

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

БОНДАР Василь Васильович

**Формування і розвиток системи
ризикозахищеності організації публічної сфери. /
Formation and development of the system of risk
protection of the organization of the public sphere**

спеціальність: 281 - Публічне управління та адміністрування
освітньо-професійна програма - Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ПУАзм-11
В. В. Бондар

Науковий керівник:
д.е.н., професор, Р. Р. Августин

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" ___ " _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ І РОЗВИТКУ СИСТЕМИ РИЗИКОЗАХИЩЕНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ СФЕРИ	5
1.1. Сутність та особливості застосування ризикорієнтованого підходу в публічному управлінні	5
1.2 Система ризик-менеджменту організацій публічної сфери: порівняння вітчизняного та іноземного досвіду.....	14
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА РИЗИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	25
2.1. Оцінка системи охорони здоров'я у світі та в Україні	25
2.2. Оцінка кадрових ризиків в закладах охорони здоров'я.....	31
2.3. Оцінка ризиків розвитку закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану	41
Висновки до розділу 2	50
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РИЗИКОЗАХИЩЕНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ СФЕРИ.....	53
3.1. Підвищення ефективності механізмів управління ризиками в закладі охорони здоров'я	53
3.2. Оптимізація сучасного інструментарію управління ризиками в закладі охорони здоров'я.....	61
Висновки до розділу 3	70
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75

ВСТУП

Актуальність теми. Останнім часом Україна розпочала реформи у багатьох сферах: економічній, соціальній та політичній. Водночас, особливу увагу слід приділити новим змінам на фінансовому ринку, які безпосередньо пов'язані з реформами, обраним країною інструментом розвитку євроінтеграції та процесами глобалізації. Збій, наприклад, у системі внутрішнього контролю держави, може призвести до значних втрат державних фінансів, ресурсів та капіталу. Враховуючи, що в країні та світі відбувається багато трансформаційних процесів, існує багато викликів, загроз та ризиків для ефективного врядування. Ризик-орієнтований підхід до управління, заснований на принципах ризик-менеджменту, не навчався і активно не досліджується. Для того, щоб інструменти та ресурси управління ризиками впливали на ефективність управління, Україні необхідно вжити низку заходів щодо вдосконалення підходу до управління ризиками стосовно різних сфер роботи та інститутів державного управління, а також державного регулювання. Одним з перших і найважливіших заходів такого роду стало дослідження особливостей ризик-менеджменту та застосовності всіх етапів державного управління.

Аналіз останніх результатів досліджень та наукових статей. Вивченню ризиків, які необхідно враховувати в процесі управління різними організаціями, присвячено роботи багатьох вчених в економічній сфері: Т. Васильців, Т. Каменської, В. Кравченка, К. Редченка, А. Старостина та інших. У рамках своєї роботи дослідники також цікавляться ризиками, на які можуть наражатися компанії, коли вони встановлюють внутрішній контроль (аудит). Серед дослідників у галузі державного управління вивчається категорія «ризик» Г. Дмитренко (оцінка ризиків у системах внутрішнього фінансового контролю), О. В. Комарова (у сфері митного контролю), І. Лагунова (ризик). дослідження в будівельній сфері) тощо.

Питання ризик-менеджменту також є предметом роботи вітчизняних вчених: А. Алгіна, І. Савченко. Балабанова, О. В. Білявська, В. Глущенко, О. В. Устенко,

М. В. Дослідники наголошують на важливості та практичному значенні використання ризик-орієнтованих методів у державному управлінні.

Метою кваліфікаційної роботи є розвиток теоретичних положень, дослідження та вироблення практичних рекомендацій, щодо формування і розвитку системи ризикозахищеності організації публічної сфери.

Досягнення мети передбачає вирішення наступних **завдань**:

визначити сутність та особливості застосування ризикорієнтованого підходу в публічному управлінні;

проаналізувати систему ризик-менеджменту організацій публічної сфери: порівняння вітчизняного та іноземного досвіду;

провести оцінку системи охорони здоров'я у світі та в Україні;

провести оцінку кадрових ризиків в закладах охорони здоров'я;

провести оцінку ризиків розвитку закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану;

запропонувати шляхи підвищення ефективності механізмів управління ризиками в закладі охорони здоров'я;

запропонувати оптимізацію сучасного інструментарію управління ризиками в закладі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес формування і розвитку системи ризикозахищеності організації публічної сфери.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних аспектів формування і розвитку системи ризикозахищеності організації публічної сфери.

Методи дослідження. Для досягнення мети кваліфікаційної роботи та вирішення поставлених завдань у роботі використовуються загальнонаукові методи та спеціальні методи пізнання: структурно-логічний; наукове абстрагування, систематизація, узагальнення, конкретизація та порівняльний аналіз; історико-логічний аналіз; порівняльно-правові; методологічні методи табличного та графічного представлення результатів; Пошук, група; теоретичне узагальнення; Модель.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ І РОЗВИТКУ СИСТЕМИ РИЗИКОЗАХИЩЕНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ СФЕРИ

1.1. Сутність та особливості застосування ризикорієнтованого підходу в публічному управлінні

Існуюча система державного управління в Україні, яка наразі реформується, потребує вдосконалення, у тому числі шляхом впровадження інноваційних підходів та методів управління складними соціальними системами. Концепція «нового державного управління», до якої залучається уряд, ґрунтується на ресурсах, запозичених із системи корпоративного управління. В результаті умови роботи державних і муніципальних установ стали набагато ближчими до корпоративних. До них відносяться «різноманіття внутрішніх і зовнішніх відносин, мінливість зовнішнього середовища, науково-технічний прогрес, обмеженість ресурсів, брак часу і т.д. Зрозуміло, що ці фактори призводять до високого ступеня невизначеності і ризику в діяльності організацій. У цьому контексті Верещагіна Г.В. та Плеханова Т.Є. Вони вказують на те, що менеджмент тому можна назвати лідером» [19].

Що стосується діяльності органів державної влади, то можна з упевненістю сказати, що використання методів управління ризиками має велике значення. Це давня практика в розвинених країнах світу. Добре налагоджений процес управління ризиками може скоротити час оцінки та створити відносну впевненість у надійності певних аспектів державного внутрішнього контролю. Тому ризиками необхідно управляти для досягнення наступних переваг: «уникнути збитків, невиправданих витрат, шахрайства в компанії; ефективний розподіл ресурсів; попередження несподіваних «проблем»; удосконалення систем внутрішнього контролю, швидке впровадження та використання нових можливостей; допомога зі стратегічними планами» [19].

Що стосується визначення категорії «ризик» у багатьох книгах, то воно

стосується питань, пов'язаних з економікою. С. Міллер, Ес Морган визначає ризик «як ступінь невизначеності при отриманні майбутнього чистого прибутку» [88].

І. Балабанов уточнює : «Ризик - це фінансова категорія, тому на ступінь і величину ризику може впливати фінансовий механізм» [9, с. 40]. Водночас, з нашої точки зору, таке твердження є категоричним, оскільки сучасні процеси суспільного розвитку підтверджують складність ризиків. Звідси випливає, що існують різні точки зору у визначенні цього терміна. На нашу думку, більш актуальним для дослідження є наступне визначення поняття «ризик» у глосарії термінів ризик-менеджменту: «Чи є це ймовірністю втрати цінних паперів? (фінансові та матеріальні ресурси) в результаті діяльності, якщо ситуація і обставини на підприємстві змінюються в напрямку, відмінному від ризику, прийнятого в планах і розрахунках» [9].

Аналогічно, виходячи зі своєї точки зору, Балабанов визначає поняття «управління ризиками» наступним чином: останнє «... Це система управління ризиками і економічними умовами, точніше економічними умовами, які виникають в процесі цього управління» [19] Однак таке визначення не до кінця розуміє природу (в тому числі економічну) природу управління ризиками. Яким, на нашу думку, найкраще розкриває сутність цієї категорії, є визначення Донець О.М., Савельєва Т.В., Урецька Ю.І., а в своєму документі визначають управління ризиками як «систему прийняття і виконання рішень, спрямовану на зниження впливу впливу ризику на діяльність організації» [36].

При цьому йдеться лише про специфіку діяльності тієї чи іншої організації, а у випадку з державним управлінням необхідно говорити і про наслідки впливу ризику на нову політику. Цю думку підтверджує Ваніна Д.А., який вказує на те, що, «крім економічних наслідків впливу ризиків, існує також соціальний вплив, який може в деяких випадках переважати вигоди, наприклад, вплив на навколишнє середовище» [18].

Управління ризиками пов'язане як з негативними, так і з позитивними результатами. Суть ризик-менеджменту полягає у виявленні потенційних відхилень від очікуваних результатів та управлінні цими відхиленнями з метою

поліпшення прогнозу, зниження втрат та підвищення обґрунтованості прийнятих рішень. Управління ризиками – «це процес виявлення перспектив і можливостей для поліпшення, а також попередження або зниження ймовірності виникнення несприятливих подій» [18].

Управління ризиками стало однією з найкращих практик в організаціях будь-якого розміру. На нашу думку, існують фундаментальні виклики у впровадженні ризик-орієнтованого менеджменту на національному рівні, які ускладнюють інтеграцію світового досвіду. Тому особливу увагу слід приділити пошуку шляхів вирішення цих проблем.

Процес управління ризиками повинен складатися з конкретних дій, де одне є наслідком іншого або перетинається з іншими, оскільки вони впливають один на одного. Слід також зазначити, що управління ризиками є циклічним, нелінійним процесом, в якому визначаються ключові компоненти (рис. 1.1).

Перша основна складова - це «визначення характеристик внутрішнього середовища, яке також слід розглядати як важлива частина внутрішнього контролю, і філософія управління ризиками, прийняття ризику, застосування чесності та етичних цінностей, середовища професійного управління, включаючи питання компетенції персоналу, організаційної структури, делегування повноважень і відповідальності, управління персоналом» [19]. Схильність до ризику вважається шкалою ризику. Іншими словами, прийняття ризику - це міра рівня ризику, який суб'єкт вважає прийнятним.

На ступінь схильності до ризику впливає стратегія підприємства, вона впливає на ступінь розвитку всіх інших складових процесу управління ризиками. В результаті виникає зворотна залежність між величиною схильності до ризику і надійністю і багатством інших компонентів ризик-менеджменту. Це означає, що чим вища схильність до ризику, тим менш деталізовані та надійні процеси управління ризиками. Важливо відзначити, що останнє не означає, що формування апетиту до високого ризику не є бажаним для суб'єкта. Насправді все залежить від фінансів тих чи інших витрат на реалізацію будь-яких процесів управління ризиками та претензіями.

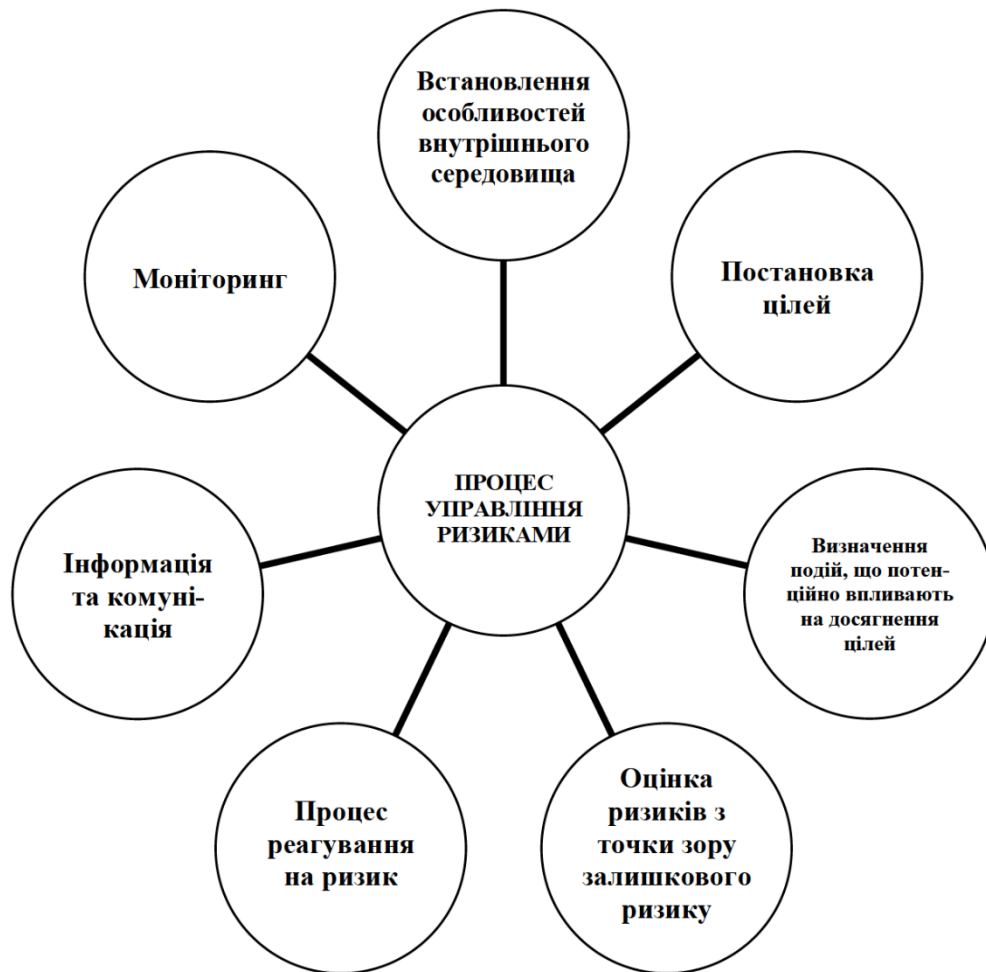


Рис. 1.1. Основні елементи процесу управління ризиками

Примітка. Згруповано за автором [18]

Слід зазначити, що схильність до ризику може бути оцінена за двома вимірами: як якісним (високим, середнім, низьким), так і кількісним, які відображають рівень зростання і прибутковості суб'єкта.

Після того, як будуть визначені характеристики внутрішнього середовища і ступінь прийняття ризику, суб'єкт зможе визначити відповідні цілі. При встановленні цілей слід враховувати встановлення вимірюваних показників їх досягнення. Таким чином, можна контролювати досягнення конкретних цілей і вжити коригувальних заходів, якщо це необхідно. Категорії цілей, пов'язаних з конкретними аспектами діяльності, можуть бути наступними:

- 1) «загальні стратегічні цілі, що визначають характер існування підрозділу з управління ризиками та його основні напрямки діяльності;
- 2) операційні: цілі, спрямовані на забезпечення продуктивності та ефективності діяльності підприємства, збереження активів, у тому числі

запобігання втратам, нехтування управлінським контролем, неефективне використання ресурсів, низьку якість управлінських рішень;

3) цілі звітності, тобто цілі, спрямовані на забезпечення достовірності бухгалтерської та нефінансової складових рахунків;

4) законодавчі та нормативні заходи – це заходи, які стосуються дотримання відповідних вимог і покривають багато ризиків, пов'язаних з діяльністю компанії» [19].

Другою складовою процесу управління ризиками є встановлення цілей, які мають бути встановлені ще до виявлення подій, які можуть вплинути на їх настання, що відповідає мандату адміністративної одиниці та має враховувати ступінь схильності до ризику.

Третя складова полягає у визначенні вищевказаних подій та визначенні ризиків, можливостей та ситуацій змішаного впливу між собою. Це слід враховувати при розробці стратегій і постановці цілей.

Це першочергова необхідність враховувати події, які можуть ускладнити завдання або перешкодити досягненню поставлених цілей. У наведеній нижче таблиці наведено приклад переліку факторів, які можуть призвести до таких інцидентів та вплинути на питання управління ризиками (табл. 1.1).

При цьому випробуваний зможе виявити не тільки побічні ефекти, але і сприятливі події. Також важливо відзначити, що події та їх наслідки, які можуть вплинути на суб'єкта, завжди індивідуальні і можуть змінюватися з часом.

Наступним кроком є оцінка ризику з точки зору внутрішнього ризику і залишкового ризику з урахуванням ймовірності його виникнення і величини їх впливу. «Результат ризику визначається відповіддю на питання: «Так що ж може піти не так?». Наприклад, суб'єкт визначив ймовірність шахрайства як інсайдерський ризик, з ризиком крадіжки з товарно-матеріальних цінностей, підкупу керівників і фіктивних витрат. Тому аудитор буде враховувати певний ризик, певний негативний вплив» [18].

Таблиця 1.1.

