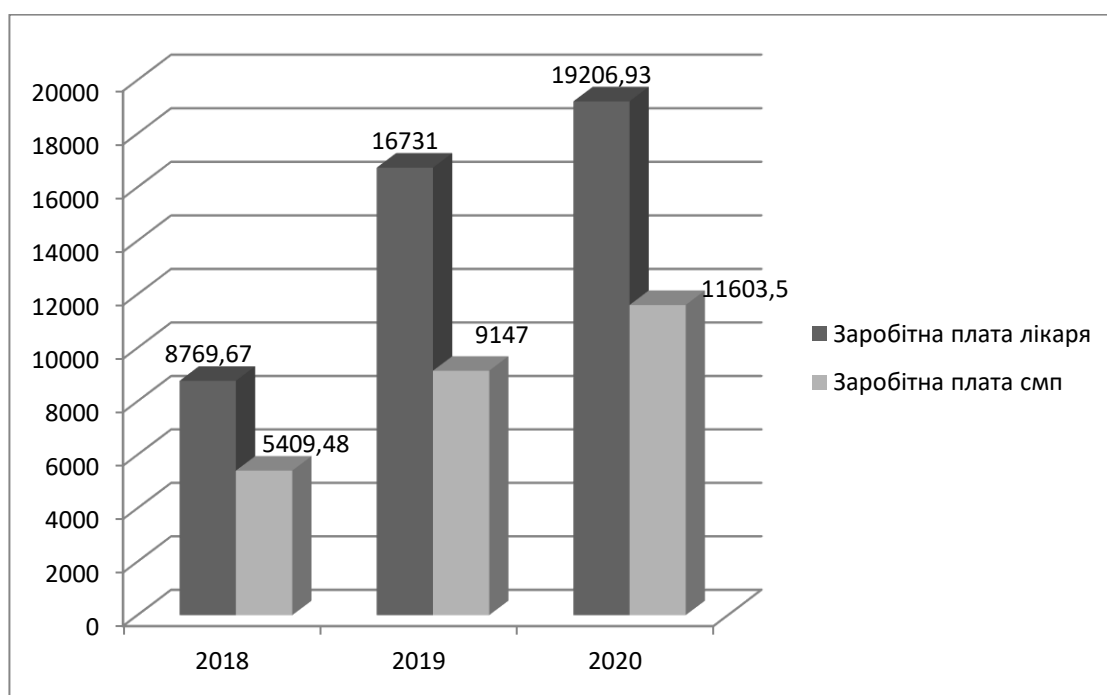


Рис. 2.6 – Динаміка зростання середньої заробітної плати лікаря та середнього медичного персоналу КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

З рисунку видно, що протягом 2018-2020 років рівень заробітної плати зростав як лікаря, так і середнього медичного персоналу.

Заробітна плата сьогодні стала також невід'ємним елементом кадрової складової безпекоорієнтованого управління, оскільки існує пряма залежність між рівнем заробітної плати та забезпеченістю кадровими ресурсами медичної галузі загалом.

В таблиці 2.11 представлено структуру кадрового забезпечення КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Таблиця 2.11 – Структуру кадрового забезпечення КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Кадрове забезпечення	Роки		
	2018	2019	2020
Штатних посад лікарів: абс. число – на 10 тис. нас.	139 9,2	122 7,9	123 7,9
Фізичних осіб лікарів: абс. число – % до штатних	121 87,1%	115 94,3%	113 91,9%
З них (абс. число – % від всіх лікарів):			
- сімейних лікарів	6 52%	70 60,9%	74 65,5%
- дільничних педіатрів	34 28%	35 30,4%	34 30%
- дільничних терапевтів	9 7,4%	7 6,1%	2 1,8%
- керівників (ОУОЗ)	3 2,5%	3 2,6%	3 2,7%
Наявність лікарів інших спеціальностей (<i>конкретно</i>): штатних – фізичних осіб – зайнято	відсутні дані	Епідеміолог 1-0 Статистик 2-1	Інфекціоніст- 0,5-0-0 Епідеміолог- 0,5-0-0,5 Лаборант-1,0- 0-0,5
Кількість лікарів інтернів	2	1	2
Атестовано лікарів: абс. число – % до всіх	20 100%	33 100%	10 100%
Лікарів пенсійного віку: абс. число – % до всіх	40 33,05%	30 26%	23 20,4%
Штатних посад смп: абс. число – на 10 тис. нас.	159,5 10,6	131,5 8,5	135 8,8
Фізичних осіб смп: абс. число – % до штатних	155 97,2%	133 100%	133 98,5%
Атестовано смп: % до всіх	30 19,4%	26 19,5%	16 100%
Смп пенсійного віку: абс. число – % до всіх осіб	18 100%	12 9%	9 6,8%
Співвідношення лікарів до смп (:)	-	0,86	0,85

З таблиці 2.11 видно, що кількість штатних посад лікарів, як і сама кількість фізичних осіб лікарів зменшувалася протягом 2018-2020 років. Так,

кількість фізичних осіб лікарів в 2018 році становила 121 особа, в 2019 році – 115 осіб, в 2020 році – 113 осіб.

Якщо розглядати структуру кадрового забезпечення медичними працівниками Хмельницького МЦПМСД №2, то кількість дільничних педіатрів протягом 2018-2020 років залишалася, практично, на одному рівні – 34-35 осіб, кількість дільничних терапевтів стрімко зменшилась з 9 осіб в 2018 році до 2 осіб в 2020 році. На противагу, кількість сімейних лікарів значно зросла з 6 осіб у 2018 році до 72 осіб у 2019 році та 74 – у 2020 році. Така динаміка зростання кількості сімейних лікарів (рис.2.7) пов'язана з реформуванням медичної системи, початок якої й припав саме на 2018 рік.

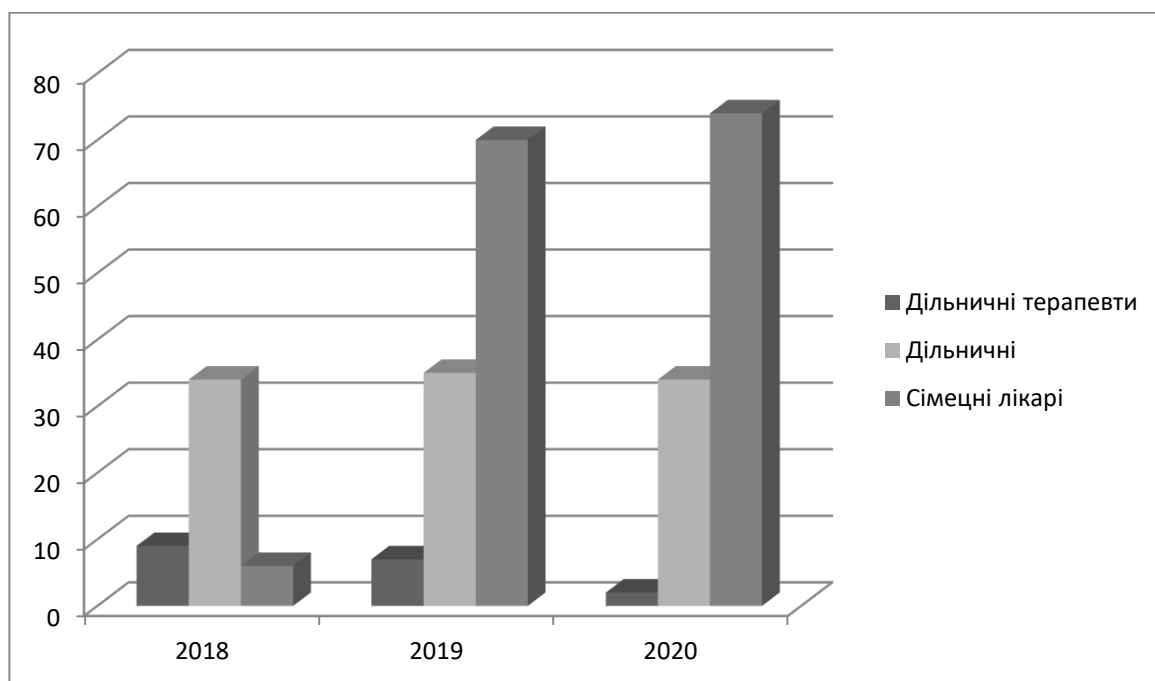


Рис. 2.7 - Динаміка зміни кількості лікарів КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