Фактори, які можуть вплинути на управління ризиками

Зовнішні фактори		Внутрішні фактори	
Економічні	Конкуренція, безробіття, видача кредитів та їх неповернення, доступність капіталу	Інфраструктури	Наявність активів, можливість використання активів, складність
Політичні	Зміна влади, законодавство, регулювання	Кадрові	Кваліфікація співробітників, шахрайство
Соціальні	Демографічна ситуація, споживацька поведінка	Операційні	Функціонування, дизайн, пропускна спроможність
Технологічні	Розвиток нових технологій, збої в роботі	Технологічні	Доступність даних та систем, технічне обслуговування, розробка й впровадження
Природні	Викиди шкідливих речовин, природні катаклізми		

Примітка. Згруповано за автором [14]

«Оцінка ризику може бути виражена як якісно (високий, середній, низький), так і кількісно (наприклад, 1-5), а також включає оцінку ймовірності настання і оцінку величини впливу на суб'єкта. Імовірність настання означає ймовірність настання цієї події, тоді як наслідки відображають наслідки. Загальна сума ризику повинна відповідати добутку цих двох величин» [19].

Іншим компонентом є процес управління ризиками, в рамках якого керівні органи визначають і оцінюють потенційні типи втручань, включаючи здатність уникати, приймати, пом'якшувати або перерозподіляти ризики. Також вибираються конкретні заходи, що дозволяють привести виявлений ризик до прийняттого рівня. Отже, вся справа в управлінні ризиками. Перш за все, компанія повинна вибрати основні ризики ризик-менеджменту, для яких оцінка встановлюється за найвищою шкалою. Важливо також пам'ятати, що немає необхідності враховувати ці ризики і що виділення ресурсів на їх подолання переважає масштаби негативних наслідків. Одна з класифікацій ризиків за способом реагування передбачає, що вони можуть бути знижені, розподілені (між основним підрозділом та іншими адміністративними одиницями), відповідно обмежені, надмірні, обмінані або прийняті.

Розроблено функціональні політики та процедури, які забезпечують

«обґрунтовану» впевненість у ефективному впровадженні обраних заходів реагування, які є інструментами реагування та слугують окремою частиною процесу управління ризиками. Тому особи, які підпадають під процес управління ризиками, повинні вживати таких заходів:

- 1) «чітко визначити, що необхідно зробити, хто і коли буде вжито конкретних заходів;
- 2) оцінювати взаємодію між ризиками та розробляти засоби контролю щодо ключових зон або груп ризику;
- 3) призначення ризик-менеджерів
- 4) затвердіть правильний план» [29].

Інформація та комунікація – сьома складова процесу. Інформація повинна бути визначена, розподілена, передана і записана таким чином і в строки, що дозволяють суб'єктам виконувати функціональні завдання. Інформація і комунікація як процес обміну повинні відбуватися в організаціях як горизонтально, так і вертикально.

Восьмим обов'язковим елементом процесу управління ризиками є нагляд, який здійснюється в рамках поточної контрольної діяльності керівництва шляхом проведення відповідних індивідуальних перевірок. Це означає, що процес управління ризиками регулярно переглядається і коригується при необхідності, тобто . Щоб вона була динамічною відповідно до вимог обставин. Інструменти моніторингу можуть включати оцінку ключових показників, порівняння процесів і результатів з бюджетом, оцінку цілей управління ризиками, ризиків і процедур тощо.

«Впровадження ризик-менеджменту в державне управління є непростим процесом, оскільки саме управління ризиками має свої важливі характеристики. Багато в чому це пов'язано з тим, що в стратегічних рішеннях про їх вплив на ризики в державному секторі часто беруть участь різні організації і програми» [19]. Тому слід дотримуватися інтегрованого підходу, який включає міжорганізаційний і навмисний «крос-функціональний» підхід, що об'єднує всі системи та організації, відповідальні за конкретні етапи управління ризиками. Водночас, такий підхід

складно організувати, оскільки ризики, пов'язані з реалізацією державної політики, виникають на різних інституційних рівнях.

У цьому контексті основна відмінність ризик-орієнтованого підходу до управління в державному секторі та на рівні компаній полягає в тому, що в першому випадку особливу увагу слід приділити системним ризикам. У цьому випадку системний ризик - це «ризик, який впливає на роботу цілої галузі або послуги. Слід також зазначити, що державні службовці традиційно не звикли до ризику і що із запровадженням ризик-менеджменту в управлінні їм необхідно переорієнтуватися на ризик-стратегію» [12]. В даний час основними перешкодами, ймовірно, будуть: «тенденція в організаційній культурі державних інститутів до прийняття ризику; брак інформації про ризик, відсутність визначеного рівня прийняттого ризику, невизначеність, відповідальність за управління ризиками, неадекватні формальні системи, процеси та процедури управління ризиками тощо» [14]

Одним з найважливіших документів, що пояснюють цілісний підхід до управління ризиками в державному управлінні, є стандарт COSO «Enterprise Risk Management – Integrated Framework – ERM», який був прийнятий в США в 2004 році.

Положення цього стандарту лягли в основу основних рекомендацій органам влади щодо різних етапів впровадження ризик-орієнтованого підходу в управлінні:

1) «безпосереднє застосування ризик-менеджменту (створення термінології та розуміння цієї термінології на всіх рівнях організації, створення ефективного комунікаційного плану, навчання персоналу тощо);

2) організація ризик-менеджменту (створення офісу управління ризиками організації, наявність спеціально визначеного «ризик-юриста», який володіє хорошими комунікативними навичками і є представником керівництва організації);

3) впровадити програму управління ризиками (наприклад, розробити політику, вести документацію процесу та аналіз ризиків для подальшого використання, надати конкретні приклади навчання співробітників тощо)» [38].

На цьому тлі важливо розглянути зарубіжний досвід впровадження ризик-менеджменту в державному управлінні у світлі того, чого можна досягти для України. Тому Велика Британія, Канада та США можуть бути яскравими прикладами таких досліджень. «На підставі документів Ваніної Д. А. можна коротко охарактеризувати особливості впровадження та впровадження ризик-орієнтованого підходу до управління в цих країнах» [18].

Модернізація державного управління в кожній з цих країн була досягнута шляхом впровадження підходу до управління ризиками, адаптованого до конкретних обставин. Водночас, використання ризик-менеджменту на державних підприємствах пройшло етапи впровадження, навчання та розвитку. У той же час «управління ризиками вимагає змін в організаційній культурі, є динамічним і повинно регулярно переглядатися для реагування на зміни зовнішнього і внутрішнього середовища» [24]. Що стосується специфічних характеристик згаданих країн, то можна відзначити наступне: в той час як Великобританія і Канада застосовують ризик-орієнтований підхід до управління, спрямований на поліпшення управління державними проектами і програмами і підвищення якості державних послуг, в США більший акцент робиться на національну безпеку.

Як наслідок, докладається багато зусиль для розуміння питань управління ризиками, але є питання, які не були належним чином вивчені. На нашу думку, доцільно почати зі створення окремих інституцій у громадських організаціях з експертами з управління ризиками, на яких має бути покладено завдання вносити пропозиції щодо розробки ризик-політик та стратегій, а також концепцій управління ризиками у різних сферах.

Слід нагадати, що неможливо в достатній мірі впровадити ризик-орієнтований підхід у державному управлінні без попереднього проведення якісної інформаційної кампанії, спрямованої на державних службовців та громадські організації. Іншими словами, першим кроком має бути забезпечення розуміння комунальними підприємствами природи та етапів управління ризиками, а також визначення типів ризиків, яким вони можуть піддаватися.

Слід зазначити, що досвід інших країн у впровадженні методології

управління ризиками з різними пов'язаними з нею характеристиками дозволяє розглянути варіанти її застосування в Україні та скористатися перевагами комплексного підходу до управління ризиками для досягнення цілей державної та державної політики в усіх сферах та на всіх рівнях управління.

1.2 Система ризик-менеджменту організацій публічної сфери: порівняння вітчизняного та іноземного досвіду

Сучасним організаціям державного сектору доводиться працювати в турбулентному і часто непередбачуваному ринковому середовищі, що змушує їх звертатися за стратегічними консультаціями, які дозволяють їм використовувати ринкові можливості, задовольняти зростаючі потреби клієнтів і реагувати на зростаючу складність управління.

Організації, що перебувають у суспільному надбанні, використовують деривативи для зниження або збільшення свого ризику, тобто ці фінансові контракти використовуються для хеджування або спекулятивних цілей в управлінні корпоративними ризиками.

За останні десятиліття світ зазнав швидких змін, включаючи демографічні вибухи та масову урбанізацію, переміщення населення, збільшення міжнародної торгівлі та подорожей, появу нових патогенів, використання методів, що створюють нові ризики, хімічні та ядерні аварії, екологічні катастрофи та інтродукцію.

Необхідно адаптуватися до цього мінливого середовища шляхом посилення міжнародних і національних операцій з надання допомоги, які покладаються на своєчасну, оперативну сумісність і достатню інформацію для реагування.

Новий міжнародний стандарт встановить правила гри, коли справа доходить до максимального використання широкого спектру платформ, доступних сьогодні, і надання людям потрібної інформації в потрібний час.

Новий стандарт ISO не тільки рекомендує використовувати соціальні медіа для управління кризовими ситуаціями, але й допомагає організаціям та

громадськості ефективно використовувати та взаємодіяти з соціальними мережами до, під час та після події. У ньому також розглядається, як соціальні медіа можуть підтримувати екстрені служби.

Розглянемо існуючі міжнародні стандарти. «Основними стандартами управління ризиками є ISO 31000:2009, COSO ERM та FERMA RMS. В Україні існує свій стандарт - ДСТУ ІЕС/ISO 31010:2013» [84].

Оскільки пандемії, стихійні лиха та кіберзлочинність продовжують переслідувати наш світ, безсумнівно, що нічого не можна сказати напевно. Тому важливо бути гнучким і бути готовим до будь-яких збоїв. Основний стандарт ISO з управління ризиками, ISO 31000 [85], є світовим стандартом.

Ризик може включати все, що створює невизначеність щодо цілей компанії або викликає відхилення від очікувань. Мова йде не тільки про загрози силі або життєздатності організації, а й про можливості, які можуть з них виникнути. «Репутація, зміни в політиці та наслідки зміни клімату є прикладами питань, які слід розглядати в контексті ефективного управління ризиками» [85].

Сам стандарт пояснює основні поняття та принципи управління ризиками, описуючи при цьому структуру та процеси виявлення та управління ризиками. Однак це нове керівництво йде ще далі. Він надає детальну інформацію та контекст щодо положень ISO 31000, включаючи рекомендації щодо того, як розробити план інтеграції ризиків в існуючі угоди організації, як спілкуватися із зацікавленими сторонами, як контролювати та переглядати план управління ризиками та багато іншого.

Основними стандартами управління ризиками є ISO 31000:2009, COSO ERM та FERMA RMS. Порівняємо їх за алгоритмом управління ризиками (рис. 1.2).

«В Україні діє власний стандарт: DSTUIEC/ISO 31010:2013. Цей стандарт є перекладом ISO 31010:2009, Risk Management - Оцінка ризиків. (Управління ризиками: Загальні методи оцінки ризиків). Стандарт зазнав 8 редакційних змін, а це означає, що можна вважати, що в Україні використовується стандарт ISO 31010:2009 у сфері управління ризиками.

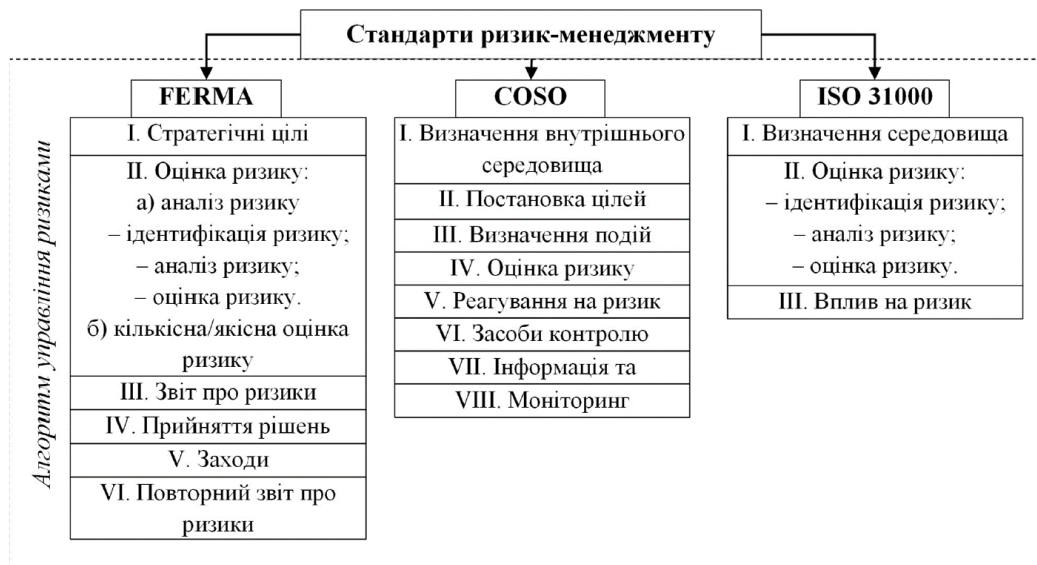


Рис. Розділ 1.2 Порівняльна характеристика основних стандартів управління ризиками

Примітка: Створено автором за [84; 85]

Стандарт входить в групу стандартів управління ризиками, яка включає в себе наступні три стандарти:

ISO 31000:2009 Управління ризиками - Принципи та рекомендації

ISO/TR 31004:2013 Управління ризиками – Керівництво по впровадженню

ISO 31000 IEC 31010:2009 Управління ризиками – Методи оцінки ризиків» [85].

Тому при організації системи управління ризиками для корпоративних структур можливе поєднання вітчизняного та зарубіжного досвіду.

Як вже говорилося раніше, в практиці ризик-менеджменту існує ряд стандартів ризик-менеджменту.

Найбільш поширеним стандартом є стандарт COSO [74], який складається з декількох етапів процесу управління ризиками (рис. 1. 3).

Згідно з цією методологією, управління ризиками складається з восьми взаємопов'язаних компонентів. Вони впливають із способу управління компанією та інтегровані в процес управління. Ці компоненти такі:

Внутрішнє середовище. Внутрішнє середовище охоплює тон організації та встановлює основу для того, як люди сприймають ризики та керують ними, включаючи філософію управління ризиками та готовності до надзвичайних ситуацій, доброчесність та етичні цінності, а також середовище, в якому вони

працюють.



Рис.1.3 Програма управління ризиками

Примітка: Сформовано автором за [74]

Цілі: Цілі повинні бути досягнуті, перш ніж керівництво зможе визначити потенційні події, які вплинуть на їх ефективність. Управління ризиками корпоративної структури забезпечує налагодження процесу постановки цілей MD&A, а також те, що обрані цілі підтримують і узгоджують місію компанії та схильність до ризику.

Ідентифікація інцидентів: Внутрішні та зовнішні події, що впливають на досягнення цілей, слід визначати, розрізняючи ризики та можливості. Можливості узгоджуються зі стратегіями управління або процесами постановки цілей.

Оцінка ризиків – ризики аналізуються з урахуванням ймовірності та впливу, щоб визначити, як ними слід керувати. Ризики оцінюються на основі внутрішніх і залишкових властивостей.

Реагування на ризики: Керівництво вибирає заходи реагування на ризики: уникнути, прийняти, пом'якшити або розділити ризик, а також розробляє комплекс

заходів для узгодження ризику з толерантністю до ризику та готовністю організації.

Заходи контролю: Політика та процедури встановлюються та впроваджуються для забезпечення ефективного реагування на ризики.

Інформація та комунікація: Відповідна інформація виявляється, записується та передається у спосіб та у строки, які дозволяють особам виконувати свої обов'язки. Ефективна комунікація також відбувається в більш широкому сенсі, протікаючи вниз, через пристрій і через нього.

Моніторинг: Відстежуйте загальне управління ризиками бізнес-структур і вносьте зміни за потреби. Моніторинг здійснюється за допомогою поточної управлінської діяльності, індивідуальних оцінок або того й іншого.

Згідно зі стандартами, базовий процес управління ризиками складається з наступних чотирьох етапів:

- «прогнозування факторів ризику;
- ризикоаналіз;
- управління ризиками;
- оцінка» [83].

Першим кроком у процесі управління ризиками є його виявлення та прогнозування. Необхідно визначити, як і яким капіталом можна вплинути на прибутковість або ефективність структури підприємства. Жоден з можливих факторів, від очевидного до малоімовірного, не повинен залишитися непоміченим. Всі без винятку варіанти, навіть самі, здавалося б, незначні, повинні бути розглянуті. Серйозне управління ризиками починається з ретельного вивчення всіх процесів в корпоративній структурі.

У багатьох бізнес-структурах існує штатна посада ризик-менеджменту, яка відповідає за координацію або організацію роботи в цій сфері. Однак це не означає, як випливає з цитованого документа, що інші менеджери звільняються від обов'язків з управління ризиками. Як ми побачимо нижче, найважливішим фактором успішного управління ризиками є створення середовища в корпоративній структурі, де кожен розглядає управління ризиками як частину своєї

роботи, що особливо важливо в перехідній економіці.

У малому бізнесі інструменти ідентифікації ризиків можуть включати:

- «фізичної;
- алгоритм;
- технологічні схеми;
- причинно-наслідкові діаграми;
- шаблони організаційної структури;
- індикатори небезпеки та інші методи вивчення потенційної небезпеки та продуктивності системи» [83].

Кожен з цих методів має свою сферу застосування і в сукупності являє собою систему все більш складних підходів до виявлення поточних і потенційних проблем.

Другим кроком у процесі управління ризиками є аналіз ризиків. Після того, як фактор ризику був виявлений, важливо визначити потенційні наслідки.

Фактор ризику може чинити негативний вплив на:

- «фінансове становище (короткострокове і довгострокове);
- взаємовідносини з іншими структурами компанії
- стратегічна позиція корпоративної структури ослаблена» [85].

Завданнями даного аналізу є:

а) «отримання інформації про ризик, який має суттєвий економічний вплив на діяльність компанії.

б) закупівля сировини з метою справедливого визначення асортименту застрахованих товарів та необхідної стійкості до ризику.

в) підвищити обізнаність працівників про ризики та розробити різні альтернативи зниження ризиків» [73].

Управління ризиками можна визначити як безперервно планове виявлення ризиків, що загрожують ресурсам структури підприємства і його діяльності, і розробку системи заходів проти цих ризиків. Вона створює засоби фінансового управління цими ризиками шляхом уникнення, усунення, пом'якшення або передачі ризиків шляхом свідомого і вмілого прийняття ризику.

У науковій літературі [73] часто згадується про необхідність використання чисельних або кількісних методів аналізу на даному етапі.

Слід зазначити, що цифровий підхід може бути дуже корисним у низці сфер, але і тут він не повинен повністю замінювати альтернативні методи аналізу ризиків. Наявність достовірних і об'єктивних даних є головною передумовою чисельних методів аналізу.

Перш за все, при аналізі ризиків необхідно виділити різні категорії потенційних втрат в залежності від їх ймовірності і серйозності, в тому числі:

а) «звичайні незначні пошкодження. Такі втрати цілком передбачувані і не несуть серйозної загрози правильному функціонуванню організації. У більшості випадків вони покриваються страховкою, а саме: страхуванням автомобіля компанії, медичним страхуванням співробітників тощо.

б) великі одноразові збитки є найбільш серйозною групою факторів ризику, оскільки вони можуть загрожувати виживанню підприємства. Оскільки ці випадки дуже рідкісні, можливість їх виникнення часто не передбачається. Приклади таких випадків зазвичай слід шукати не в історії структури підприємства, а на всьому рівні галузі» [85].

Пункт управління ризиками, третій крок у процесі управління ризиками, полягає в досягненні максимально можливої прибутковості при найменших можливих витратах шляхом підтримки, передачі, мінімізації або уникнення ризиків. Після того, як фактор ризику виявлений і проаналізований, багато компаній починають вживати негайних заходів для його усунення. І ця помилка може дорого коштувати, оскільки результатом таких дій часто є марна трата грошей, тоді як першим кроком до впровадження програми управління ризиками має стати зниження ризику.

Суть зниження ризику полягає в тому, щоб мінімізувати ймовірність (частоту) настання цього фактора ризику і навіть створити умови для того, щоб у випадках, коли відповідний фактор проявляється, втрати в структурі бізнесу також були мінімальними. У той же час слід проявляти обережність при економічній оцінці доцільності пом'якшувальних заходів.

I, нарешті, завершальним етапом на етапі управління ризиками є передача ризиків, які корпоративна структура не хоче стримувати. Завдяки передачі ризику вартість компенсації ризикових втрат значно стабілізується. Найбільш поширеною формою передачі ризику є страхування Non-life, коли інша організація покриває збитки, спричинені певним фактором ризику, за фіксовану плату. Перевага страхування та інших форм передачі та розподілу ризиків полягає в тому, що вони розраховують витрати з використанням елементів ризику, що значно спрощує бюджетування та фінансове планування і, таким чином, може сприяти зниженню вартості виплати відсотків за короткостроковими облігаціями.

Оцінка та реформування практики управління ризиками є завершальним кроком у процесі управління ризиками. На цьому етапі організація має:

- «оцінити економічну ефективність існуючої програми управління ризиками;
- дослідити вплив можливих змін зовнішніх матеріальних, економічних і політичних умов на структуру ризику;
- здійснювати необхідні кроки для вдосконалення стратегії і тактики управління ризиками в корпоративній структурі» [85].

Після того, як ризик потенційних надзвичайних ситуацій визначений і визначені необхідні результати страхування, слід розглянути кілька варіантів щодо відрахувань і витрат на заходи щодо запобігання збиткам, щоб визначити вплив кожного з цих факторів на загальну суму витрат, пов'язаних з ризиком.

Зрозуміло, що ці фактори витрат взаємозалежні. Страхові премії залежать від збитків, які може поглинути бізнес-структура, і суми, яку вона готова витратити на заходи щодо запобігання збиткам. Таким чином, загальні витрати представлені у вигляді різних рівнів інвестицій на заходи щодо запобігання втратам і суму відрахувань. Система управління повинна бути побудована таким чином, щоб фінансові наслідки ряду збитків не перевищували можливості структури підприємства нести ризик навіть за поганий рік. Таким чином можна уникнути пікових навантажень і забезпечити бізнес-операції.

Економічний ефект може складатися з витрат робочого часу менеджерів, які

були б використані для вирішення завдань, пов'язаних з покриттям уникнених збитків, уникненням платоспроможності бізнес-структури, основного та оборотного капіталу, прибутку та фондів розвитку.

Ідентифікація ризику може бути виконана різними способами, від складного аналізу ймовірностей в операційних дослідницьких моделях до чисто інтуїтивних припущень. Багато власників бізнесу часто покладаються на свою інтуїцію, авторитет і попередній досвід в управлінні ризиками. Лише невеликий відсоток менеджерів здатний оцінити ризик за допомогою математичних методів.

Як правило, прийнятний рівень ризику визначається з урахуванням таких параметрів, як розмір основних фондів, обсяги виробництва, рентабельність та інші ризикові ситуації.

Комплексний підхід до управління ризиками дозволяє підприємцю більш ефективно використовувати ресурси, розподіляти обов'язки, підвищувати ефективність бізнес-структури та забезпечувати безпеку від ризиків.

Як вже говорилося раніше, ризик-менеджмент – «це не одноразовий захід, а невід'ємна частина повсякденного функціонування корпоративної структури. Теоретично види ризик-менеджменту можна класифікувати, але на практиці воно охоплює всі сфери діяльності» [85]. Як наслідок, управління ризиками також може використовуватися для вирішення широкого кола завдань, від планування до виходу на нові ринки та введення в експлуатацію нових активів. Обсяг управління ризиками, звичайно, повинні визначатися в кожному конкретному випадку на основі попереднього аналізу можливих факторів ризику. При визнанні ризик-менеджменту важливою частиною системи менеджменту застосовується і ступінь інтеграції у функціонування організації. Звичайно, ступінь інтеграції в загальний процес управління залежить від того, чи потрібно організації регулювати ряд факторів ризику. Різноманіття та різноманіття ризиків вимагає від ризик-менеджерів проактивності, ініціативності та швидкої адаптації до нових обставин.

Управління ризиками не є строго послідовним процесом, при якому один компонент впливає тільки на інший. Це ітеративний, різноспрямований процес, при якому майже всі компоненти можуть впливати на інший. Глобальне управління

даними має два ефекти: як «позитивний (більша відкритість інформації для свідомості мас, свобода вираження поглядів тощо), так і негативний (наявність інформаційного шуму, відсутність чітких критеріїв визначення достовірності джерела інформації тощо). Тому грамотно продумана система управління ризиками дозволяє виявляти загрози під час реалізації стратегії та інформувати власників і керівництво» [85].

Висновки до розділу 1

На основі проведених досліджень на теоретичних засадах формування та розвитку системи захисту від ризиків при організації публічного простору можна зробити наступні висновки.

Суть ризик-менеджменту полягає у виявленні потенційних відхилень від очікуваних результатів та управлінні цими відхиленнями з метою поліпшення прогнозу, зниження втрат та підвищення обґрунтованості прийнятих рішень. Управління ризиками - це процес виявлення перспектив і можливостей для поліпшення і запобігання або зниження ймовірності несприятливих подій. На нашу думку, бажано проявити ініціативу створення в громадських організаціях відповідних окремих інституцій з експертами з управління ризиками, яким слід довірити внесення пропозицій щодо розробки ризик-політик і стратегій.

Слід нагадати, що неможливо в достатній мірі впровадити ризик-орієнтований підхід у державному управлінні без попереднього проведення якісної інформаційної кампанії, спрямованої на державних службовців та громадські організації. Іншими словами, першим кроком має бути забезпечення розуміння керуючими компаніями природи та етапів управління ризиками та визначення видів ризиків, яким вони можуть піддаватися.

Слід зазначити, що досвід інших країн у впровадженні методології управління ризиками з різними пов'язаними з нею характеристиками дозволяє розглянути варіанти її застосування в Україні та скористатися перевагами комплексного підходу до управління ризиками для досягнення цілей державної та

державної політики в усіх сферах та на всіх рівнях управління.

Базовий процес управління ризиками складається з наступних чотирьох етапів: прогнозування факторів ризику; аналіз ризиків; управління ризиками; оцінка та співбесіда. Управління ризиками не є строго послідовним процесом, при якому один компонент впливає тільки на інший. Це ітеративний, різноспрямований процес, при якому майже всі компоненти можуть впливати на інший. Глобальне управління даними має два ефекти: як позитивний (більша відкритість інформації для свідомості мас, свобода вираження поглядів тощо), так і негативний (наявність інформаційного шуму, відсутність чітких критеріїв визначення достовірності джерела інформації тощо). Тому грамотно продумана система управління ризиками дозволяє виявляти загрози під час реалізації стратегії та інформувати власників і керівництво.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА РИЗИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка системи охорони здоров'я у світі та в Україні

У різних країнах національні системи охорони здоров'я набувають різних форм і залежать від соціальних та економічних факторів. Стан системи охорони здоров'я визначається такими факторами, як «процес надання медичної допомоги (безпечна допомога, профілактичні заходи, скоординована допомога), доступ (своєчасність та доступність), справедливість, адміністративна та медична ефективність, результати (смертність, здоров'я населення) тощо» [35].

Індикатори оцінювання систем охорони здоров'я мають відповідати певним критеріям: «вони мають відповідати вимогам регулярного моніторингу та верифікації, бути достовірними, об'єктивними, доступними, релевантними та контекстно-залежними, а також показувати прогрес у досягненні бажаного результату. Враховуючи ці вимоги, для достовірної оцінки міжнародного досвіду впровадження державних механізмів трансформації та розвитку сектору охорони здоров'я визначимо такі аналітичні індикатори: громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, надання медичних послуг та фінансування, людські ресурси в системі охорони здоров'я» [74].

Лондонський аналітичний центр Legatum Institute розробив Legatum Prosperity Index, який ранжує країни з точки зору сприяння процвітання, економічному та соціальному добробуту свого населення, які виходять за рамки традиційних макроекономічних показників процвітання країни, які базуються виключно на середньому доході на душу населення. Це робить його важливим показником людського прогресу, оскільки він дає унікальне уявлення про розвиток і формування багатства майже в кожній країні світу. Оцінка індексу ґрунтується на дослідженнях 12 ключових компонентів, таких як: «безпека, індивідуальна свобода, рівень влади, соціальний капітал, інвестиційний клімат, умови ведення бізнесу, інфраструктура та доступ до ринків, економічна якість, умови життя, рівень здоров'я, освіта, природне середовище, стан здоров'я вимірює стан здоров'я

людини та доступ до послуг, необхідних для підтримки громадського здоров'я, включаючи продуктивність системи охорони здоров'я, фактори ризику та смертність» [93].

«Згідно з Annual Wealth Index від Legatum, який базується на оцінці 2021 року, 167 країн очолюють Данія (середній бал – 83,86, у тому числі «охорона здоров'я» – 0,62), Норвегія (середній бал – 83,5, включаючи «охорона здоров'я» – 4,02) та Швеція (середній бал – 83,1, у тому числі «охорона здоров'я» – 2,08). На останньому місці опинився Південний Судан (167-ме місце)» [93].

«У рейтингу Legatum Prosperity Index 2021 Україна посідає 78 місце із загальним балом 57,85, з яких 68,66 – за охорону здоров'я. З 2011 року Україна піднялася на 13 позицій у рейтингу. Україна має найкращі результати за показниками освіти (40 місце) та ділових відносин (72 місце), але найнижчі – за безпекою (134 місце). Найбільше покращення порівняно з десятирічною давністю спостерігається у бізнес-середовищі» [83].

Центр медичних досліджень Джона Гопкінса, розробили GIBZ для оцінки можливостей глобальної охорони здоров'я в умовах епідемій та пандемій. Індекс вимірює потенціал 195 країн та оцінює їхню безпеку та спроможність у сфері охорони здоров'я за шістьма категоріями та 37 показниками. Індекс здоров'я оцінюється на основі таких показників: «профілактика (оцінюється в 16 % участі в загальній структурі), виявлення та звітність (19,2 %), швидке реагування (19,2 %), система охорони здоров'я (16,7 %), відповідність міжнародним вимогам (15,8 %), ризик (12,8 %)» [83].

«Аналіз індексу GIBZ за 2021 рік показав, що США, Австралія, Фінляндія, Канада та Таїланд є лідерами за цим показником у 2021 році (табл. 2.1)» [81-82].

Багато країн, у тому числі країни з високим рівнем доходу, не зробили відчутних фінансових інвестицій для посилення готовності до епідемій чи пандемій. 70% країн мають неналежне медичне обслуговування в клініках, лікарнях та місцевих медичних центрах. «176 країн не опублікували та не впровадили спільний національний план готовності до захворювань з епідемічним або пандемічним потенціалом. На жаль, ще не всі країни готові до майбутніх

епідемічних та пандемічних загроз, включаючи потенційно більш руйнівні загрози, ніж COVID-19» [90].

Таблиця 2.1

Лідери за ГІБЗ за 2021 р.

Рейтинг	Країна	GHS 2021	GHS 2019/2021	Рейтинг	Країна	GHS 2021	GHS 2019/2021
1	США	75.9	-0,3	11	Нідерланди	64.7	-3,0
2	Австралія	71.1	-2.1	12	Данія	64.4	-2.9
3	Фінляндія	70.9	-1.1	13	Нова Зеландія	62.5	+ 6.7
4	Канада	69.8	+ 2.2	14	Франція	61.9	-0,7
5	Таїланд	68.2	-0,7	15	Латвія	61.9	+ 2.1
6	Словенія	67.8	-0,8	16	Вірменія	61.8	-1.4
7	Великобританія	67.2	-1.1	17	Іспанія	60.9	+ 0,5
8	Німеччина	65.5	-0,2	18	Японія	60.5	+ 1.7
9	Південна Корея	65.4	-0,5				
10	Швеція	64.9	-1,5	83	Україна	38.9	+2.0

Примітка: Створено автором за [81; 82].

Більшість країн продовжують ігнорувати потреби вразливих груп населення, посилюючи наслідки криз у сфері охорони здоров'я. У рейтингу 155 зі 195 країн за останні три роки не виділили внутрішні ресурси на підвищення своєї спроможності боротися з епідемічними загрозами у разі кризи в галузі охорони здоров'я.

«Середній бал України в індексі за 2021 рік (38,9 зі 100 можливих балів) залишається практично незмінним з 2019 року, що свідчить про досить низький рівень глобальної безпеки охорони здоров'я» [93]. Причиною цього є наявність багатьох проблем у системі охорони здоров'я: середня тривалість життя в Україні на 9 років нижча, ніж у Європі; значні витрати на охорону здоров'я, що призводять до виснаження пацієнтів; неефективна система страхування пацієнтів та фінансування медичних закладів тощо.

Згідно з дослідженням CEOWorld, «індекс здоров'я – це статистичний аналіз загальної якості охорони здоров'я, який включає такі елементи, як: навички медичних працівників; здоров'я; вартість (дол. США на душу населення) підготовка та доставка високоякісних ліків, санітарії, навколишнього середовища тощо державою» [85]. Методика розрахунку передбачає, що кожна країна отримує бал за кожним з перерахованих вище факторів і формує загальний показник за

шкалою в 100 балів. У 2021 році в 89 країнах світу було проведено оцінювання систем охорони здоров'я за п'ятьма різними показниками здоров'я, результати яких представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Індекс охорони здоров'я CEOWorld у 2021 р.

Ранг	Країна	Індекс охорони здоров'я (загалом)	Інфраструктура	Професіонали	Вартість	Доступність ліків	Готовність уряду
1	Південна Корея	78,72	87,16	14,23	83,59	82,30	87,89
2	Тайвань	77,70	79,05	13,06	78,39	78,99	65,09
3	Данія	74,11	90,75	30,01	82,59	92,06	96,30
4	Австрія	71,32	86,18	20,25	78,99	88,23	91,80
5	Японія	70,73	78,77	21,60	74,88	74,18	93,20
6	Австралія	67,99	92,58	17,37	96,22	67,51	89,91
7	Франція	65,38	77,86	13,24	71,82	55,10	81,38
8	Іспанія	64,66	86,28	34,25	75,81	83,82	96,80
9	Бельгія	64,63	72,48	24,51	68,68	64,78	94,90
10	Великобританія	61,73	88,63	14,66	75,61	90,25	88,41
81	Україна	33,38	68,87	14,33	51,69	53,55	87,97

Примітка: Створено автором за [74].