За аналізований період спостерігалось також зниження кількості лікарів та середнього медичного персоналу пенсійного віку, про що свідчать дані таблиці 2.12. Крім того, в даному медичному закладі в 2018 році

проходило інтернатуру 2 лікаря, в 2019 році – 1 лікар та в 2020 році – 2 лікаря-інтерна.

Рівень матеріально-технічного забезпечення є прямим свідченням про якість та доступність медичних послуг закладу охорони здоров'я. В таблиці 2.13 представлено стан матеріально-технічного забезпечення Хмельницького МЦПМСД №2

Таблиця 2.13 – Матеріально-технічне забезпечення КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Матеріально-технічна база	Роки		
	2018	2019	2020
Забезпеченість амбулаторій автотранспортом абс. число – % до всіх	4 – 33,3%	4-33,3%	6-46,2%
Забезпеченість амбулаторій глюкометрами: всього – % від всіх	12-100% 72-36,1%	12-100%	13-100%
Забезпеченість амбулаторій електрокардіографами: всього – % від всіх	0	12-100%	13-100%
Забезпеченість амбулаторій вагами: - для дітей – всього - % від всіх амбулаторій	53 – 100%	72-100%	76-100%
- для дорослих – всього - % від всіх амбулаторій	52 – 100%	71-100%	96-100%
Забезпеченість лікарів - отоскопами: всього - % від всіх	16-22,2%	115-100%	113-100%
- офтальмоскопами: всього - % від всіх	16-22,2%	115-100%	113-100%
- пульсоксиметрами: всього - % від всіх	-	115-100%	113-100%
- пікфлуометрами: всього - % від всіх	-	115-100%	113-100%
- таблицями для визначення гостроти зору: всього - %	-	13-100%	13-100%
- холестеринометрами: всього - % від всіх	-		
Наявність лабораторного обладнання (зазначити)	-	Гематологічний аналізатор - 1 Аналізатор сечі -1	Гематологічний аналізатор - 2 Аналізатор сечі - 2 ІФ Аналізатор 1

З даної таблиці видно, що ситуація з матеріально-технічним забезпеченням Хмельницького МЦПМСД №2 значно покращилася з 2019 року. Заклад на 100% забезпечений електрокардіографами, глюкометрами, отоскопами, офтальмоскопами, пульсоксиметрами, пікфлуометрами, холестеринометрами. Крім того, в наявності є необхідне лабораторне обладнання. Таким чином, медичний заклад здатен надати пацієнтам гарантований пакет послуг первинної медичної допомоги.

Відтак, кількість проведених аналізів за 2019-2020 роки Хмельницьким міським центром первинної медико-санітарної допомоги №2 представлено в таблиці 2.14

Таблиця 2.14 – Кількість проведених аналізів КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Дослідження	Роки	
	2019	2020
Гематологічні дослідження	-	23289
Біохімічні дослідження	4266	23903
Імуноферментні дослідження (Covid-19 медпрацівникам)	-	2058
Швидкі тести (конкретно які)	347 (Вагітність-35, ВІЛ -44, Гепатити-152, Тропоніни- 116, Грип-246)	1497 (Вагітність-142, ВІЛ -207, Гепатити-486, Тропоніни- 262, Covid-19 – 400) ЗАС-16583
Загальна кількість досліджень	4613	67330

В сучасних умовах розвитку інформаційних технологій та важливості інформації в діяльності кожної організації, не можна не розглянути інформаційне забезпечення КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

Таблиця 2.15 – Стан інформатизації КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Стан інформатизації	Роки		
	2018	2019	2020
Потреба у комп'ютерах (з врахуванням кількості лікарів)	-	114	113
Наявно комп'ютерів: всього – у % до потреби	-	127 100%	201 100%
Наявно телемедичних комплексів	-	11 (Мідас)	27 (Мідас)
Назва МІС електронної системи охорони здоров'я	МЕДІКС	МЕДІКС	МЕДІКС

Дані таблиці 2.15 свідчать, що попри наявність комп'ютерів (в 2019 році їх кількість становила 127 шт., а в 2020 – 201 шт.) для роботи медичних працівників, все ж ще існує необхідність їх придбання.

Інформаційною системою КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради є система МЕДІКС. Сьогодні дана інформаційна система є основним інтернет-ресурсом, що допомагає користувачам, тобто пацієнтам закладу, збирати всі дані про своє здоров'я в одному місці, реєструватися на прийом до потрібних лікарів та в зручний час, обрати лікаря та лікувальний заклад тощо. Для медичного персоналу використання даної інформаційної системи сприяє налагодженню сервісу закладу охорони здоров'я та підвищенню рівня обслуговування пацієнтів.

Висновки до розділу 2

Сьогодні заклади первинної медико-санітарної допомоги є основною ланкою в системі охорони здоров'я та головним суб'єктом реалізації пацієнтоорієнтованої моделі розвитку системи. Сучасні трансформаційні

процеси спрямовані, головним чином, на реформування моделі фінансування галузі. Однак, спостерігаються чіткі зміни саме у взаємодії закладів охорони здоров'я з головними споживачами медичних послуг – населенням. Такі зміни передбачають налагодження активного комунікативного процесу в системі «пацієнт-медичний заклад», зокрема шляхом розвитку практики сімейної медицини.

КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Хмельницької міської ради – це сучасний заклад охорони здоров'я, головним завданням функціонування якого є забезпечення населення якісними та доступними медичними послугами.

Аналіз діяльності Хмельницького МЦПМСД №2, зокрема аналіз основних техніко-економічних показників, свідчить про покращення показників діяльності з 2018 року. Зростання спостерігаються у фінансовому та матеріально-технічному забезпеченні, у обсягах заробітної плати лікарів та середнього медичного персоналу, а також в кількості наданих медичних послуг закладом охорони здоров'я.

3 УДОСКОНАЛЕННЯ БЕЗПЕКООРІЄНТОВАНОГО УПРАВЛІННЯ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

3.1 Удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я

Функціонування системи безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я спрямоване на ефективну реалізацію загальної стратегії діяльності медичних закладів. Однак, особливістю безпекоорієнтованої концепції саме в аспекті реалізації її в межах системи охорони здоров'я є те, що основні її положення передбачають забезпечення безпеки не лише медичного закладу, його персоналу та діяльності загалом, а й забезпечення безпеки споживачів медичних послуг – безпеки пацієнтів. Саме тому, на нашу думку, важливо дуально розглядати систему безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я та формувати підходи до її удосконалення в розрізі двох складових – безпеки діяльності закладу та безпеки медичної послуги (рис.3.1). Причому, варто пам'ятати про тісну взаємозалежність цих двох складових.