За даними CEOWorld, «Південна Корея має найкращу систему охорони здоров'я у світі у 2021 році з результатом 78,72 зі 100. Серед азіатських країн у цьому рейтингу на другому місці розташувався Тайвань (77,70), а на п'ятому – Японія (70,73). Шість із десяти перших місць у рейтингу 2021 року займають країни Європи: Данія (74,11), Австрія (71,32), Франція (65,38), Іспанія (64,66), Бельгія (64,63), Великобританія (61,73). Україна посідає 81 місце в індексі здоров'я CEOWorld (33,38). Венесуела (33,42 бала) очолює список країн з найгіршими системами охорони здоров'я у 2021 році» [74].

Забезпечення належного функціонування служби громадського здоров'я є найважливішим завданням на шляху до збереження та покращення здоров'я суспільства в цілому. Ці показники підкреслюють необхідність створення системи громадського здоров'я, здатної знизити смертність у громадах [5].

Стратегічними цілями функціонування всіх систем охорони здоров'я є доступність та якість медичної допомоги. Однак значна частина населення має проблеми з доступом до медичної допомоги. 11% населення світу стикаються з

серйозними економічними бар'єрами для доступу до медичної допомоги, у тому числі 5% через високі витрати на охорону здоров'я.

В охороні здоров'я важливу роль відіграє якість обслуговування. На якість медичної допомоги впливають актуальність, доступність, безперервність та безперервність, ефективність, безпека, своєчасність, задоволення потреб та очікувань, стабільність процесів та результатів, постійне вдосконалення та вдосконалення.

Незважаючи на деякі складні роки для охорони здоров'я, «у 2021 році в середньому 53% громадян у всьому світі дають позитивну оцінку медичним послугам країни (50% у 2020 році, 45% у 2018 році).

Сінгапур є країною з найбільш задовільною якістю охорони здоров'я (79%). На другому місці – Швейцарія (78%) та Австралія (78%), Велика Британія, Канада, Угорщина та Німеччина зазнали найрізкішого зниження якості здоров'я з 2020 року» [82].

Однак є також проблеми з низькою якістю обслуговування та помилками в медичному обслуговуванні. Тому в Сполучених Штатах Америки від 44 000 до 98 000 людей помирають щороку через низьку якість і дефекти. У Європі щороку арбітражні трибунали розглядають 10 000 справ. 52% з них – це скарги, пов'язані з медичними помилками. У країнах ЄС кожен 10-й випадок лікування є шкідливим для пацієнтів. Для більшості країн підвищення якості охорони здоров'я є одним із найбільших викликів для вдосконалення систем охорони здоров'я.

Використання інформаційно-комунікаційних технологій для забезпечення громадського здоров'я, доступності та якості медичних послуг є одним з найбільш швидкозростаючих напрямків охорони здоров'я. У травні 2005 року п'ятдесят восьма Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла Резолюцію WHA58.28, в якій викладено Стратегію ВООЗ у сфері електронної охорони здоров'я та закликає держави-члени планувати відповідні послуги електронної охорони здоров'я у своїх країнах. «У 2005 році ВООЗ запустила Глобальну обсерваторію електронної охорони здоров'я (Global eHealth Observatory, GOe), ініціативу, присвячену вивченню електронної охорони здоров'я, її впливу на здоров'я та її

розвитку в країнах» [82].

Поточна цифрова трансформація охорони здоров'я в країнах ОЕСР була прискорена пандемією COVID-19 і зумовлена цифровізацією інформаційної інфраструктури та збільшенням попиту пацієнтів.

Глобальний індекс безпеки охорони здоров'я (GDI) та модель зрілості – «це інтерактивний цифровий ресурс, який дозволяє країнам оцінювати зрілість свого цифрового здоров'я, визначати сфери фінансування та потреби в технічній допомозі всередині та між країнами» [82]. Розроблений з використанням Інструментарію стратегії електронної охорони здоров'я ВООЗ та МСЕ, GDHI ґрунтується на роботі Глобальної обсерваторії ВООЗ з дослідження електронної охорони здоров'я та надає стандартизований набір показників для оцінки цифрових детермінант здоров'я.

GDHI використовує 19 основних показників для вимірювання прогресу в цифровому здоров'ї (управління, інтероперабельність, політика конфіденційності та безпеки, робоча сила та інфраструктура) на рівні країни та характеризує модель зрілості цифрового здоров'я, що відображає цифрове здоров'я 22 досліджуваних країн, траєкторію розвитку через 5 етапів зрілості (рис. 2.1).

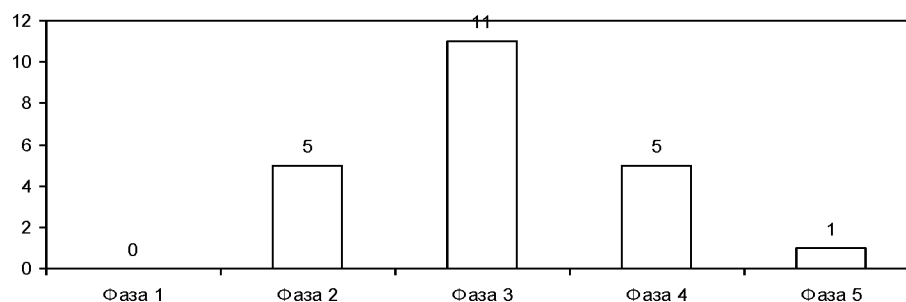


Рис. 2.1. Кількість країн за датою закінчення терміну дії згідно з GDHI у 2021 році

Примітка: Підготовлено автором відповідно до [90].

Статистика ВООЗ показує, що «у 2021 році основними категоріями цифрового здоров'я у світі, на які виділяється найбільше коштів, є розвиток, телемедицина, аналіз даних, mHealth, психічне здоров'я, практичні управлінські рішення, електронні датчики, добробут громади, медичні послуги та соціальна мережа охорони здоров'я (рис. 2. 2). Враховуючи розвиток цифрового здоров'я та потреби громадян, у 2021 році на телемедицину було витрачено понад \$4,2 млрд. S

SHA, що робить його найпопулярнішим» [85].
категорією.

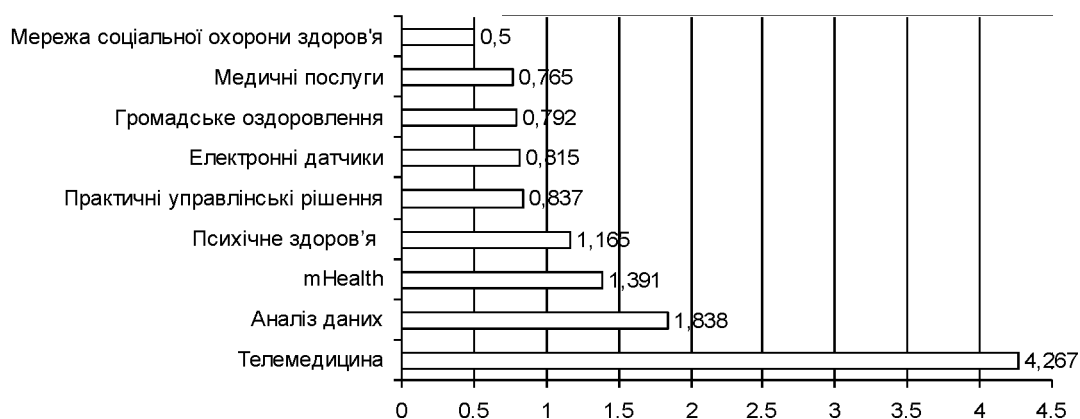


Рис. 2.2. Суми фінансування для популярних категорій цифрового здоров'я 2021 рік, мільярд доларів

Примітка: Підготовлено автором відповідно до [90].

Цифрові технології мають важливе значення в охороні здоров'я, оскільки вони підвищують стійкість промисловості за рахунок збільшення швидкості та обсягу інформаційних потоків. Однією з таких ключових технологій у сфері охорони здоров'я є електронна медична картка (ЕМК). За даними ВООЗ, «впровадження національних систем ЕМК неухильно зростає протягом останніх 15 років. У 2011-2016 рр. Темп зростання склав 46%» [90]. Впровадження в основному здійснюється в країнах з високим і середнім рівнем доходу, які можуть створити ефективну цифрову медичну картку і надати клініцистам інструменти для її впровадження. Технічно електронна медична карта є єдиним джерелом інформації, яке дозволяє пацієнтам і лікарям мати постійний доступ до історії лікування.

Рання профілактика захворювань, громадське здоров'я, забезпечення доступності та якості медичної допомоги, кадрова політика – це цілісний підхід, який забезпечує захист та зміцнення здоров'я та підвищує стійкість та справедливість. Аналіз міжнародної практики та опитування світової спільноти виявили, що найбільшими проблемами охорони здоров'я є коронавірус, рак, нестача персоналу, доступ до лікування або час очікування, високі витрати, бюрократія, відсутність інвестицій в охорону здоров'я та старіння населення.

2.2. Оцінка кадрових ризиків в закладах охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я має велике суспільно-політичне значення для

забезпечення добробуту та життя суспільства, саме тому політика Уряду України спрямована на пошук оптимальних та ефективних заходів щодо покращення стану.

Основними соціально-економічними принципами забезпечення ефективної, якісної системи охорони здоров'я в Україні є: «захист прав людини, верховенство права, належне врядування, участь громадськості, бізнесу та соціальних партнерів, інтеграція політики та адміністрування, застосування найкращих наявних знань та принципу обережності» [85].

Система охорони здоров'я України все частіше стикається з нестачею кваліфікованих медичних кадрів. Питома вага медичних кадрів у загальній робочій силі України досить висока (5,9%), але кількість працівників у сфері охорони здоров'я України є незадовільною та демонструє стійку тенденцію до погіршення: за 30 років кількість лікарів та лікарів на навчанні зменшилася у 2 та 4 рази відповідно. У 2020-2021 роках ситуація була особливо гострою. під час пандемії. У 2020 році понад 34 тисячі осіб звільнилися через незадовільні умови праці (відсутність засобів індивідуального захисту, значно збільшене навантаження, застаріле обладнання та технічна база тощо). Крім того, майже третина (28,7 %) лікарів та медсестер були інфіковані COVID-19, а частина працівників пенсійного віку та дострокового виходу на пенсію була змушена піти у відпустку без збереження заробітної плати через загрозу коронавірусної інфекції та тяжкого перебігу хвороби (віковий ценз), що на деякий час виключило їх із системи охорони здоров'я.

У той час як штат закладів охорони здоров'я по всій Україні в цілому відповідає середньоєвропейському показнику, штат закладів охорони здоров'я з лікарями та медичним персоналом середньої та нижчої ланок демонструє стійку тенденцію до зниження. «У порівнянні з 2019 роком кількість лікарів зменшилася на 4%, а кількість лікарів середньої та молодшої ланки – на 17% (частково через втрату робочих місць). За прогнозами, до 2030 року на персонал медичних закладів України припадатиме 75% та 73,6% потреби у вторинному та молодшому медичному персоналі. Аналіз тенденції до зменшення кількості лікарів показує, що у сфері охорони здоров'я спостерігається дефіцит майже 13 000 вакансій» [85].

Значне скорочення кількості медичних працівників середньої та нижчої ланки посилює розрив у частці лікарів та медсестер в українській системі охорони здоров'я (1:1,25 у 2020 році проти 1:4 за вказівками ВООЗ), що призводить до додаткового навантаження на лікарів та зниження загальної ефективності медичних послуг. Ці проблеми у розвитку галузі зумовлені недостатньою мотивацією медичних працівників (особливо щодо рівня заробітної плати), нерівномірним розподілом соціальних гарантій між регіонами та рівнем медичного обслуговування, а також великим відтоком мізків.

При цьому зберігається стійкий розрив між західними регіонами (де забезпеченість медичним персоналом найвища), центральними та південними регіонами (де забезпеченість медичним персоналом найнижча) та північними та східними регіонами (де забезпеченість медичним персоналом «вище середнього»). Відповідна різниця посилюється в розрізі міста та села, оскільки лише 5,3 відсотка лікарів та 11,5 відсотка середнього та нижчого медичного персоналу працюють у сільській місцевості, де проживає близько 30 відсотків населення України.

Кількість спеціалістів в Україні продовжує скорочуватися. Зокрема, «у 2021 році кількість пульмонологів зменшилася на 12%, дерматологів – на 8%, інфекціоністів та гінекологів – на 5%, неврологів та ендокринологів – на 4%, урологів – на 1%, і лише кількість онкологів залишилася майже незмінною (рис. 2.3)» [20].

Розвиток сектору також стримується старінням робочої сили: майже чверть лікарів (23,6%) та 11% медичних працівників середньої та нижчої ланки досягли пенсійного віку.

Не менше 50 відсотків лікарів працюють неповний робочий день, що ставить питання про те, як забезпечити гідні умови та адекватну заробітну плату медичному персоналу. Попри те, що оплата праці медичного персоналу поступово зростає, вона все ще залишається однією з найнижчих в економіці (12317 грн у червні 2021 року, на 13,9% менше, ніж у середньому по Україні), а різниця в показниках середньої заробітної плати продовжує зростати. При цьому існує дисбаланс між доходами медичного персоналу на адміністративних посадах

(середня заробітна плата становить 23 5000 гривень) та доходами медичного персоналу, який безпосередньо займається медичною практикою (середня зарплата становить трохи більше 8 000 гривень).

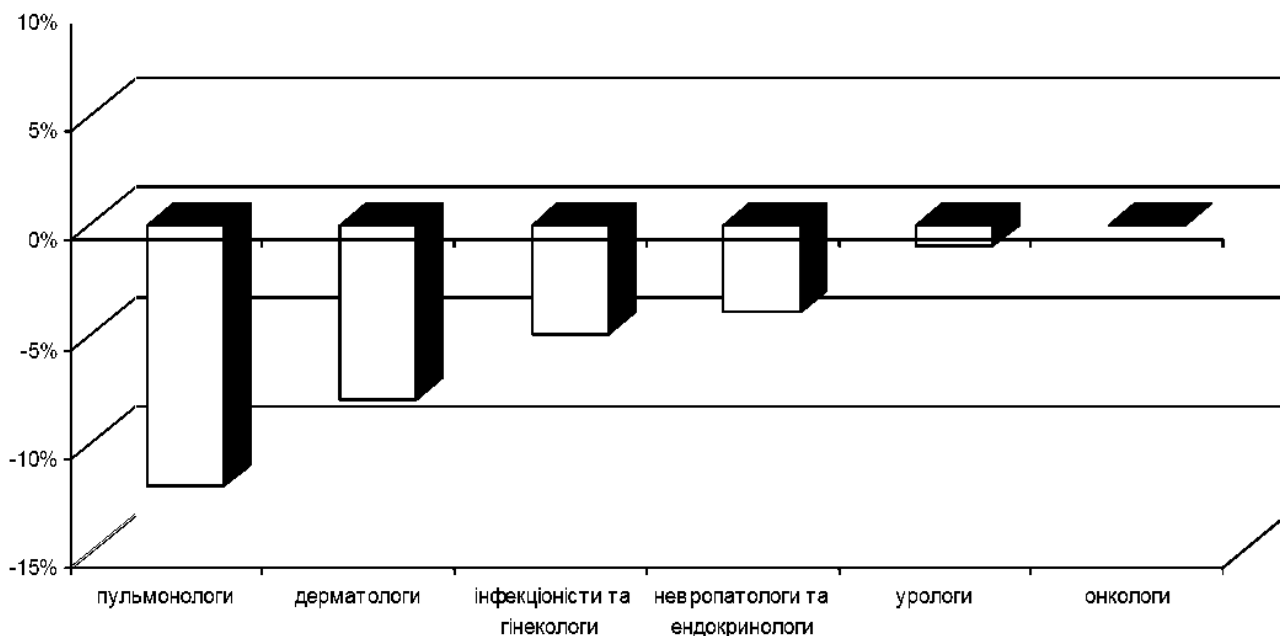


Рис. 2.3. Зростання кількості лікарів патентованих лікарських засобів в Україні у 2021 р., %

Примітка: Підготовлено автором відповідно до [20].

Ситуація ускладнюється тим, що обмежені можливості фінансування медичної допомоги за рахунок коштів місцевих бюджетів підвищує ризик забезпечення гідних умов для найму та оплати праці медичних працівників у майбутньому. «На рахунках у медичних закладах майже 17 000 мільйонів гривень. Це 17% від коштів, які НСЗУ надала закладам у 2020 році, і може бути використана на підвищення заробітної плати на 30%» [80].