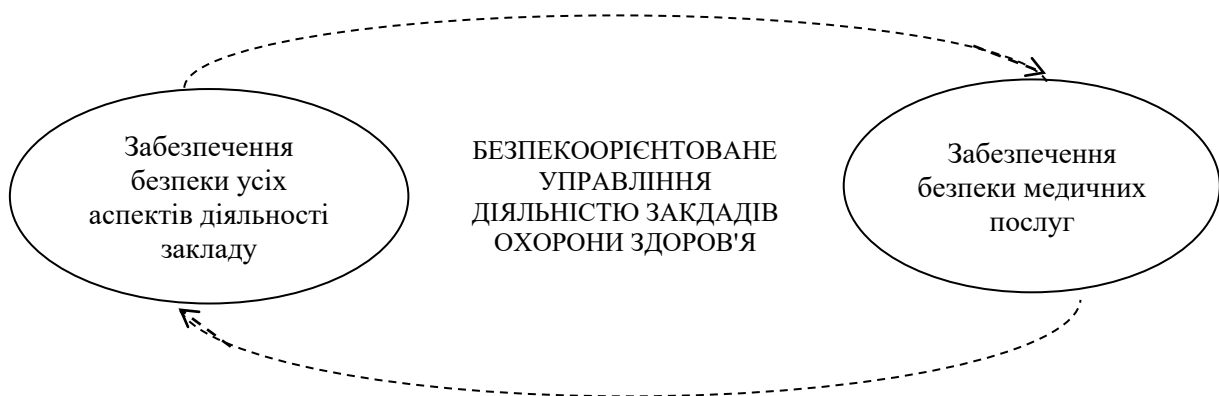


Рис. 3.1 – Складові безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я

Сьогодні удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я має відбуватися на трьох рівнях:

- на управлінсько-організаційному рівні;
- на інформаційно-комунікативному рівні;
- на рівні матеріально-технічного забезпечення.

Система безпекоорієнтованого управління являє собою певний організаційний процес формування та реалізації необхідних заходів для забезпечення ефективного функціонування в умовах ризику. На нашу думку, на управлінсько-організаційному рівні такий удосконалений підхід повинен опиратися на:

- формування ефективної команди кваліфікованих медичних працівників;
- розробку чітких правил поведінки персоналу закладу охорони здоров'я щодо реалізації прав пацієнтів закладу під час отримання необхідних медичних послуг;
- створення необхідних умов для стимулювання та мотивації медичного персоналу до сумлінного виконання службових обов'язків;
- визначення чітких меж відповідальності за появу певних ризиків, зокрема тих, джерелом яких є певні дії чи бездіяльність працівників закладу охорони здоров'я.

Вважаємо, що на інформаційно-комунікативному рівні основними заходами щодо удосконалення системи безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я є формування культури спілкування медичного персоналу з пацієнтами закладу, їх родичами чи доглядачами, налагодження ефективного комунікативного процесу та зворотного зв'язку. Оскільки, саме комунікативний процес є основою дієвої взаємодії пацієнта та закладу охорони здоров'я, результатом чого є отримання пацієнтом ефективної медичної послуги.

Сьогодні інформаційно-комунікативна взаємодія, основою якої є взаємодовіра, переконаність у необхідності та успішності лікувальних чи профілактичних заходів є базою для формування культури безпеки.

Відповідно до джерела [18], «культура безпеки являється сукупністю індивідуальних та групових цінностей, поглядів, компетенції та моделей поведінки, які формують обов'язки, стиль та професіоналізм управління закладами охорони здоров'я в аспекті забезпечення безпеки і медичного закладу, і пацієнта».

Удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління на рівні матеріально-технічного забезпечення повинно передбачати, перш за все, оптимізацію матеріально-технічної бази закладу. Цілком зрозуміло, що якість діагностичних, лікувальних, реабілітаційних чи профілактичних послуг залежить від наявного в закладі медичного обладнання. Однак, не менш важливим є наявність кваліфікованих спеціалістів, котрі здатні працювати з таким обладнанням. Тому вважаємо, що підготовка фахівців, реалізація заходів з підвищення кваліфікації медичного персоналу в аспекті їх роботи з медичним обладнанням, визначення меж відповідальності персоналу за таку роботу є запорукою зменшення можливості виникнення ризиків, пов'язаних з роботою з медичним обладнанням чи виникнення лікарських помилок в процесі діагностики та лікування.

На нашу думку, механізм безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я включає п'ять ключових етапів, почергова реалізація яких забезпечує його дієвість з огляду досягнення стратегічної мети діяльності закладу в умовах невизначеності.

На рисунку 3.2 зображено механізм безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я.

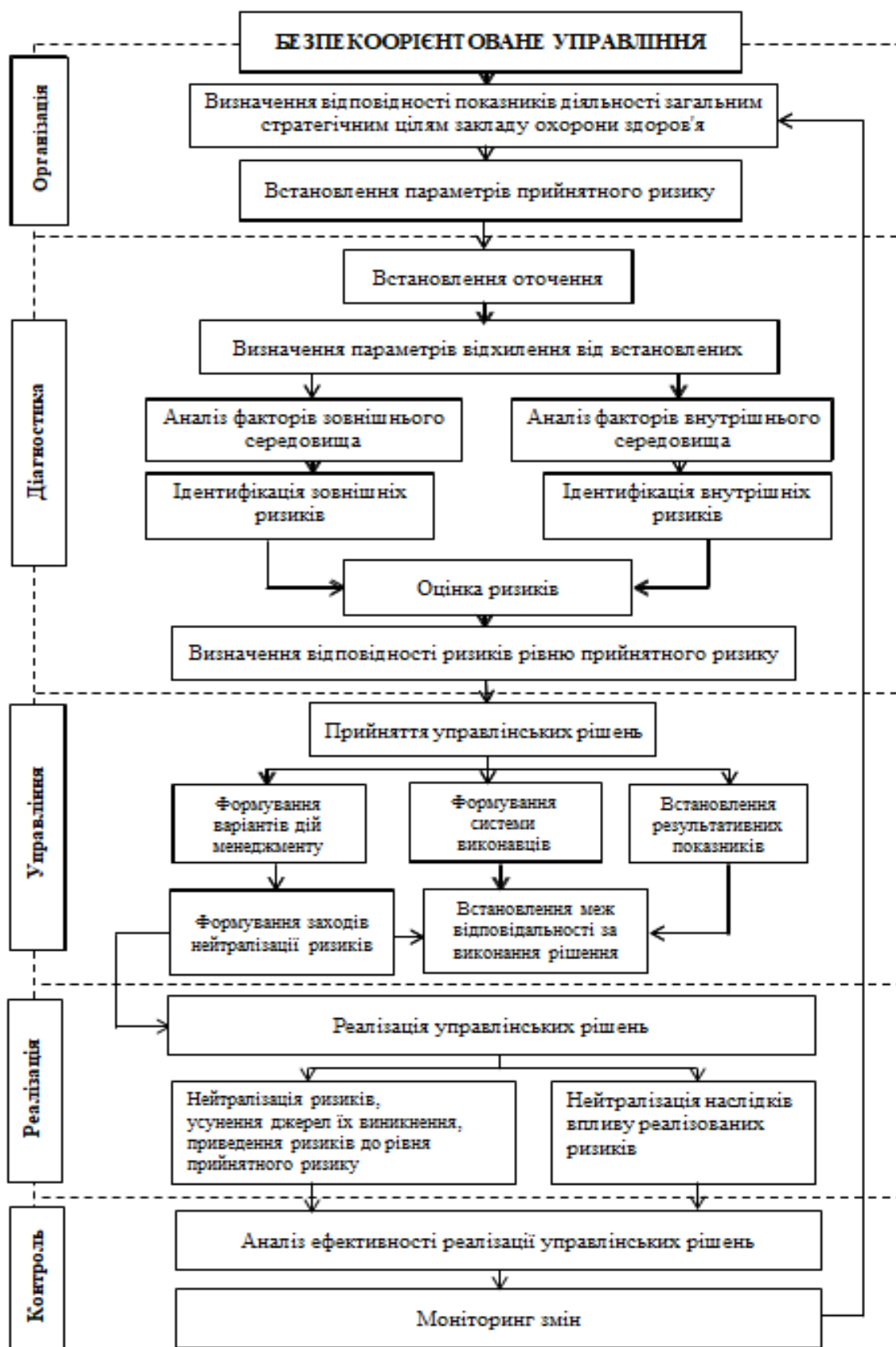


Рис. 3.2 – Механізм безпекоорієнтованого управління

Таким чином, безпекоорієнтований механізм управління діяльністю закладів охорони здоров'я складається з наступних етапів:

- організаційний етап;
- етап діагностики;
- етап управління;
- етап реалізації управлінських рішень;
- етап контролю.

На організаційному рівні визначається відповідність показників діяльності загальним стратегічним цілям медичного закладу для визначення наявності можливих ризиків та загроз його діяльності.

Окрім того, на даному етапі визначаються основні засади реалізації безпекоорієнтованого управління. Встановлюються ключові параметри прийняттого ризику, який характеризується як обґрунтований ризик, що не перевищує рівень допустимого та не несе значної шкоди діяльності, в даному випадку, закладу охорони здоров'я. Визначення параметрів прийняттого ризику є необхідним для подальшого аналізу ризиків, оскільки вважається, що рівень впливу прийняттого ризику буде нижчим за витрати на його усунення чи попередження.

На етапі діагностики встановлюється оточення, тобто, здійснюється аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища функціонування закладу охорони здоров'я. Визначаються основні фактори, що впливають на діяльність закладу. На основі зібраної інформації здійснюється ідентифікація та оцінка зовнішніх та внутрішніх ризиків. Ідентифікація ризиків є детальною та включає дослідження джерел ризиків та загроз, вивчення причин їх появи. Отримана оцінка є базою визначення рівня ризику і його відповідності рівню прийняттого. Важливість даного етапу пояснюється необхідністю розуміння кожного ризику, можливого рівня його впливу та можливих наслідків його реалізації для вибору найбільш раціональної стратегії та методу управління ризиком.

Дані, отримані на організаційному етапі та етапі діагностики, служать основою для реалізації наступного рівня механізму безпекоорієнтованого управління – етапу прийняття управлінських рішень. На даному етапі формуються варіанти дій системи менеджменту закладу охорони здоров'я, тобто, формуються можливі варіанти заходів щодо нейтралізації чи усунення ризиків та загроз. Важливою деталлю на даному етапі після визначення ключових виконавців є зазначення меж їх відповідальності саме за реалізацію управлінських рішень. Оскільки, на нашу думку, розуміння можливості настання відповідальності за певну дію чи бездіяльність спонукає кожну людину більш сумнівно виконувати свої професійні обов'язки.

Етап реалізації управлінських рішень передбачає безпосередню реалізацію конкретних заходів із нейтралізації ризиків та загроз, усунення джерел їх походження, або ж усунення наслідків реалізації окремих рішень. Адже, кожне управлінське рішення, на нашу думку, може бути джерелом ризиків та загроз і чинити вплив на всю систему.

Кінцевим етапом механізму безпекоорієнтованого управління є контроль ефективності реалізації управлінських рішень. На даному етапі здійснюється оцінка стану окремих аспектів діяльності після реалізації заходів та моніторинг загальних змін діяльності закладу охорони здоров'я.

Таким чином, основними характеристиками удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я сьогодні є:

- усвідомлення того, що діяльність закладу охорони здоров'я є сьогодні високоризикованою;
- розуміння важливості виконання обов'язків управлінським та загальним медичним персоналом щодо забезпечення стійкості безпеки діяльності закладу;
- формування загальної культури безпеки та такого середовища, в якому медичний персонал може вільно повідомляти про лікарські помилки, можливі ризики чи подібні інциденти;

- мотивація та винагорода медичних працівників різних структурних рівнів та різних відділень за колективну роботу та прийняття спільного рішення, пов'язаного з безпекою закладу охорони здоров'я та безпосередньо, пацієнта.

3.2 Формування концептуальної моделі удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я

В сучасних умовах трансформації та розвитку системи охорони здоров'я удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я спрямоване, в першу чергу, на досягнення наступних параметрів:

- ефективна та стабільна діяльність закладу охорони здоров'я;
- дієва система управління економічною безпекою та система управління ризиками діяльності закладу;
- ефективність медичних послуг для населення;
- доступність медичних послуг для всього населення;
- пацієнтоорієнтована модель охорони здоров'я;
- раціональна система організації та управління закладом охорони здоров'я.

На нашу думку, формування концептуальної моделі удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я варто розпочинати з визначення основних елементів даної моделі. До таких елементів ми відносимо систему загалом, ресурси закладу охорони здоров'я, процес надання медичних послуг, результати діяльності закладу та наслідки діяльності закладу охорони здоров'я (рис.3.3).