Такі соціально-економічні умови змушують українських медичних працівників шукати роботу за кордоном, особливо в сусідніх країнах, де їхня зарплата за фахом у середньому в 4-5 разів вища, ніж в Україні. Наприклад, у 2020 році з України виїхало понад 66 000 осіб.

На основі врахування деяких факторів розвитку системи охорони здоров'я (здоров'я населення, доступ до лікарських засобів, надання медичних послуг та фінансів, кадровий потенціал системи охорони здоров'я) можна зробити висновок,

що система охорони здоров'я України значно відстає від розвинених країн світу за рівнем смертності, тривалості життя, боротьби з інфекційними та хронічними захворюваннями. Аналіз стану здоров'я населення України свідчить, що середня тривалість життя низька, а медико-демографічна ситуація незадовільна.

За останні п'ять років у сфері охорони здоров'я було проведено низку реформ, спрямованих на покращення якості та доступу до медичної допомоги. Незважаючи на значний прогрес у досягненні поставлених цілей та позитивні тенденції, існують фактори, що стримують розвиток системи охорони здоров'я України [89]:

- «недостатнє фінансування охорони здоров'я. Адміністративні витрати - це в основному витрати, понесені закладами охорони здоров'я для виплати заробітної плати та допомог (близько 75%). У цих умовах існує мінімум економічних можливостей для ефективного надання послуг, тобто лікування пацієнтів, закупівля лікарських засобів і товарів народного споживання, оновлення технологічних засобів. З 2017 року принципи фінансування охорони здоров'я змінилися і витрати закладів охорони здоров'я тепер базуються на послугах, які вони надають пацієнтам, що дозволяє їм отримувати більш доступну допомогу для пацієнта та забезпечувати більш ефективно використання ресурсів на основі певного набору гарантованих послуг.
- поширеність самолікування в популяції. В Україні майже 69% пацієнтів займаються самолікуванням, не звертаючись за допомогою до лікаря. Це призводить до збільшення частоти ускладнень, особливо у пацієнтів з хронічними захворюваннями, негативно впливає на інвалідність і скорочує життя.
- неефективність деяких препаратів, що продаються на ринку. Майже 10,5% всіх медичних виробів, що використовуються в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, є неконтрольованими і фальсифікованими. У зв'язку з відсутністю єдиної системи контролю за обігом лікарських засобів в Україні неможливо визначити кількість фальсифікованих лікарських засобів» [89].

Трансформація існуючої системи охорони здоров'я України має на меті забезпечити громадянам України рівний доступ до якісної медичної допомоги з

метою адаптації системи пацієнтоцентричності. Пріоритетами реформування системи охорони здоров'я в Україні є медичні реформи; громадське здоров'я; медичний спеціаліст; доступні, якісні препарати. Загалом реформа передбачає:

- здійснення реформи фінансування медичних послуг, запровадження нових механізмів фінансування спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторної та стаціонарної);

- «забезпечення економічного захисту населення від надмірного споживання;
- ефективне функціонування моделі державних гарантій медичного пакету та доступності його для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня доходів та інших соціально-демографічних характеристик;

- оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційними та кадровими ресурсами закладів охорони здоров'я всіх рівнів охорони здоров'я відповідно до міжнародних стандартів;

- впровадження інноваційних технологій у повсякденну медичну практику та доступ до високотехнологічних методів лікування» [25].

Неадекватна трансформація національної системи охорони здоров'я, високий рівень корупції та неефективність політики у сфері охорони здоров'я свідчать про неефективність процесу реформування.

Після початку повномасштабного військового вторгнення росії на територію України, що порушує міжнародне право, мільйони цивільних осіб перебувають у зоні ризику, а національна система охорони здоров'я працює в умовах підвищеного ризику.

У зв'язку з масовим переміщенням цивільного населення України під час війни ризик поширення циркулюючої вакцини проти поліомієліту типу 2 за межі країни значно зростає. Наразі ВООЗ вважає загальний ризик циркулюючого поширення поліовірусу від поліомієлітної вакцини 2 типу помірним. У зв'язку зі збільшенням соціальної ситуації та перебоями в наданні послуг з вакцинації існує ризик посилення поширення кору. Хоча нинішні кліматичні умови не сприяють передачі холери, руйнування та порушення роботи інфраструктури та водопостачання підвищує ризик епідемій. «Через триваючу блокаду Маріуполя

(Донецька область) та постійні обстріли тимчасово окупованого міста забороненою міжнародним правом зброєю існують фактори, які можуть сприяти масштабній епідемії холери (відсутність каналізації, централізованого водопостачання, тисячі непохованих тіл загиблих, які почали розкладатися, сміття та каналізації, які накопичуються на вулицях міста і не ліквідовані). перебував з початку великої російської навали; відсутність кваліфікованих медичних закладів, лікарів та медикаментів для надання медичної допомоги)» [24].

З огляду на поточну ситуацію та оперативні заходи, вжиті для реформування системи охорони здоров'я, потреба в додаткових фінансових ресурсах в Україні зростає. Поточними цілями у цьому напрямі є забезпечення рівного доступу до екстреної та критичної медичної допомоги, профілактика та боротьба з інфекційними захворюваннями, екстрена медична інформація та епіднадгляд, а також ефективна координація гуманітарних зусиль у сфері охорони здоров'я (рис. 2.4).

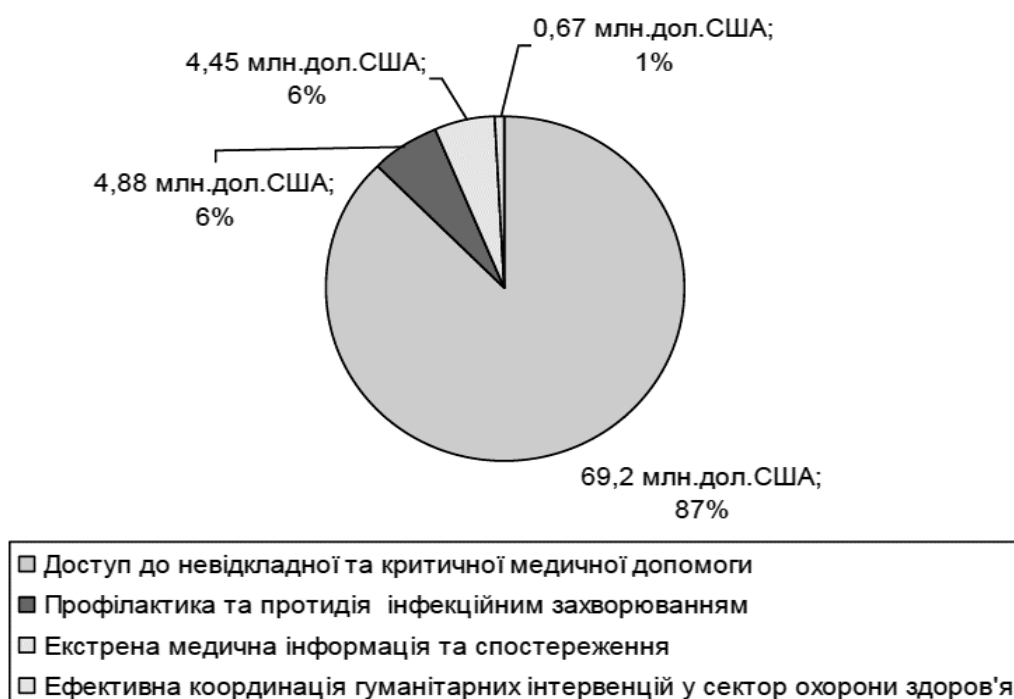


Рис. 2.4. Ресурси, необхідні для України

Примітка: Підготовлено автором відповідно до [86].

У 2022 році було досягнуто домовленості про можливість використання коштів Світового банку (орієнтовно 45 млн доларів) для забезпечення лікарень

пріоритетним медичним обладнанням під час надзвичайного стану в Україні, до країни привезли понад 700 000 пацієнтів для полегшення болю та лікування поранених. ВООЗ у співпраці з Міністерством охорони здоров'я обробляє «пожертвування медичного обладнання та лікарських засобів від неурядових організацій (Direct Relief Project, Foot Print, European Blood Alliance), урядових партнерів (Європейська комісія та Онтаріо, Канада), біотехнологічних та фармацевтичних компаній (Novo Nordisk, Reig Jofre, Roche, Seegene)» [78].

У зв'язку з військовою агресією росії проти України, у 2022 році Міністерством охорони здоров'я було прийнято низку рішень щодо покращення роботи сфери охорони здоров'я, серед яких: «законодавче закріплення можливості залучення студентів до роботи аптек, забезпечення роботи координаційної робочої групи з лікування громадян України в іноземних клініках у зв'язку з введенням воєнного стану в Україні, розроблення методичних рекомендацій щодо хірургічної тактики контролю травм та стабілізації стану постраждалих на етапах евакуації, прийняття законодавчої бази для ініціювання закупівель ліків у межах централізованих програм, спрощення процедури проведення медико-соціальних обстежень» [79].

В умовах воєнного стану уряд країни вжив низку заходів для оптимізації роботи медичних закладів. Через відсутність технічних потужностей аптеки не можуть вносити інформацію в систему eHealth. «Аптечні звіти про відпущені ліки та медичних працівників не надаються. Під час надзвичайного стану акредитацію закладів охорони здоров'я було призупинено. Акредитаційні сертифікати, термін дії яких закінчується під час дії надзвичайного стану або закінчується за три місяці до дати оголошення надзвичайного стану, залишаються дійсними протягом 12 місяців з дня припинення або припинення надзвичайного стану. Електронні рецепти на ліки, що підлягають реімбурсації, можна роздрукувати на папері» [26].

Рішенням Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2022 року № 491 «Деякі питання, пов'язані з використанням коштів на рахунку для покриття потреб системи охорони здоров'я» затверджено порядок використання коштів з рахунку Міністерства охорони здоров'я, відкритого в Національному банку України для

покриття потреб охорони здоров'я. «Гроші підуть на закупівлю медичних меблів, медикаментів, мобільних госпіталів, спецтранспорту, оплату банківських послуг, відновлення комунальних та національних закладів охорони здоров'я та закупівлю послуг, пов'язаних з наданням медичних послуг. По-перше, кошти призначені для надання медичної допомоги на територіях, що постраждали від бойових дій, та для закладів охорони здоров'я, залучених до надання медичної допомоги пораненим та пораненим внаслідок бойових дій, таким чином перебираючи на себе роботу національних та комунальних закладів охорони здоров'я, які постраждали від бойових дій» [33].

На початку 2022 року «Програма медичних гарантій 2022 року включала 36 пакетів медичних послуг за напрямками, які також були включені у 2020 році. Після 1 квітня 2022 року фінансування з Програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України отримали 413 стаціонарних відділень (зростання на 400%) та 203 мобільні відділення (зростання до 203). Під час надзвичайного стану медичні працівники отримуватимуть максимально можливу одноразову виплату щомісяця, незалежно від фактичного внеску в систему електронної охорони здоров'я. Видатки за програмою медичних послуг «Медичні гарантії» на 100% профінансовані за планом січень-березень 2022 року у розмірі 36,8 млрд грн, найвищий обсяг за березень місяць – 13,1 млрд грн. 100% плану за січень-березень профінансовано на заробітну плату працівникам національних закладів охорони здоров'я (2,3 млрд грн, у тому числі у березні – 784,3 млн грн)» [49].

Наразі, в умовах війни, українська медична галузь шукає шляхи виходу з кризової ситуації та вибудовує модель розвитку, наближену до європейських стандартів. Тому впровадження інноваційних телемедичних технологій, нових методів діагностики та лікування захворювань у практику медичних закладів у зв'язку з широкомасштабним вторгненням Росії на територію України дозволить Україні досягти позитивних результатів у реалізації стратегії реформування системи охорони здоров'я, вийти на єдиний глобальний та європейський простір.

Під час війни система охорони здоров'я України є важливою та необхідною галуззю в країні, але здатність системи надавати послуги значно знизилася. Як

наслідок, ВООЗ збільшила свою присутність в Україні та в країнах, які приймають переміщених українців, надавши необхідну медичну допомогу, обладнання та фінансову допомогу. Відповіддю ВООЗ на мінливі потреби України у сфері охорони здоров'я стала адаптація систем, у тому числі логістики, та збільшення штатного розкладу. ВООЗ створила логістичні центри в зонах конфліктів, щоб швидко дістатися до районів, де допомога найбільше потрібна. Щоб задовольнити зростаючі потреби ВООЗ у сфері охорони здоров'я, «понад 1300 медичних працівників проходять навчання для боротьби з наслідками війни, включаючи травми, масові скупчення поранених, опіки та вплив хімічних речовин» [85].

Тому економічне забезпечення сфери охорони здоров'я є основним механізмом задоволення нагальних потреб під час надзвичайного стану. Важливою та необхідною підтримкою українського народу стала фінансова підтримка ВООЗ та інших міжнародних організацій в Україні та за кордоном.

2.3. Оцінка ризиків розвитку закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану

Воєнний стан в Україні став загрозою для виконання багатьох стратегічних завдань, гарантованих національними стандартами та міжнародними угодами. «Основними ризиками побудови ефективної системи охорони здоров'я в Україні відповідно до ЦСР 3 є надзвичайний стан, радіаційний фон (гамма-випромінювання), новий коронавірус, розвиток інфекційних захворювань, поширення харчових отруєнь тощо рис. 2.5)» [85].

Згідно з умовами, визначеними в оголошенні воєнного стану, підсистема функціонального медичного захисту має бути готова до виконання запланованих завдань на конкретний проміжок часу відповідно до плану цивільного захисту підсистеми функціонального медичного захисту.

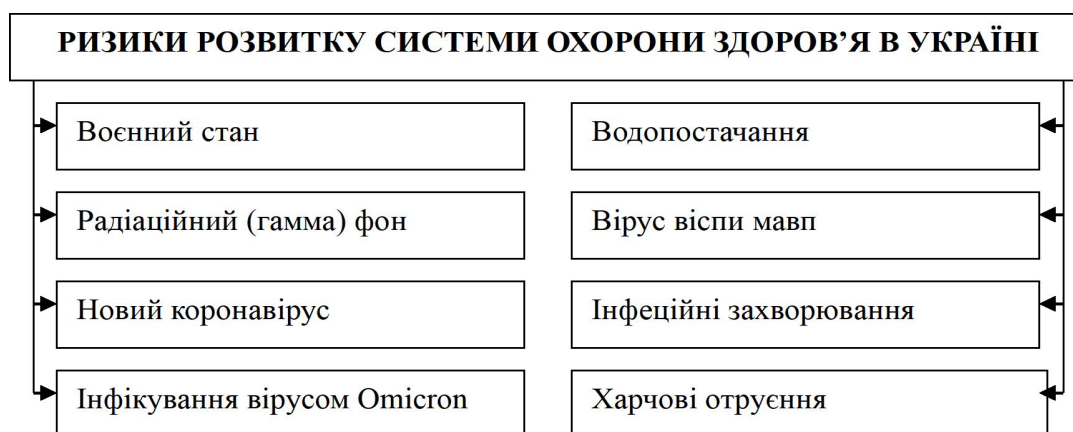


Рис. 2.5. Ризики, пов'язані з розвитком системи охорони здоров'я в Україні

Примітка: Створено автором за [14].

Кількість жертв серед цивільного населення, пов'язаних із конфліктом, продовжує зростати, переважно через застосування вибухової зброї. У зв'язку з активними бойовими діями поблизу великих громад збільшується кількість людей, які потребують травматичного або хірургічного лікування. «Близько 300 закладів охорони здоров'я розташовані в зонах конфліктів, а 1 000 закладів охорони здоров'я розташовані в зонах індивідуального контролю, що робить систему охорони здоров'я вразливою до пошкодження інфраструктури. Майже 50% аптек в Україні закриті, багато медичних працівників скорочуються або не можуть

працювати. Як наслідок, доступ до лікарських засобів, закладів охорони здоров'я чи медичних працівників у деяких сферах обмежений або взагалі відсутній» [14].

Незважаючи на відсутність даних про поточну ситуацію зі здоров'ям матерів та новонароджених, в Україні зафіксовано порушення норм у допологовому, інтранатальному та післяпологовому періодах.

Відсутність медичної допомоги ускладнює доступ до базової медичної допомоги. В Україні догляд за онкохворими триває, незважаючи на перебої з наданням медичної допомоги. Однак переривання профілактичних і діагностичних лікувальних процедур підвищує ризик небажаного прогресування захворювання і ставить під загрозу безперервність лікування. Потреба в постійній психологічній та психосоціальній підтримці дуже висока. Психосоціальна підтримка є нагальним пріоритетом для фармацевтичної галузі, особливо з огляду на ймовірне посилення негативних механізмів подолання стресових ситуацій. «В умовах війни важливими питаннями залишаються запобігання та захист гендерно зумовленого насильства, торгівлі людьми, сексуальної експлуатації та сексуального насильства» [50].