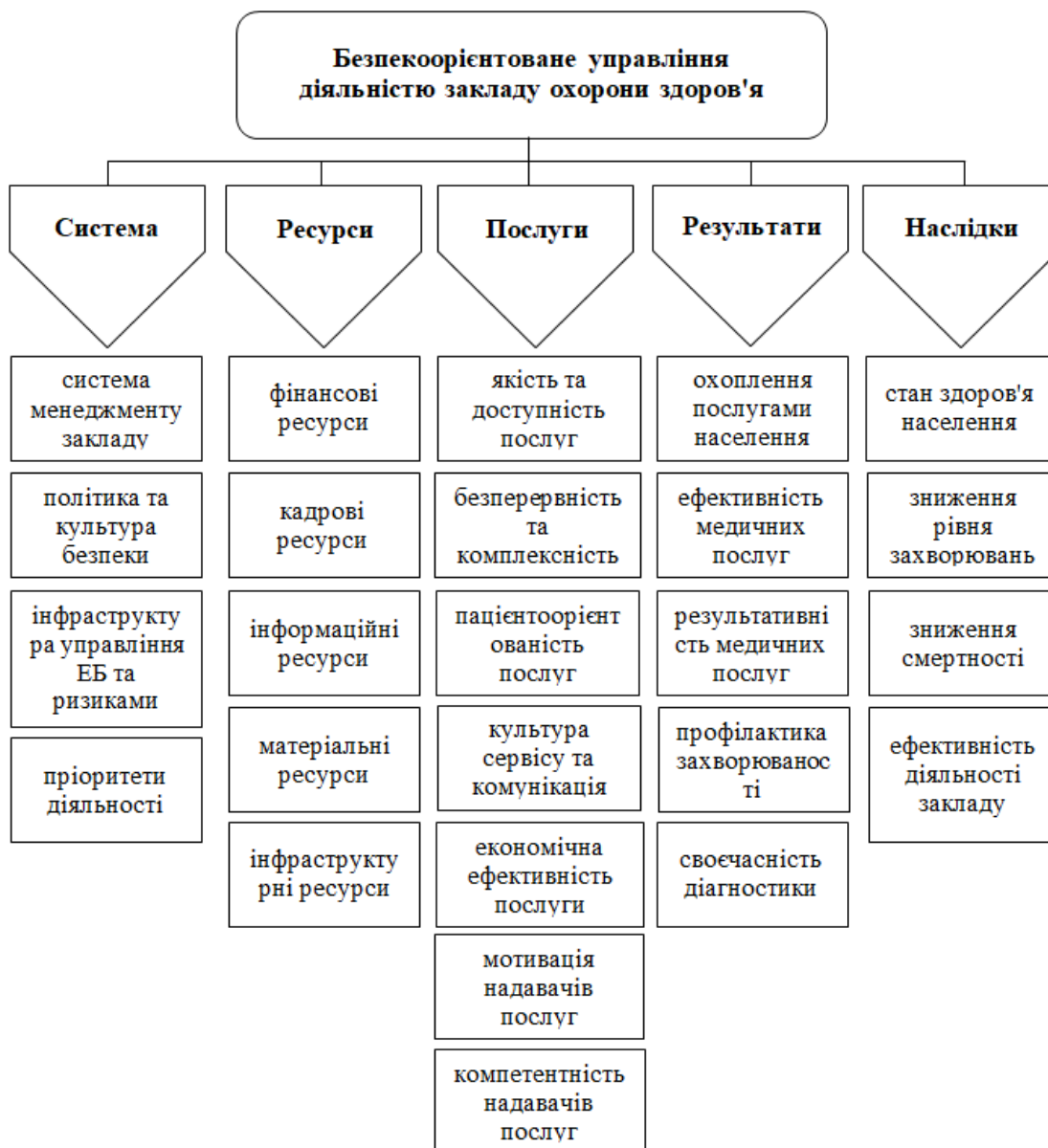


Рис. 3.3 – Концептуальна модель удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я

Відповідно до рисунку, першим елементом моделі виступає система. Удосконалення безпекоорієнтованого підходу управління діяльністю закладу охорони здоров'я передбачає реалізацію певних кроків щодо удосконалення системи. Такі кроки полягають у формуванні ефективної системи управління закладом, формування політики та культури корпоративної безпеки, забезпеченні необхідними об'єктами інфраструктури для управління економічною безпекою та управління ризиками, включаючи інфраструктуру електронної комунікації. Окрім того, даний елемент концепції передбачає

визначення пріоритетів діяльності закладу, а також пріоритетів формування системи управління ризиками та системи управління економічною безпекою. Сьогодні формування системи управління закладом охорони здоров'я та її складу залежить від обсягу практик сімейного лікаря у складі закладу. В нашому випадку, у складі центру первинної медико-санітарної допомоги.

Для удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я важливим елементом концепції моделі виступає ресурсне забезпечення медичного закладу. До стратегічних ресурсів ми відносимо: фінансові ресурси закладу, кадрові, інформаційні, матеріальні та інфраструктурні ресурси.

Забезпеченість кадровими ресурсами є на сьогоднішній день важливим питанням. Через поширення коронавірусного захворювання в державі відбулася не одна хвиля звільнень за власним бажанням медичного персоналу з медичних закладів. Забезпеченість населення лікарями є сьогодні на рівні меншому за офіційно рекомендований. Основними факторами нестачі кадрових ресурсів є низька оплата праці лікарів, непrestiжність професії сімейних лікарів, низька мотивація медичних працівників тощо [41].

Зазначимо, що якість удосконалення безпекоорієнтованого підходу до управління здебільшого залежить саме від наявності на це необхідних ресурсів.

Наступним елементом концепції виступають послуги. Програмою медичних гарантій [33] зазначено перелік послуг та їх обсяг, які населення отримує безкоштовно. Такі послуги фінансуються з Державного бюджету. Однак, за рішенням місцевих адміністрацій перелік безкоштовних послуг може бути розширеним за рахунок фінансування з місцевих бюджетів. Це можуть бути, наприклад, місцеві та регіональні програми громадського здоров'я [41].

Відповідно до запропонованої концептуальної моделі, удосконалення безпекоорієнтованого управління передбачає формування якісно нового підходу до процесу надання медичних послуг. Крім того, що медичні послуги

мають бути якісними та доступними, вони повинні надаватися комплексно та охоплювати все без виключення населення. Також на сьогоднішній день запроваджено пацієнтоорієнтовану модель системи охорони здоров'я. Така модель передбачає, що медичні послуги повинні надаватися з врахуванням індивідуальних потреб кожного пацієнта, його очікувань та очікувань його рідних чи доглядачів.

Запропонована модель удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я передбачає, що медичні послуги в будь-якому закладі повинні характеризуватися культурою медичного сервісу, комплексністю роботи з кожним пацієнтом та забезпеченням активної комунікації та зворотного зв'язку з кожним пацієнтом. Однак, варто враховувати те, що усі медичні послуги повинні бути підкріпленні компетентністю кожного працівника закладу охорони здоров'я. Окрім того, якість надання медичних послуг, як показали численні дослідження, великою мірою залежать від рівня вмотивованості медичних працівників.

За сучасних умов розвитку системи охорони здоров'я потрібно зазначити, що сьогодні будь-яка медична послуга має бути економічно ефективною. Це означає, що «надання послуги повинна передбачати максимізацію використання ресурсів та мінімізацію марних витрат»[41].

Удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я передбачає отримання певних результатів. До таких результатів можемо віднести ефективність та результативність медичних послуг, повне охоплення послугами всього населення, забезпечення своєчасності діагностичних обстежень та проведення профілактичної роботи тощо.

Згідно із запропонованою моделлю удосконалення безпекоорієнтованого управління, наслідки реалізації усіх зазначених кроків передбачають отримання значного соціального ефекту для населення та економічного ефекту для діяльності медичного закладу. Отже, соціальними

наслідками будуть: зниження рівня захворюваності та смертності населення, високий рівень громадського здоров'я тощо, а для самого ж закладу охорони здоров'я – ефективна та економічно обґрунтована діяльність.

Запропонована модель удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я передбачає моніторинг та оцінку реалізованих напрямків удосконалення. Схематично така оцінка представлена на рисунку 3.4.

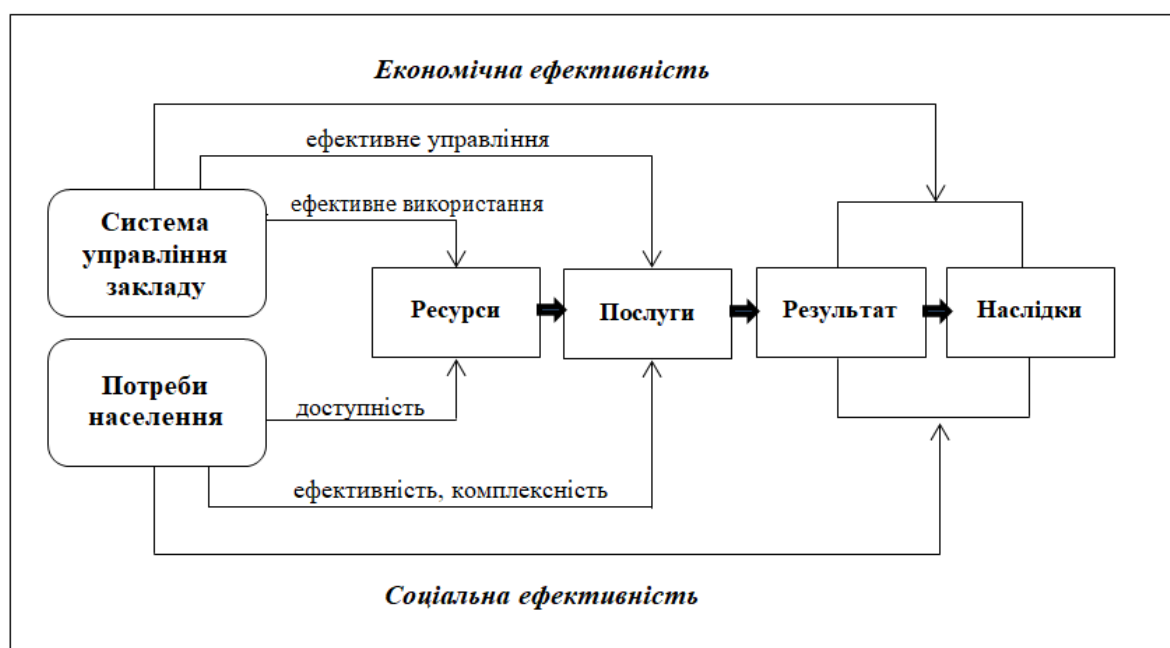


Рис. 3.4 – Оцінка результативності моделі удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я