Ядерні об'єкти України введені в експлуатацію та виведені з експлуатації. Багато радіоактивних джерел використовуються в промисловості та медичних установах. Згідно з аналізом Міжнародного агентства з атомної енергії (МАГАТЕ), поточна ситуація з ядерною безпекою знаходиться під контролем. Однак збройний конфлікт, що триває, ставить під загрозу ядерні установки та збільшує ризик випадкового або навмисного пошкодження ядерних установок. Внаслідок військової агресії Росії існує не лише загроза радіологічних аварій різного масштабу, втрата контролю над джерелами іонізуючого випромінювання, а й безпрецедентна загроза глобальної ядерної катастрофи.

Наразі в Україні є населені пункти, де вода не відповідає нормам: «за санітарно-хімічними показниками, хлоридами (Запорізька область, Мелітополь); каламутність (Дніпропетровська обл., м. Дніпро, м. Жовті води, м. Кам'янськ, м. Донецька обл., м. Костянтинівка, м. Кіровоградська обл., м. Олександрія); (Дніпропетровська обл., Дніпро, Синельникове, Кіровоградська обл., Олександрія)» [80].

На сьогодні в Україні не зареєстровано жодного випадку зараження людей вірусом віспи мавп.

«У всьому світі зафіксовано 540,56 мільйона випадків зараження новим коронавірусом (COVID-19), з яких 6,33 мільйона летальні, а 515,86 мільйона людей одужали. У Європейському регіоні ВООЗ було зафіксовано 199,26 млн підтверджених випадків» [94].

«В Україні лабораторно підтверджено 5,01 млн випадків COVID-19, з них 0,1 млн летальних, 4,88 млн пацієнтів одужали. Ризик спалахів таких захворювань, як холера, кір, дифтерія або COVID-19, посилюється відсутністю доступу до води, санітарії та гігієни, умовами проживання в бомбосховищах та збірних центрах, а також неоптимальним охопленням населення плановими щепленнями та COVID-19» [94].

«18 грудня 2021 року в Україні виявили перший випадок інфікування вірусом SARS-CoV-2 B.1.1.529 (Омікрон). Останнім часом у світі домінують випадки Омікрону, а загальна кількість нових випадків COVID-19 зменшилася (деякі країни поступово змінюють свої стратегії тестування на COVID-19, що призводить до зменшення кількості проведених тестувань та виявлених випадків)» [85].

«Лише за травень 2022 року зафіксовано 1 спалах гострої кишкової інфекції (5 осіб) в Україні, в Одеській області та 1 спалах сальмонельозу (8 осіб, з них 4 дитини) у Львівській області. За цей же період у 5 регіонах зафіксовано 6 випадків ботулізму, що призвело до шкоди 7 дорослих» [79].

З огляду на це, основним завданням системи охорони здоров'я є забезпечення її безперервного функціонування для задоволення потреб населення та військових, а також внутрішньо переміщених осіб. Актуальним залишається питання вибору механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я у зв'язку з цими змінами. Основними пріоритетами охорони здоров'я в Україні в умовах надзвичайного стану мають стати: зменшення кількості травматизму, забезпечення здоров'я матерів та новонароджених, лікування хронічних та неінфекційних захворювань, зниження ризику спалахів та поширення інфекційних захворювань, питання захисту (ризик торгівлі людьми, гендерно зумовленого насильства),

психічне здоров'я та психосоціальна підтримка, технологічні ризики та ризики для здоров'я, потенційні ядерні та хімічні ризики, глобальне управління, лідерство та комунікації у зв'язку з COVID-19.

Досягнення позитивних результатів за цими пріоритетними напрямками підвищить готовність уряду до пандемії, забезпечить рівний доступ громадян до якісних лікарських засобів та послуг, а також забезпечить реалізацію оновленої стратегії розвитку системи охорони здоров'я України в напрямку сталого розвитку.

Зміна пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України в умовах надзвичайного стану дозволить механізмам державного управління у цій сфері залишатися дієвими на різних рівнях.

Зміна державних механізмів регулювання охорони здоров'я на сучасному етапі ґрунтується на фундаментальних змінах організаційно-економічних засад управління на всіх рівнях (обласному, регіональному, місцевому) відповідно до ринкової кон'юнктури та європейських стандартів.

Трансформації відбуваються в усіх процесах та механізмах державного управління у сфері охорони здоров'я: фінансування системи охорони здоров'я, механізм догляду за пацієнтами, система екстреної медичної допомоги за міжнародними стандартами, цифровізація промисловості, система трансплантації, системи громадського здоров'я, система оцінки медичних технологій, медична освіта на всіх рівнях за європейськими стандартами, міжнародна класифікація функцій, інвалідності та інвалідності здоров'я, електронний документообіг; система професійних ліцензій для лікарів та медична автономія, гармонізація законодавства України у сфері охорони здоров'я з європейськими стандартами.

Складність і одночасність масштабів медичної реформи полягає в тому, що вона впроваджується паралельно з процесами децентралізації. Станом на 1 січня 2021 року адміністративний устрій змінився в результаті реформи децентралізації, яка мала на меті створити та розвинути цілісне середовище для мешканців, що неможливо без медичної складової. «Одним із вістрів новооб'єднаних громад стало розширення медичної інфраструктури в області. Всі ці процеси вимагають перебудови принципів управління та державних механізмів для досягнення

ефективних переходів» [87]. Напрямок змін в охороні здоров'я показано на малюнку. 2.6.



Рис. 2.6. Основні зміни у сфері охорони здоров'я, пов'язані з децентралізацією
Примітка: Підготовлено автором згідно з [81].

Реорганізація мережі закладів вторинної медико-санітарної допомоги передбачає поступову структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів (підрозділів) охорони здоров'я та включає:

- «створення госпітальних округів, які об'єднують об'єкти різних районів або міст і районів. Кількість осіб, що обслуговуються закладами госпітального округу, залежить від щільності та типу забезпечення населенням з урахуванням стану транспортного сполучення в межах площі 100 000 осіб. до 500 тис.;

- перевизначити вторинну медичну допомогу, що входить до складу госпітального округу, з урахуванням їх матеріально-технічної та кадрової бази, профілю діяльності та структури медичних послуг закладів, що надають допомогу різної інтенсивності» [81].

Закон України від 31 грудня 2020 року про внесення змін до деяких нормативно-правових актів України про надзвичайні заходи у сфері медичної допомоги вносить низку змін, зокрема, запровадження нового поняття: «госпітальний округ» – це «сукупність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, зареєстрованих у встановленому законодавством порядку та ліцензованих на реалізацію права на здійснення діяльності з медичної практики, медичне обслуговування населення у відповідній місцевості» [55]. У межах клінічного округу визначено основні заклади охорони здоров'я (рис. 2.7).

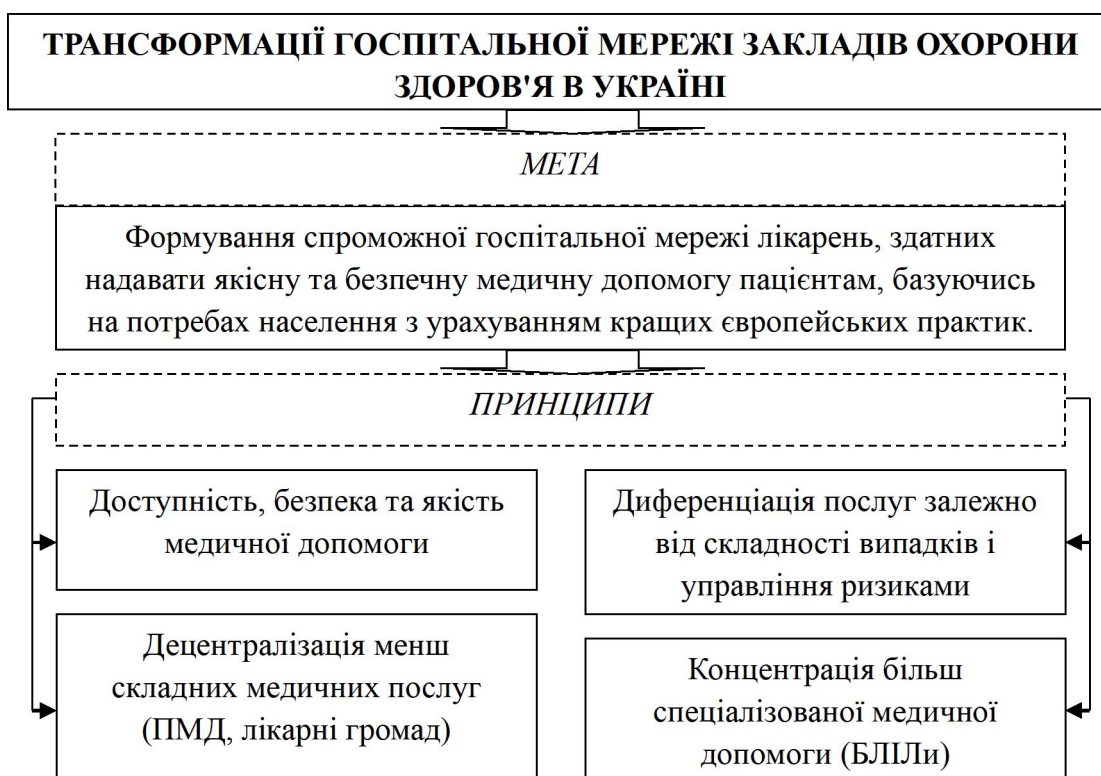


Рис. 2.7. Цілі та принципи реорганізації мережі лікарень охорони здоров'я в Україні

Примітка: Підготовлено автором відповідно до [66].

Кабінет Міністрів України затверджує порядок утворення госпітальних округів та перелік ключових закладів охорони здоров'я. Розбудова мережі національних та комунальних закладів охорони здоров'я враховуватиме плани розвитку госпітальних округів, потреби населення в частині медичного обслуговування, необхідність забезпечення належної якості цих послуг, швидкість, доступність для громадян, ефективне використання матеріальних ресурсів тощо. трудові та господарські питання.

Сьогодні діє така процедура: на території області створюється госпітальний округ (відбулася своєрідна «централізація» госпітальних округів). Метою є забезпечення розвитку структур охорони здоров'я на регіональному рівні, мережі закладів, адаптованих до потреб населення, та налагодження ефективних маршрутів для пацієнтів, у тому числі щодо медичних послуг, доступних закладам. Динаміка процесу розвитку госпітального округу варіюється від регіону до регіону. Тому перелік медичних послуг у госпітальних округах на період до 2023 року вже затверджено.

Переосмислення вторинної медико-санітарної допомоги передбачає створення:

- «багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування: цілодобова медична допомога пацієнтам (плановим та гострим), які потребують інтенсивного лікування та догляду, по одному на район;

- стаціонар для планового стаціонару з амбулаторно-поліклінічними послугами в кожному районі, в кожному місті без районного поділу або в районі для повторних циклів лікування рецидивів або подальшого лікування за стандартними схемами лікування, залежно від потреб догляду цієї інтенсивності,

- лікарні з амбулаторними реабілітаційними послугами: відновлення працездатності внаслідок хвороби або травми з метою запобігання інвалідності та/або реабілітації інвалідності, до двох на район.

- хоспіси: паліативна допомога та психологічна підтримка невиліковно хворих пацієнтів, по одному на район

- медико-соціальні лікарні/лікарні для людей похилого віку – для надання послуг соціальної, паліативної та хронічної допомоги, кількість яких визначається управлінням охорони здоров'я у відповідних випадках;

- консультативно-діагностичні центри: у складі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та госпіталів для планового лікування стаціонарних хворих або на базі незалежних комунальних амбулаторій;

- об'єднання багатопрофільних та спеціалізованих закладів охорони здоров'я, за винятком високоякісних протитуберкульозних закладів та пологових будинків (понад 1000 пологів на рік)» [85].

Місцева влада планує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності, та приймає самостійні рішення щодо створення, поступового виходу, реорганізації чи перевизначення закладів охорони здоров'я з урахуванням плану розвитку госпітального округу. За створення та функціонування госпітальних округів відповідає Міністерство охорони здоров'я. НСЗУ має й інші, чітко визначені повноваження.

«Переосмислення вторинної медико-санітарної допомоги передбачає

створення різних типів спеціалізованих лікарень, консультаційних та діагностичних центрів у рамках багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та лікарень для планового прийому або на базі незалежних муніципальних амбулаторій та хоспісів» [41].

Реорганізація системи швидкої медичної допомоги передбачає створення в області центру екстреної медичної допомоги та екстреної медичної допомоги, до складу якого входить одна амбулаторія на одну особу в області. Госпітальний район, з мережею підстанцій, які забезпечують доступ пацієнта в місті за десять хвилин і в сільську місцевість за двадцять хвилин.

На третинному рівні (високоспеціалізованих) медичних послуг реформа передбачає, що цей вид допомоги надаватимуть обласні лікарні, вузькоспеціалізовані медичні центри та клініки, якими керують науково-дослідні інститути. З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності потенційного використання обласних лікарень та медичних навчальних закладів IV рівня на базі обласних клінічних лікарень можуть створюватися навчальні лікарні.

«З другої половини 2021 року на регіональному рівні в усіх регіонах України та в місті Києві прийнята Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. Ці центри несуть повну відповідальність за свій регіон – від моніторингу показників до прогнозування, ідентифікації та реагування на надзвичайні ситуації та епідемії. Центр співпрацює з усіма установами області, що діють у сфері громадського здоров'я: департаментами охорони здоров'я, департаментами обласних державних адміністрацій, управліннями освіти, департаментами охорони навколишнього природного середовища та екології, управліннями Державної служби України з надзвичайних ситуацій тощо» [40]

Основними завданнями центрів є, зокрема, забезпечення епідеміологічного нагляду, громадського здоров'я та епідеміологічного благополуччя, захист населення від інфекційних хвороб, профілактика та профілактика неінфекційних захворювань, підтримка біозахисту та біологічного захисту, епідеміологічний нагляд, імунопрофілактика, освіта з питань здорового способу життя та профілактики захворювань. Інфекційних. боротьба з антимікробною

резистентністю, реагування на ризики для здоров'я та кризи у сфері охорони здоров'я тощо.

«Кожна область оцінює та контролює виконання програмних заходів з протидії COVID-19, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та іншим інфекційним захворюванням, забезпечує доступність та якість медичної допомоги тощо» [95].

Масштаб потреб організаційних, фінансових, інформаційних, людських, технічних, технологічних та інших систем охорони здоров'я є недостатнім для задоволення потреб населення, рівного доступу до своєчасної та безпечної та якісної медичної допомоги, зокрема на регіональному рівні. Крім того, кадрове забезпечення сектору охорони здоров'я характеризується відсутністю послідовної стратегії забезпечення сектору необхідним профілем, що призводить до відходу з сектору високопрофесійних фахівців та молодих спеціалістів.

Існує також неоднорідність організаційно-правових методів роботи державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що призводить до диспропорцій у функціонуванні промисловості, неефективного державного управління у сфері охорони здоров'я та ускладнення планування діяльності на всіх рівнях національної системи охорони здоров'я.

Для вирішення цих завдань корисно:

- «розроблення національної програми підтримки ключових напрямів розвитку вітчизняної медицини з урахуванням прогнозування зростання ризику смертності від певних нозологій протягом наступних 10 років.

- розробити та закріпити систему управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я з урахуванням структури регіональних потреб у медичних працівниках, забезпечити її оптимальне розміщення та ефективне використання;

- проводити інформаційні кампанії для підвищення престижу медичного працівника в суспільстві

- запровадження гнучкої тарифної сітки для медичних працівників, які працюють в умовах надзвичайних ситуацій.

- розробка національної програми підготовки медичних працівників за спеціальностями, які, як очікується, будуть найбільш актуальними в найближчі 10

років, з урахуванням вікової структури населення та поширеності професійних захворювань.

- розробка регіональних програм планування кар'єри для медичних працівників у сільській місцевості, зокрема тих, що забезпечують соціально-економічні вигоди у вигляді оплати рахунків за електроенергію, житла, пільгового режиму та горизонтального кар'єрного розвитку» [38].

Ефективності державного управління на регіональному та місцевому рівнях у сфері охорони здоров'я сприяють стратегії розвитку галузі охорони здоров'я в регіонах у часі.

Висновки до розділу 2

Аналіз міжнародного досвіду надання медичної допомоги здійснюється на основі показників, релевантних для оцінки системи охорони здоров'я (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, забезпечення та фінансування охорони здоров'я, кадровий потенціал системи охорони здоров'я), які вважаються найбільш достовірними. Вивчення міжнародних практик на основі Глобального індексу безпеки охорони здоров'я, Legatum Prosperity Index, CEOWorld Health Index, Глобального індексу безпеки здоров'я та результатів опитування світової спільноти показало, що стратегічними цілями функціонування всіх систем охорони здоров'я є забезпечення компетентної системи громадського здоров'я. Узагальнено основні проблеми в системах охорони здоров'я (COVID-19, рак, психічне здоров'я, стрес, ожиріння, діабет, нестача персоналу, доступ до лікування або час очікування, відсутність інвестицій в охорону здоров'я та старіння населення). Виокремлено основні пріоритети у сфері охорони здоров'я: розвиток цифрового здоров'я, телемедицина, стабілізація психічного здоров'я, мобільні медичні послуги, розвиток електронних медичних послуг та компонентів громадського здоров'я, популяризація здорового способу життя для громадян різного віку, реалізація освітніх програм, державних політичних ініціатив та проєктів для розвитку цифрового здоров'я, підвищення цифрових навичок та

компетенцій лікарів і пацієнтів.

Україна довела, що має один із найнижчих рівнів планових щеплень населення у світі, що пов'язано з високим рівнем недовіри до неї та відсутністю необхідної кількості вакцин. Висвітлено плани реформування системи охорони здоров'я в Україні, які реалізуються урядом для забезпечення та підтримки здоров'я населення.

Порівняльний аналіз результатів впровадження державних механізмів у сфері охорони здоров'я під час пандемії в Румунії, Молдові, Угорщині, Словаччині, Польщі та Україні виявив фактори ризику (надзвичайний стан, радіологічний фон, новий коронавірус, водопостачання, вірус віспи мавп, інфекційні захворювання, харчові отруєння). За результатами оцінки доступності послуг, ефективності та стійкості систем охорони здоров'я Словаччину можна визначити як таку, що має найбільш ефективну державну політику щодо реформування сектору охорони здоров'я.

Він аналізує наслідки повномасштабного військового вторгнення Росії на територію України та заходи, які вживає уряд для оптимізації роботи медичних закладів. Вносяться зміни до стратегічних пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я України у воєнних та післявоєнних умовах: зменшення кількості травматизму, забезпечення здоров'я матерів та новонароджених, лікування хронічних та неінфекційних захворювань, ризику виникнення та поширення інфекційних захворювань, питання захисту (ризик торгівлі людьми, гендерно зумовлене насильство), психічне здоров'я Здоров'я та психосоціальна підтримка, технологічні ризики та ризики для здоров'я, потенційні ядерні та хімічні ризики, глобальне управління, управління та комунікація COVID-19, реалізація яких стане основою для транскордонного регулювання.

У ньому підсумовано основні зміни для сфери охорони здоров'я в контексті децентралізації: перехід від модернізації на муніципальному рівні (міста, муніципалітети); необхідність спільної роботи територіальних громад для досягнення спільних цілей; виключення надходжень до бюджету та бюджетних повноважень у сільській місцевості.

При трансформації механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні показано, що важливо налагоджувати спільну взаємодію з відповідними інституціями. Визначено пріоритетні сфери, до яких суспільство має бути залучене до трансформації регуляторних механізмів громадського здоров'я, та запропоновано алгоритм дій для забезпечення ефективної системи громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. Визначено ключові напрями подальшої трансформації охорони здоров'я у зв'язку з децентралізацією в Україні: запровадження показників ефективності роботи керівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я; налагодити ефективну систему контролю за наданням медичної допомоги за Програмою медичних гарантій.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РИЗИКОЗАХИЩЕНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ СФЕРИ

3.1. Підвищення ефективності механізмів управління ризиками в закладі охорони здоров'я

Показники розвитку медицини в цілому та сфери охорони здоров'я є одними з найважливіших індикаторів сталого розвитку будь-якої країни. У сучасних соціально-економічних реаліях ця вітчизняна галузь вважається одним із пріоритетних напрямків реформування соціально-суспільного середовища. У той же час динаміка змін ринкових, державних, фінансово-економічних механізмів вимагає відповідних змін в методах управління ризиками в промислових інститутах. У цих умовах першочерговим завданням управління ризиками в охороні здоров'я є не тільки ефективне використання обмежених ресурсів, а й необхідність зміни парадигми управління. Принципи підприємництва поширюються не тільки на приватні суб'єкти сфери охорони здоров'я, а й необхідні для бюджетних (державних) установ, які перетворені в некомерційні комунальні підприємства. У цьому типі системи управління необхідно використовувати маркетингові інструменти: бізнес-планування, новітні механізми і ресурси фінансового і стратегічного управління і т.д.

Сучасний стан та умови функціонування національних медичних закладів зумовлюють необхідність створення ефективних сучасних систем управління захворюваннями та впровадження дієвих, економічно вигідних механізмів управління ризиками в цих закладах. Це стосується як галузевої системи державного управління, так і концепцій внутрішнього управління: «Сучасний управлінець повинен оволодіти новими методами організації та управління, перш за все, управлінням ринком або мережею послуг, спрямованих на охорону здоров'я населення; активне управління якістю поза організацією; фінансовий менеджмент, спрямований на ефективність організації» [61]. Гіпотеза пропозиції ґрунтується на

припущенні, що «впровадження сучасних та практичних механізмів управління ризиками у вітчизняних закладах охорони здоров'я дозволить вирішити частину існуючих проблем, зокрема щодо стабілізації їх економічної діяльності» [61].

Невизначеність щодо поточного та майбутнього стану зовнішнього середовища призводить до трансформацій у внутрішньому організаційному управлінні більшістю підприємств різних галузей економіки з урахуванням медичної та медичної галузей. На тлі нестабільної економіки вона все більше впадає в стагнацію, відбувається зменшення субсидій, державних і міжнародних програм, знижується платоспроможний попит населення на медичні послуги. Завдяки синергетичному ефекту цих та інших факторів формування ефективної системи управління наразі є надзвичайно важливим завданням не лише для українських медичних закладів, а й для країн, які вважають себе розвиненими. Охорона здоров'я – «це особлива галузь публічної сфери, яка, на відміну від комерційних фінансових структур, дуже ускладнює гнучке та гнучке управління. З чисто внутрішнього управління він поставив «подвійне завдання»: надавати послуги, необхідні для підтримки здоров'я нації, організовуючи при цьому прибуткову роботу свого медичного закладу, щоб уникнути ризиків» [61].

Прийнято вважати, що «параметри завдань механізмів всіх систем управління не можуть бути точно визначені, оскільки кожна організаційна структура має особливості своєї діяльності і різні способи її роботи (галузеві, територіальні, ментальні та інші компоненти). При цьому існує ряд науково обґрунтованих і перевірених в польових умовах рекомендацій щодо відповідності принципам визначення функціональних завдань обраної системи механізмів, а також їх характеристик і критеріїв отримання результатів» [85]. У теорії і практиці досліджень представлені різні механізми і інструменти організації самої системи управління, в тому числі і для управління системою охорони здоров'я. Якщо коротко, то «вибір інструментів наділяє їх основними управлінськими функціями, визначеними в операційній діяльності колекторських товариств різних галузей економіки (державна, приватна, нетрадиційна/народна медицина) з метою досягнення мети збереження та зміцнення здоров'я населення України» [70].

У сучасних і складних концепціях менеджменту інструменти і механізми являють собою сукупність методів управління і ресурсів, які пов'язані через суспільство цільової компанії. «На основі сформульованих механізмів реалізується спрямованість і конкретні параметри заходів контролю. Проблема розробки системного механізму в охороні здоров'я полягає в тому, що в Україні існує суб'єктивна структура державних і приватних медичних закладів» [5]. Управління державними або приватними медичними установами визначається системою державного управління медициною і змістом завдань управління в цих установах. У сучасних дослідженнях запропоновано «комплекс найкращих практик підвищення ефективності механізмів у типових ситуаціях з метою розробки системного підходу до управління державними та приватними медичними закладами» [25].

Дослідження рівня ефективності системи менеджменту ґрунтується на розумінні природи терміна «механізм управління» та показників вимірювання та оцінки практичної ефективності існуючої системи менеджменту: «Ефективність механізму управління є частиною ефективності діяльності організації» [27]. Сенс цієї оцінки полягає в тому, що обрані механізми здійснюють управлінські рішення і використовують в результаті інші засоби організації технологічної роботи та інших видів діяльності. Для визначення рівня ефективного управління змінні компоненти механізму системи вимагають формалізації їх цілей, завдань, основних завдань і принципів дії. Найбільш точні орієнтири по вибору кожного інструменту враховуються цілями управління даної компанії і визначаються на основі стратегії її розвитку.

Внутрішньогосподарський механізм управління ризиками в закладах охорони здоров'я, як і в багатьох інших видах діяльності, розглядається як система свідомої взаємодії адміністративної професії (керівного органу установи, який має повноваження приймати рішення щодо організації своєї діяльності та формування напрямків довгострокового розвитку). З урахуванням соціального змісту і важливості функціонування охорони здоров'я встановлюється цільова система, яка мало відрізняється від змісту механізмів системи управління. Ефективне

функціонування комерційної установи не може здійснюватися виключно з отриманням прибутку, навіть якщо медичний заклад є комерційною організацією. Механізми управління промисловими інститутами складають основу основних принципів державного регулювання, які регулюються сукупністю правил, законів і певних процедур регулювання діяльності, в тому числі управлінських рішень (механізмів внутрішнього контролю). На рисунку 3.1 окреслено типовий механізм управління закладами охорони здоров'я незалежно від форм власності, який включає такі елементи: місію, ієрархію цілей, систему загальнонаукових принципів та конкретних принципів управління, функціональні та допоміжні підсистеми, фінансові важелі та стимули.

Механізм управління фінансами закладів охорони здоров'я складається з двох підсистем: функціональної та підтримуючої. У першому випадку регулювання є найважливішим завданням, оскільки надання медичних послуг потребує авторизації, а технологічна складова регулюється єдиними клінічними протоколами надання медичної допомоги. Структура існуючих механізмів управління громадським здоров'ям відповідає комплексному управлінню системою. Потреби сучасної практики зумовлюють пошук нових форм загального регулювання та управління охороною здоров'я (економічна складова та підвищення якості і доступності послуг). «У звичних для сьогодення реаліях координація діяльності закладів охорони здоров'я потребує реорганізації всієї фармацевтичної галузі, зокрема шляхом застосування нових економічних принципів ефективного управління» [27].

Система державного управління охороною здоров'я є надзвичайно складною, тому необхідно системно підходити до вивчення об'єктів, механізмів та факторів впливу. Це доцільно «розглядати як передумову для встановлення основних принципів створення гнучкого та адаптивного управління для державних медичних організацій та приватних медичних закладів. У загальному вигляді механізми системи державного управління охороною здоров'я слід розглядати в координатах розмежування сутності державного управління фармацевтичною галуззю та форм його реалізації в контексті суб'єктно-об'єктних відносин» [27].

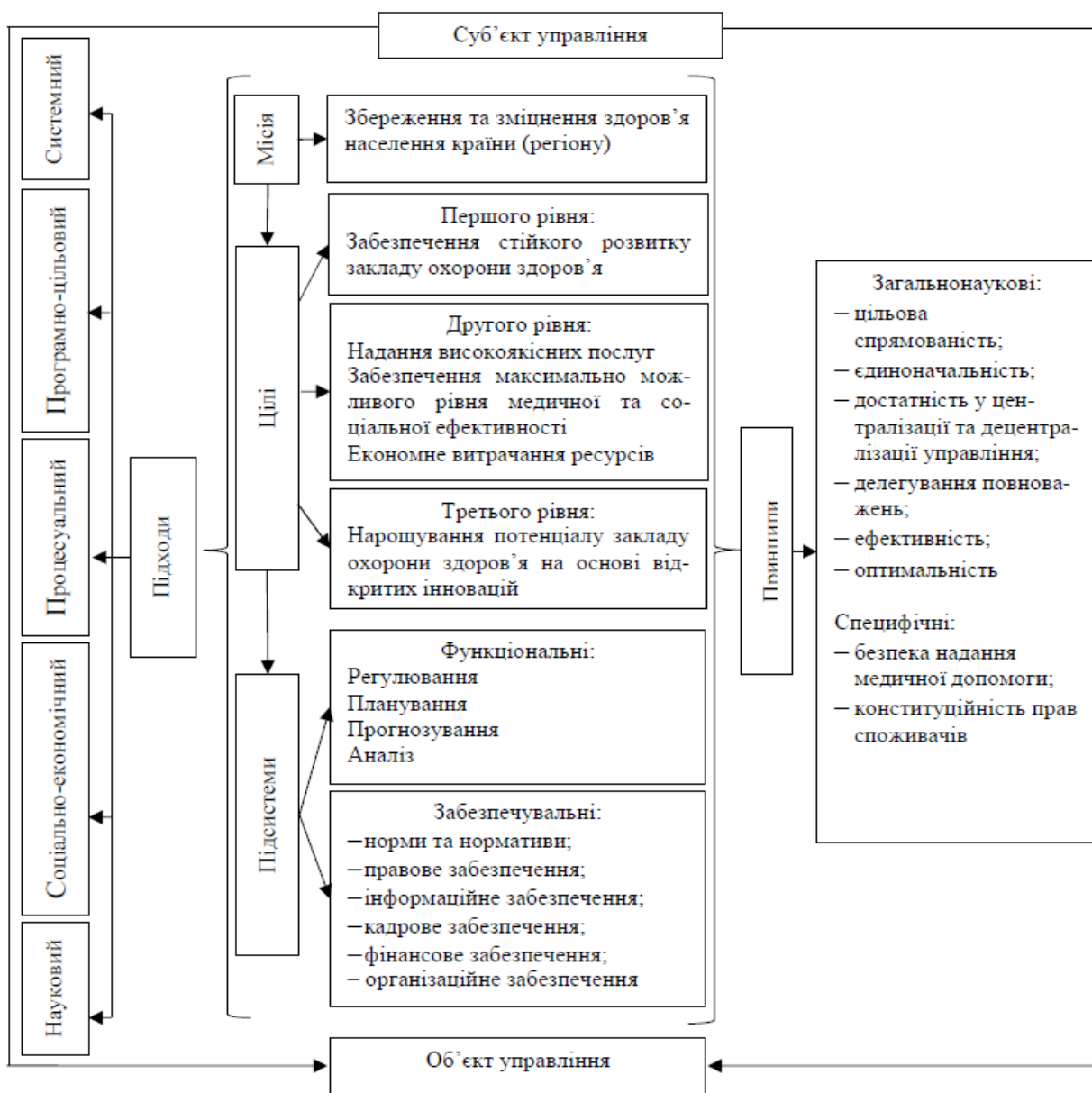


Рис. 3.1. Огляд системи управління фінансами закладів охорони здоров'я
Примітка: Створено автором за [6]

Їх пріоритети і паритети служать основою для визначення основних складових всього державного апарату і внутрішньогосподарської діяльності. Зазначені загальні компоненти вимагають розробки більш деталізованих і практико-орієнтованих механізмів управління, а також розробки конкретних критеріїв оцінки їх ефективності, результативності та кореляції з реальними соціально-економічними умовами. Що стосується внутрішнього управління, то необхідно знаходити нові форми впливу на державне управління шляхом удосконалення цих механізмів. Державне управління охороною здоров'я в сучасних умовах передбачає використання суб'єктно-об'єктних відносин з покладанням наступних

функцій:

- «Державне управління охороною здоров'я є одночасно і механізмом, і формою реалізації суспільних інтересів.
- Правові норми та державні механізми безпосередньо впливають на організаційно-розпорядчу складові будь-якого медичного закладу, оскільки проявляються у формі загальноадміністративно-господарського закладу.
- Цілями державного управління в охороні здоров'я є певні суспільні відносини і відносини всередині самої організаційної системи, тобто відносини між різними органами державної влади і медичними установами» [6].

Науковці та вітчизняні фахівці сходяться на думці, що при побудові системи управління фармацевтичною галуззю доцільно використовувати зарубіжний досвід. Основні принципи розробки національних і регіональних програм базуються на елементах і принципах підготовки систем управління охороною здоров'я в розвинених країнах. У літературі та в аналітичних оглядах зазначається, що «зарубіжний досвід управління компаніями охорони здоров'я демонструє ефективність зарубіжних практик» [45]. У світовій економічній практиці ряд країн розробляють відповідну модель управління в цій сфері, спрямовану на ефективність загальної системи управління і забезпечення високого рівня охорони здоров'я для членів суспільства.

У всіх без винятку країнах «охорона здоров'я є одним із пріоритетів соціальної політики будь-якої держави і в багатьох випадках однією зі складових національної безпеки» [61]. У зарубіжних концепціях управління охороною здоров'я базовою основою є припущення, що ця сфера має самостійне значення і є важливою частиною загального потенціалу країни. Тому велика увага приділяється як державній політиці, так і побудові практичних моделей оптимізації витрат державних і приватних структур компаній. В Україні цей аспект оновлюється з появою безлічі приватних медичних закладів, а також регіональних некомерційних організацій з конкретним цільовим напрямком в медицині та охороні здоров'я. При засвоєнні іноземних знань необхідно враховувати особливості громадянського суспільства і, перш за все, можливості державного бюджету щодо фінансування

медичної галузі.

Прикладом системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги соціально орієнтованому населенню є американська приватна система, що характеризується високою соціальною відповідальністю за збереження здоров'я населення. Для того, щоб висвітлити зарубіжний досвід як можливі орієнтири для побудови української системи охорони здоров'я або використання окремих елементів у тих чи інших системах, ми надамо короткий опис та зміст деяких програм. Американська програма під назвою Medicare поширюється на людей з обмеженими можливостями, а також на деяких людей, які мають право на допомогу по соціальному забезпеченню.