Таким чином, реалізація запропонованих кроків відповідно до концептуальної моделі удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я передбачає досягнення як економічної ефективності в аспекті діяльності медичного закладу, так і соціальної ефективності в аспекті реалізації медичних послуг.

3.3 Обґрунтування удосконалення медичних послуг КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Специфіка безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я полягає в тому, що внутрішні ризики, які виникають в процесі діяльності даних закладів, поділяються на ризики як для самого закладу та безпосередньо медичного персоналу, так і на ризики для пацієнтів.

Сьогодні такий ризик, як неправильно поставлений діагноз, тягне за собою високу ймовірність виникнення та реалізації низки похідних ризиків. Для закладу охорони здоров'я такі похідні ризики можуть включати, головним чином, репутаційні ризики, зокрема:

- низька ефективність та результативність наданих медичних послуг;
- конфліктні ситуації з пацієнтами, їх родичами чи доглядачами;
- зменшення рівня якості надання медичних послуг;
- судові позови проти закладу охорони здоров'я тощо.

Крім того, можуть виникати також і фінансові ризики, зокрема, стягнення збитків з медичного закладу у зв'язку з неправильно поставленим діагнозом, що призвело до завдання шкоди здоров'ю пацієнта.

З іншої сторони, для пацієнта ризик неправильно поставленого діагнозу може коштувати занадто дорого. Як правило, через реалізацію такого ризику людина втрачає найголовніше – час, за який можна було б отримати коректне лікування та позбутися того чи іншого захворювання.

Дослідження показують, що за останні роки значно зросла кількість захворювань шкіри, що супроводжуються тривалим хронічним перебігом та важко піддаються лікуванню [15].

За даними джерела [15], розвиток інфекційних та неінфекційних захворювань шкіри відбувається внаслідок дії численних внутрішніх та зовнішніх факторів. Так, причинами шкірних захворювань сьогодні можуть бути [15]:

- спадкова схильність;
- розлади нервової системи;
- розлади ендокринної регуляції;

- порушення обміну речовин;
- вплив теплового та радіоактивного випромінювання;
- опіки шкіри та інші пошкодження тощо.

Крім того, велике значення в процесі виникнення та розвитку захворювань шкіри відіграє імунна система, яка забезпечує своєрідний захист від дії вірусів та інфекцій, забезпечує протипухлинний бар'єр, захист від розвитку алергічних реакцій шкіри тощо.

Основною запорукою ефективного лікування захворювань шкіри виступає сьогодні періодичний профілактичний огляд шкіри людини та рання діагностика різноманітних захворювань, в тому й числі раннє виявлення та діагностика шкірних новоутворень.

На сьогоднішній день для діагностики та виявлення шкірних захворювань, в тому числі і новоутворень (а також меланом), використовують цифрову дерматоскопію. Даний метод діагностики забезпечує швидку перевірку будь-яких новоутворень на шкірі, підозрілих родимок тощо.

Німецька компанія FotoFinder розробила унікальний апарат FotoFinderBodyStudioATVM для діагностики в дерматоонкології, робота якого опирається на технологію картування тіла та штучний інтелект, який забезпечує виявлення онкологічних захворювань шкіри людини [44].

Апарат FotoFinderBodyStudioATVM є інструментом та програмою для діагностики меланом та немелацентарних форм раку шкіри експертного класу [44].

Сьогодні укомплектування кабінету лікаря-дерматолога в КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради є успішним вирішенням питань щодо своєчасної та ефективною діагностики новоутворень шкіри пацієнтів, а також ефективним методом уникнення можливих ризиків, пов'язаних саме з лікарською помилкою чи неправильно поставленим діагнозом. Основним аргументом щодо важливості застосування такого апарату в діяльності

закладу є те, що на сьогоднішній день, за статистичними даними, онкологічні захворювання шкіри посідають друге місце у світі серед онкологічних захворювань.

Метою даного інвестиційного проєкту є розширення переліку дерматологічних послуг та забезпечення населення більш якісними діагностичними послугами шляхом використання апарату FotoFinderBodystudioATBM.

Переваги використання даного медичного обладнання для КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради:

- автоматичне виявлення новоутворень, їх зберігання в базі даних та подальше спостереження;
- автоматичний процес формування «карти родимок»;
- інтеграція з подальшою цифровою дерматоскопією;
- бездоганна якість та деталізація фотознімків;
- шифрування особистих медичних даних пацієнта на рівні операційної системи.

Вбачаємо необхідність здійснення розрахунку доцільності придбання даного медичного обладнання.

Отже, початкові інвестиції в запропонований проєкт складають 210 тис. грн. Саме такою є вартість даного медичного обладнання.

Вважаємо, що оптимальний термін окупності проєкту становить 2 роки.

Показник чистої приведеної вартості будемо розраховувати за наступною формулою:

$$NPV = PV - I_0 = \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+r)^t} - I_0, \quad (3.1)$$

де PV – показник загальної величини дисконтованих доходів;

I_0 – величина початкових інвестицій у проєкт, грн.;

CF_t – надходження коштів в t -році від реалізації проєкту, грн.;

r – ставка дисконтування;

Варто визначити послуги, які будуть надаватися за допомогою даного обладнання та їх вартість (табл.3.1). Вартість визначаємо на основі аналізу середніх цін відповідних послуг, що надаються в закладах первинної медичної допомоги.

Таблиця 3.1 – Вартість послуг, наданих за допомогою апарату FotoFinderBodystudioATBM

Послуга	Час проведення, (хв.)	Вартість, (грн.)
Дерматоскопія новоутворень шкіри (1-3 шт.)	35	250
Консультація лікаря з дерматоскопію на FotoFinderBodystudioATBM	50	350
Формування карти родимок	50	400
Дерматоскопія новоутворень шкіри (4-8 шт.)	50	400
Дерматоскопія новоутворень шкіри повторна (1-3 шт.)	35	150
Дерматоскопія новоутворень шкіри повторна (4-8 шт.)	50	200

Середня вартість однієї послуги становить 291,66 грн.

Приблизна собівартість однієї послуги становить 122 грн.

За дослідженнями діяльності подібних закладів з подібним медичним обладнанням розрахували, що кількість наданих дерматологічних послуг в день становитиме 6, в перший рік – близько 1512 послуг. За другий рік запланована кількість наданих послуг складатиме 1764 послуги.

Отже, умовний грошовий потік від наданих дерматологічних послуг за перший рік становитиме $1512 \times (291,66 - 122) = 256525$ грн.

Відповідно, умовний грошовий потік від наданих дерматологічних послуг за другий рік становитиме $1764 \times (291,66 - 122) = 299280$ грн.

Ставка дисконту дорівнюватиме 15%, відповідно до рівня середньої ставки за кредитами.

Таким чином, приведена чиста вартість запропонованого проєкту буде становити:

$$NPV = \frac{256525}{(1 + 0,15)} + \frac{299280}{(1 + 0,15)} - 210000 = 273308 \text{ грн.}$$

Наші розрахунки показали, що реалізація даного проєкту щодо придбання медичного апарату FotoFinderBodyStudioATBM є доцільною.

Визначимо на даному етапі термін окупності за формулою:

$$PP = I_0 / CF, \quad (3.2)$$

де I_0 - величина початкових інвестицій у проєкт, грн.;

CF – чистий грошовий потік від реалізації проєкту.

Термін окупності даного проєкту становитиме $210000/299280 \text{ тис} = 0,7$ року, або 8,4 місяці.

Визначимо індекс рентабельності проєкту за наступною формулою:

$$PI_1 = \frac{NPV}{I_0}, \quad (3.3)$$

Отже, індекс рентабельності запропонованого нами проєкту становитиме:

$$PI = 273308 / 210000 = 1,3$$

Таким чином, індекс рентабельності проєкту придбання медичного обладнання FotoFinderBodyStudioATBM становить 1,3. У відсотковому відношенні – 113%.

Визначені нами показники свідчать про доцільність реалізації даного проєкту, як з точки зору економічної ефективності, так і з точки зору значної користі, або ж соціальної ефективності для отримувачів медичних послуг.

Розроблені у третьому розділі кваліфікаційної роботи магістра пропозиції наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Рекомендації з удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

№	Назва заходу	Короткий зміст	Прогнозований результат
1	2	3	4
1	Рекомендації щодо вдосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я	Удосконалення етапів механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я	Оптимізація етапів механізму: організаційного етапу, етапу діагностики, управління, реалізації та контролю
2	Рекомендації щодо формування концептуальної моделі безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я	Формування моделі на основі ключових елементів: системи, ресурсів, послуг, результату, наслідків	Формування удосконаленого підходу щодо діяльності закладу охорони здоров'я
3	Рекомендації щодо удосконалення діагностичних послуг КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради шляхом придбання новітнього медичного обладнання	Розрахунок економічної доцільності придбання діагностичного обладнання FotoFinderBodystudioA ТВМ для КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради	Забезпечення економічної ефективності надання медичних послуг для КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради, а також соціальної ефективності для отримувачів таких послуг

Висновки до розділу 3

Запропонований підхід щодо удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я необхідно реалізовувати у розрізі безпеки діяльності самого закладу та безпеки медичної послуги.

Механізм безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я включає п'ять етапів: організацію, діагностику, управління, реалізацію та контроль. Кожен етап передбачає конкретні кроки, реалізація яких забезпечує дієвість системи безпекоорієнтованого управління.

Формування концептуальної моделі удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я повинно здійснюватися на основі удосконалення елементів даної моделі: системи, ресурсів, послуг, результатів та наслідків. Передбачається, що результатом удосконалення кожного елементу моделі буде отримання значного економічного ефекту для діяльності закладу та соціального ефекту для населення.

Для уникнення численних ризиків, пов'язаних із проведенням діагностичних послуг, для КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради було запропоновано реалізацію проекту щодо придбання новітнього медичного обладнання. Аналіз та проведені в роботі розрахунки свідчать про доцільність реалізації даного проекту.

ВИСНОВКИ

В сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я безпекоорієнтоване управління є основою забезпечення стабільного функціонування системи загалом та кожного закладу охорони здоров'я зокрема. Необхідність забезпечення безпеки закладу охорони здоров'я в усіх аспектах його діяльності пояснюється впливом численних факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. Подекуди такий вплив може мати нейтральний характер, а подекуди спричинити значні негативні наслідки. Безпекоорієнтоване управління діяльністю закладу охорони здоров'я спрямоване на попередження такого впливу чи мінімізації його наслідків. Чим і пояснюється актуальність теми кваліфікаційної дипломної роботи.

В першому розділі дипломної роботи досліджено сутність безпекоорієнтованого управління та основних його складових: управління економічною безпекою та управління ризиками.

На основі вивчення численних джерел літератури визначено наукові категорії, що лежать в основі безпекоорієнтованого управління, а саме «економічна безпека», «ризик», «загроза», «небезпека».

Визначено, що важливе місце в системі безпекоорієнтованого управління займає сьогодні управління ризиками. Процес управління ризиками включає реалізацію етапів: «Встановлення оточення», «Розгляд ризиків», «Усунення ризиків». Так, «Встановлення оточення» спрямоване на дослідження факторів зовнішнього та внутрішнього середовища. «Розгляд ризиків» - аналіз та оцінку наявних та потенційних ризиків. Та «Усунення ризиків» - використання підходів та методів усунення ризиків.

На основі проведеного дослідження виявлено, що ризики діяльності закладу охорони здоров'я є дещо специфічними у порівнянні з ризиками інших видів діяльності та можуть реалізовуватися на рівні закладу та медичних

працівників, так і на рівні пацієнта. На базі досліджень здійснено класифікацію ризиків діяльності закладу охорони здоров'я.

В другому розділі магістерської роботи здійснено ґрунтовний аналіз діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. Зокрема, досліджено сучасний стан розвитку та функціонування закладів первинної медичної допомоги, функціонування практики сімейної медицини, її значення в умовах поширення коронавірусної інфекції.

Здійснено аналіз основних показників діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради, які свідчать про позитивну динаміку діяльності закладу, зокрема, про збільшення обсягів фінансування, головним джерелом якого залишається Національна служба охорони здоров'я.

Основні техніко-економічні показники діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради представлені в пп.2.1 та 2.2.

В третьому розділі запропоновано шляхи та заходи удосконалення безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я та безпосередньо діяльністю КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

Запропоновані заходи передбачають:

- рекомендації щодо вдосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я, які передбачають оптимізацію етапів механізму: організаційного етапу, етапу діагностики, управління, реалізації та контролю;
- рекомендації щодо формування концептуальної моделі безпекоорієнтованого управління діяльністю закладу охорони здоров'я, які передбачають формування удосконаленого підходу щодо діяльності закладу охорони здоров'я;

- рекомендації щодо удосконалення діагностичних послуг КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради шляхом придбання новітнього медичного обладнання, що дозволить забезпечити економічну ефективність надання медичних послуг для КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради, а також соціальну ефективність для отримувачів таких послуг.

Дані теоретичні та практичні заходи забезпечать удосконалення безпекоорієнтованого управління закладом охорони здоров'я та сприятиме його розвитку та стабільному функціонуванню.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Анализ перспектив развития рынка медицинских услуг Украины [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ilfua.com/ru/publications/articles/analizperspektivrazvitiyarynkamedicinskihuslugukrainy>.
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. — К.: Центр учбової літератури, 2008. — 640 с.
3. Башинська І.О. Механізм забезпечення безпекоорієнтованого управління промисловим підприємством. Проблеми системного підходу в економіці : Зб. наук. праць. – Київ, 2019. – Вип. № 6(74). – С. 21- 26.
4. Биртанов Е. А. Пути развития частного здравоохранения (мировой опыт) [Электронный ресурс] / Е. А. Биртанов. – Режим доступа: http://www.rusnauka.com/5_PNW_2010/Economics/58673.doc.htm.
5. Бобровська О. Розвиток управління сферою охорони здоров'я в Україні на корпоративних засадах / О. Бобровська, І. Хожило // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2010/2010_01\(4\)/10boyukz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2010/2010_01(4)/10boyukz.pdf)
6. Васильців Т. Г. Стратегія та механізми забезпечення економічної безпеки підприємництва в Україні : дис. ... д-ра екон. наук : 21.04.01 / Васильців Тарас Григорович. – Київ, 2010. – 453 с.
7. Вершиніна Д. М. Інформаційно-аналітичне забезпечення безпекоорієнтованого управління підприємств будівельної галузі в умовах євроінтеграції: дис.. канд. ек. наук: 051 / Вершиніна Дарина Миколаївна. – Харківський національний університет міського господарства імені О.М. Бекетова, 2021. – 222 с.
8. Волощук Л. О. Теоретико-методологічні засади безпекоорієнтованого управління інноваційним розвитком промислового підприємства : дис. доктора економ. наук : 08.00.04 / Волощук Лідія Олександрівна. – Одеса, 2016. – 605 с.

9. Гапак Н. М. Суть та еволюція поняття «економічна безпека підприємства» [Електронний ресурс] / Н. М. Гапак, І. В. Дочинець // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Економіка. – 2014. – Вип. 2. – С. 68–73. –Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuес_2014_2_15.

10. Гончарук В. В. Управління ризиками в закладі охорони здоров'я. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medforum.in.ua/sites/default/files/upravlinnya_rizikami_v_zakladi_ohoroni_zdorovya_gorachuk_v.v.pdf

11. Горачук В. Управління ризиками в закладі охорони здоров'я http://medforum.in.ua/sites/default/files/upravlinnya_rizikami_v_zakladi_ohoroni_zdorovya_gorachuk_v.v.pdf.

12. Грунин О.А. Экономическая безопасность организации: [учеб. пособ.]/ О.А. Грунин, С.О. Грунин. – СПб.; М.; Х.; Минск: Питер, 220. – 160с.

13. Державне управління охороною здоров'я України: колективна монографія. – К., 2014. – 312 с.

14. Друкер П. Менеджмент. Вызовы XXI века / П. Друкер; [пер. с англ. Н. Макаровой]. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 256с.

15. Захворювання шкіри на тлі зниженого імунітету. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/1929-zahvoryuvannya-shkiri-na-tli-znizhenogo-imunitetu/>.

16. Зачко О.Б. Методологічний базис безпеко-орієнтованого управління проектами розвитку складних систем. Управління розвитком складних систем. 2015. – № 23 (1). – С. 51 – 55.

17. Звіт Національної служби здоров'я України 2020. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://web.nszu.gov.ua>.

18. Климов, В. А. Как управлять рисками в медицинской организации / В. А. Климов // Заместительглавврача : приложение к журналу "ГлавВрач". – 2019. – № 3. – С. 34-39.

19. Конституція України від 28 червня 1996 р. [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141. – Режим

доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

20. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [Електронний ресурс] : Указ Президента України № 1313/2000 від 7 грудня 2000 року – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>.

21. КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://youcontrol.com.ua/ru/catalog/company_details/40887956/.

22. Лисенко Н. О. Економіко-організаційний механізм формування економічної безпеки агропромислових підприємств : монографія / Н. О. Лисенко, Н. В. Білошкурська. – Умань : ВПЦ «Візаві» (Видавець «Сочінський»), 2014. – 257 с.

23. Малахова Н.Г. Маркетинг медицинских услуг. М.: МЦФЭР, 1998. - 98 с.

24. Меловатская Н. Ю. Статистический анализ и прогнозирование развития рынка платных медицинских услуг: автореф. дис. на получение науч. степени канд. эконом. наук: спец. 08.00.12 «Бухгалтерский учет, статистика» / Н. Ю. Меловатская. – Москва, 2011. – 20 с.

25. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я; за заг. ред. Москаленко В.Ф. – К. – 2012. – с. 23.

26. Назарова Г. В. Теоретичні аспекти визначення сутності «безпеки» / Г. В. Назарова, А. А. Дем'яненко // Економічний розвиток і спадщина Семена Кузнеця : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. : тези доп. (31 травня – 1 червня 2018 р.). – Харків : ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2018. – С. 109–110.

27. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 -2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/strategija>.

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України № 4 від 1993– Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

29. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрахтування закладів охорони здоров'я. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf?__cf_chl_jschl_tk__=LWOYLojYlg8Dm_Q0OWCRMZ0v1GwwgsGm2kQniD.vGRU-1639465826-0-gaNycGzNCSU.

30. Петряєва З. Ф. Економічна безпека підприємства як важлива складова сучасного бізнесу [Електронний ресурс] / З. Ф. Петряєва, О. О. Петряєв // Бізнес Інформ. – 2013. – № 3. – С. 259–262. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf_2013_3_48.

31. Плетніков І.Л. Визначення рівня і забезпечення економічної безпеки залізниці: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец.08.07.04 «Економіка транспорту і зв'язку» / І.Л. Плетніков. – Х., 2001. – 15с.

32. Притис В.І. Безпекоорієнтоване управління промисловими підприємствами в умовах глобалізацій них викликів : дис. канд. екон. наук : 073, 07 / Притис Вадим Ігорович. – Хмельницький національний університет, 2021. – 216 С.

33. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf.

34. Рудніченко Є. М. Вплив суб'єктів митного регулювання на систему економічної безпеки підприємства : дис. ... д-ра екон. наук : 21.04.02 / Рудніченко Євгеній Миколайович ; Хмельницький національний університет. – Хмельницький, 2014. – 579 с.

35. Рудніченко Є. М. Деталізація загроз безпекового середовища та аналіз існуючих підходів до оцінювання економічної безпеки підприємств /

Є. М. Рудніченко, Н. І. Гавловська, В. І. Гавловська // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. – 2018. – № 5. – С. 283–288.

36. Сенейко Ю. Сучасні підходи до трактування категорії “ризик” / Ю. Сенейко // Регіональна економіка. – 2006. - №1. – С.206-211.

37. Стандарти управління ризиками. [Електронний ресурс]. Режим доступу:<https://www.ferma.eu/app/uploads/2011/11/a-risk-management-standard-russian-version.pdf>.

38. Статистика поданих декларацій про вибір лікаря ПМД.[Електронний ресурс]. Режим доступу:https://censor.net/ua/news/3223570/ukrayintsi_uklaly_306 mln_deklaratsiyi_z_likary_amy_pervynnoyi_medychnoyi_dopomogy_nszu_infografika.

39. Фалович А. Дослідження сучасних напрямків визначення сутності економічної безпеки підприємства / А. Фалович // Соціально-економічні проблеми і держава. – 2013. – Вип. 1 (8). – С. 271–278.

40. Шемшученко Ю. С. Юридична енциклопедія [Електронний ресурс] / Ю. С. Шемшученко. – Режим доступу: <http://leksika.com.ua/legal/>.

41. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с.

42. Callie Malvik. What Is a Health Services Manager? A Look at the Pros Who Keep Healthcare Facilities Humming. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://www.rasmussen.edu/degrees/business/blog/what-is-health-services-manager/>.

43. Global Atlas of medical devices. WHO medical devices technical series [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
[//apps.who.int/iris/bitstream/10665/255181/1/9789241512312-eng](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255181/1/9789241512312-eng).

44. FotoFinder Systems GmbH. Інтернет-магазин медичного обладнання.[Електронний ресурс]. Режим доступу: / <https://www.premium-a.ru/manufacturer/fotofinder/>.