Впровадження новітніх технологій з використанням медичних аналітичних та інформаційних систем також широко обговорюється в медичних наукових колах, державних установах, медичних установах та системах охорони здоров'я. «Наприклад, проекти в рамках бізнес-методології Microsoft і Intel часто представляються компанією Asklepios в Німеччині. На основі цих проектів було реалізовано національну та міжнародну програму реформування системи охорони здоров'я «Асклепій – лікарня майбутнього». В результаті практичної реалізації даного проекту приватні медичні організації в рамках програми «Клініка майбутнього» розробили ряд раціональних рішень, заснованих на гнучкій адаптації кожного медичного закладу, незалежно від його розміру і спеціалізації, до конкретних параметрів програми. Міжнародний досвід удосконалення медичної системи базується на кількох складових» [61]. Наприклад, європейські країни застосовують принцип соціальної збалансованості на національному рівні, тобто забезпечення доступності медичної допомоги, яка не залежить від платоспроможності певних груп населення, і широке впровадження соціального медичного страхування.

Найбільш перспективною стратегією розвитку охорони здоров'я залишається стратегія зміцнення первинної медико-санітарної допомоги, висока соціально-економічна ефективність якої продемонстрована світовою практикою. У більшості скандинавських країн «принцип сімейної медицини та сімейної медицини став

пріоритетним для розвитку первинної медико-санітарної допомоги. У літературі наводяться статистичні дані про ефективність застосування цієї практики в країнах із затяжними соціально-економічними кризами» [62]. Організація побудови системи охорони здоров'я на основі впровадження інституту «лікарі загальної практики» набула поширення в багатьох країнах. Також хочемо відзначити сумнівний результат впровадження такої складової в медичній сфері та у сфері охорони здоров'я в Україні.

Розвиваючи вищесказане, слід зазначити, що подальший розвиток принципу загальної медицини в європейських країнах рухається в бік формування медичних асоціацій (центрів). У Німеччині, наприклад, створені великі лікувально-профілактичні установи. Позитивним аспектом цих державних програм є те, що новостворені партнерства надають первинну медичну допомогу, діагностичні послуги та спеціалізовану допомогу. Спираючись на вищевикладений зарубіжний досвід, можна зробити деякі висновки і дати деякі практичні рекомендації для використання при розробці методів лікування в Україні. Перш за все, скажемо, що основою підвищення ефективності вітчизняної медичної галузі є створення системи управління, адаптованої до українських умов та ефективної на практиці (на державному рівні та на рівні конкретного медичного закладу чи асоціації). Аналіз зарубіжного досвіду показує, що така система управління не може бути побудована без відповідної організації єдиного інформаційного простору. Тому, перш за все, необхідно для української практики сформулювати заходи щодо впровадження медичної інформаційної системи та аналізу і моделювання бізнес-процесів в основній медичній діяльності. Досвід зарубіжних країн показує, що ці медичні інформаційні системи побудовані на основі декількох модифікованих варіантів, а тому вибір одного з них вимагає адаптації до специфіки національного середовища.

У механізмі управління ризиками закладів охорони здоров'я в сучасних умовах необхідно посилити ефект фінансового менеджменту функціональними варіантами, а також специфічними функціями, що вказують на сферу впливу менеджменту в економіці закладу охорони здоров'я. Звичайно, закони економіки

не здаються такими чіткими в інститутах цієї галузі, як в структурах ринку, але нехтувати ними не можуть сучасні промислові інститути. Продовжуючи дотримуватися бюджету, бажано використовувати бюджети або фінансові плани як гнучкі інструменти сучасного управління фінансами, в тому числі з огляду на нові підходи та принципи діяльності фінансових інститутів у секторі. Це і заощадження від місцевої влади та благодійних фондів, і благодійні пожертви, і пожертви юридичних та фізичних осіб. З'являються й інші інноваційні джерела фінансування, зокрема створення державно-приватного партнерства у формі фасіліті менеджменту та можливість створення спеціалізованого фасіліті менеджменту, інструменти якого дозволяють передавати на аутсорсинг несуттєві функції закладу охорони здоров'я. В інститутах виникає потреба в постійному критичному аналізі ситуації, що швидко змінюється, у своєчасному прийнятті якісних управлінських рішень, а в деяких випадках і в запровадженні антикризового управління.

Система управління ризиками медичних закладів, яка адаптується до реальних умов, безпосередньо впливає на результати їх діяльності. Ця адаптивна система управління включає в себе відповідним чином підібрані методи управління. Методи раціонального використання обмежених ресурсів, впроваджені в цю систему, безпосередньо впливають на рівень показників ефективності, які, в свою чергу, є основним джерелом розвитку медичного закладу і фінансових можливостей підвищення кваліфікації співробітників.

3.2. Оптимізація сучасного інструментарію управління ризиками в закладі охорони здоров'я

Для забезпечення ефективного функціонування КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» з використанням ризик-орієнтованого менеджменту запропоновано використовувати сучасні інструменти управління ризиками, сформовані на основі комплексу прийомів, методів та методологічних і технічних принципів, які тісно взаємопов'язані та відповідають потребам

сучасного закладу охорони здоров'я.

Одним із запропонованих методів забезпечення належного функціонування компанії є використання реєстру ризиків та карти ризиків.

«У реєстрі визначаються фактори ризику, які можуть виникнути, можливі ризикові явища та їх наслідки, яким може піддаватися установа, а також заходи, вжиті для управління інформаційними ризиками. За загальним правилом, реєстр достатньо деталізований при налаштуванні системи управління ризиками для всіх видів ризиків, включаючи їх причинно-наслідковий зв'язок» [85]. Крім того, кожен ризик, зафіксований у реєстрі, слід класифікувати відповідно до ймовірності настання ризикової події та оцінки потенційного збитку. Ця класифікація служить основою для створення карти інформаційних ризиків. Загалом, карта ризиків є потужним інструментом для аналізу та визначення пріоритетів. Ідентифікація ризиків, у тому числі інформаційних, відіграватиме важливу роль в оцінці стратегічних дій, передбаченні та плануванні діяльності установи. Процес розробки складний і часто вимагає втручання зовнішніх консультантів.

Для забезпечення системного підходу до управління ризиками існує ряд необхідних документів, таких як [6]: 1. «політика управління ризиками; 2. стандарт управління бізнес-ризиками; 3. підходи до управління ризиками (регуляторні формати, формати звітності) 4. виявлення ризиків; 5. регулювання діяльності підрозділу управління ризиками 6. посадові інструкції, що включають функції управління ризиками; 7. визначте ризики» [6].

Реєстр ризиків є одним з найважливіших документів, який регулює підрозділ управління ризиками або управління ризиками в його діяльності. Тому необхідно знати, що являє собою цей документ. Реєстр ризиків – «це документ, що містить результати якісного та кількісного аналізу ризиків та план готовності до ризику. Реєстр ризиків забезпечує візуальне представлення всіх виявлених ризиків і включає опис, категорію, причину, ймовірність, вплив на цілі, показники прогнозного реагування, зацікавлені сторони та поточний статус. Реєстр ризиків є частиною плану управління ризиками закладу охорони здоров'я» [85].

Виявлення ризиків та наявність дійсно об'єктивної картини існуючих ризиків

є основою ефективного управління ризиками, що допомагає досягати цілей загальної лікарні швидкої медичної допомоги міста Тернополя. «В результаті ідентифікації ризиків створюється реєстр ризиків з переліком виявлених ризиків; заходи, які заклад охорони здоров'я очікує від них, основні джерела виявлених ризиків та додаткові категорії, запропоновані в контексті процесу дослідження» [6]. Ідентифікація ризиків – «це інструмент для виявлення та ідентифікації потенційних побічних явищ, які можуть мати негативний вплив на досягнення цілей, поставлених перед установою та її окремим персоналом, а також для визначення напрямку та необхідності вдосконалення процесу управління ризиками» [82]. Ідентифікація ризиків дає можливість підвищити довіру до виконання поставлених завдань шляхом отримання огляду ризиків та їх основних характеристик, визначення балансу ризиків між ними, пріоритизації рівня ризику установи, збереження обізнаності про ризики та методи управління ними і зосередитися на найбільш критичних ризиках.

Заклад охорони здоров'я визначає потенційні події, які можуть вплинути на організацію, і визначає, чи представляють вони можливості чи ризики. Побічні ефекти – це ризики, які необхідно швидко оцінити та вжити заходів. Події з позитивним впливом – це можливості, які враховуються при розробці стратегії та постановці цілей на майбутнє. При виявленні інцидентів враховуються різні внутрішні та зовнішні фактори, які можуть призвести до ризиків та створити можливості у всій організації. Кожен співробітник організаційного підрозділу безперервно виявляє і оцінює ризики, які впливають на досягнення поставлених перед організацією цілей і, зокрема, для кожного працівника. Кожен працівник висловлює свою думку щодо наявних ризиків в анкетах або в інших заходах, що проводяться підрозділом ризик-менеджменту, спрямованих на виявлення та оцінку ризиків у КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги». «Реєстр ризиків переглядається, оновлюється або доповнюється щорічно в міру надходження інформації про ризики від структурних підрозділів підприємства шляхом виявлення нових ризиків або зміни статусу існуючих ризиків підрозділу управління ризиками підприємства. Якщо новий ризик додається до

реєстру ризиків або коли існує існуючий ризик з потенційним впливом, що перевищує рівень стримування, і з високою ймовірністю виникнення, організаційний підрозділ, відповідальний за управління ризиками, повинен звернути увагу на інформацію про ризики установи та запропонувати звести її до мінімуму» [85]. Ця інформація зберігається в реєстрі в процесі ідентифікації. Крім того, документація містить поля, які заповнюються під час подальшого документообігу, особливо під час оцінки та обробки ризиків. Ви визначаєте: ймовірність виникнення ризику; тяжкість наслідків, можливі заходи регулювання та фінансування цього ризику: способи управління рівнем ризику та ефективність управління.

«На підставі виявлених інцидентів складається реєстр ризиків, систематичний перелік всіх ризиків, з якими стикається організація.

Щорічно департамент управління ризиками представляє керівництву реєстр ризиків на консолідованій основі в спеціальній формі» [59] (рис. 3.2).

Процес ідентифікації ризиків у системі охорони здоров'я є невід'ємною частиною успішного впровадження ризик-орієнтованого менеджменту в роботу системи охорони здоров'я. Однак існує ряд перешкод для реалізації такого підходу:

- «відсутність організаційної культури оцінки результатів ризик-менеджменту;
- низький рівень навичок управління ризиками;
- брак часу та ресурсів для підтримки процесу;
- низький рівень підтримки з боку вищого керівництва;
- відсутність підготовки, знань та інструментів у персоналу;
- відсутність чітких інструкцій для керівників середньої ланки;
- відсутність мотивації у тих, хто залучений до процесу;
- неефективна комунікація» [74].

Аналогічно в результаті аналізу виявлено основні недоліки інтеграції ризик-орієнтованого менеджменту в закладі охорони здоров'я: несистемне управління ризиками; неповне визначення ризиків. Для ефективного управління ризиками необхідно не тільки визначити, що сталося і як це позначилося на ситуації, а й

виявити, які вразливості сприяли виникненню ризикованих подій. Інакше, не буде зрозуміло, звідки походять ризики і чому вони реалізуються.

Реєстр ризиків										
№	Ризик для досягнення поставлених задач/цілей	Причини виникнення ризику	Опис можливих наслідків від реалізації ризику	План заходів з реагування на ризики		Оцінка ефективності дій на випадок реалізації ризику	Оцінка ризику (залишковий ризик)			Власник ризику
				Попереджувальні заходи	Особа підрозділ, відповідальний за захід		Ймовірність реалізації ризику	Оцінка впливу негативних наслідків від реалізації ризику	Рейтинг ризику	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

РОЗРОБЛЕНО:

керівник підрозділу _____ підпис _____ підпис _____ П.І.Б.

ПОГОДЖЕНО:

керівник підрозділу _____ підпис _____ підпис _____ П.І.Б.

Рис. 3.2. Реєстр ризиків

Примітка: Створено автором за [59]

«Селективне управління ризиками. Будь-який вид діяльності пов'язаний з ризиками: ринковими, інформаційними, кредитними тощо.

Зосередьтеся на дрібних ризиках (помилках у пріоритизації ризиків).

Неефективна стратегія управління ризиками. Використання різних стандартів управління ризиками, різних обов'язків систем менеджменту» [59].

Одним з етапів управління ризиками є їх систематизація, яка допомагає досягти наступних цілей [59]:

«створити уніфіковану систему класифікації та оцінки ризиків, яка сприяє ефективному порівнянню рівня ризикованості різних об'єктів (бізнес-процеси, структурні підрозділи, проекти тощо);

розробити оптимальні методи та технології кількісного аналізу ризиків;
забезпечити послідовну та ефективну стратегію управління та моніторингу ризиків на всіх рівнях організації» [59].

Для цього використовується реєстр ризиків, який містить повний перелік усіх

внутрішніх та зовнішніх ризиків, яким піддається організація. «Реєстр ризиків складається відповідно до Стандарту управління ризиками підприємства, перевіряється та затверджується періодично. Реєстр ризиків також має враховувати взаємодію між ризиками. Тобто, в реєстрі ризиків організації має бути вказано причинно-наслідковий ланцюг між ризиками, що входять до реєстру ризикованих подій компанії» [59].

- Для того, щоб зменшити наслідки ризику, якщо його виникнення не можна запобігти або знизити, застосовується стратегія створення запасів і резервів. Цей ризик враховується у плані дій, який інтегрується до реєстру ризиків, де вказуються заходи для впорядкування ситуації у разі кризи. Реєстр ризиків може мати різну форму, але зазвичай він містить поля, які описують для кожного ризику такі характеристики:

- «категорія за різними класифікаційними ознаками;
- основні причини ризику
- опис небезпечних подій
- а) види несприятливих подій, що впливають на реалізацію ризику;
- перелік факторів, що впливають на ймовірність ризиків (фактори ризику);
- співробітники або відділ, відповідальний за управління цим ризиком.

Реєстр ризиків оновлюється на підставі інформації якісного аналізу ризиків:

- перелік пріоритетних ризиків для проекту;
- ризики, згруповані за категоріями;
- перелік ризиків, які необхідно усунути без зволікань;
- перелік ризиків для подальшого аналізу та втручання;
- перелік непріоритетних ризиків, що підлягають моніторингу;
- аналіз результатів якісного аналізу ризиків» [59].

Для багатьох підприємств ефективним та доступним способом контролювати ризики є розробка карти ризиків. Організації можуть використовувати цей інструмент управління ризиками при стратегічному плануванні, нових інноваційних проектах та інших ситуаціях. Метод розробки карт ризиків дозволяє оперативно та стисло оцінити потенційні ризики при впровадженні управлінських

рішень організації.

За допомогою стандартної методології картографування ризиків можна досягти наступних цілей:

- «визначення та відокремлення ризиків;
- розставлення ризиків за пріоритетами;
- здійснення оцінки ризиків та їх розподіл за категоріями» [60].

Важливим є той документ, який стосується карти ризиків як важливого документа для закладів охорони здоров'я. У тексті розглядаються складові карти ризиків, такі як класифікація ризиків, матриця ризиків і додаткова інформація, отримана в ході первинного аналізу в рамках процесу управління на основі оцінки ризиків. Також зазначається, що карта ризиків має бути офіційно погоджена керівництвом компанії і що вона є одним з найпопулярніших інструментів в управлінні ризиками підприємства (ERM), комплексна система управління ризиками.

Далі текст описує процес розподілу ризиків, який полягає у виявленні потенційно небезпечних ситуацій в організації в різних сферах її діяльності: технологічному, інформаційному, економічному, фінансовому, особистому та ін. У тексті згадується, що для картографування ризиків зазвичай використовуються спеціальні анкети, на основі яких формуються карти ризиків. Інформація для анкет береться з двох джерел: документації і персоналу.

Карта ризиків - це графічне зображення небезпеки (рис. 3.3). Карта ризиків дозволяє виявити, оцінити і мінімізувати ризики, які можуть вплинути на досягнення цілей компанії. Карта ризиків має форму таблиці, де по вертикалі розташовані об'єкти ризику, а по горизонталі - види ризиків, які можуть бути внутрішніми або зовнішніми. На перетині об'єктів і видів ризиків вказуються їх можливий вплив і ймовірність. Карта ризиків допомагає наочно показати, як ризики впливають на об'єкти і як їх можна запобігти або зменшити. Карта ризиків може бути двовимірною або тривимірною, що дозволяє враховувати часовий фактор і розглядати різні сценарії. Карта ризиків є важливим інструментом для ризик-орієнтованого управління в системах охорони здоров'я, але для того, щоб

ефективно використовувати її, потрібно дотримуватися певних правил і процедур.

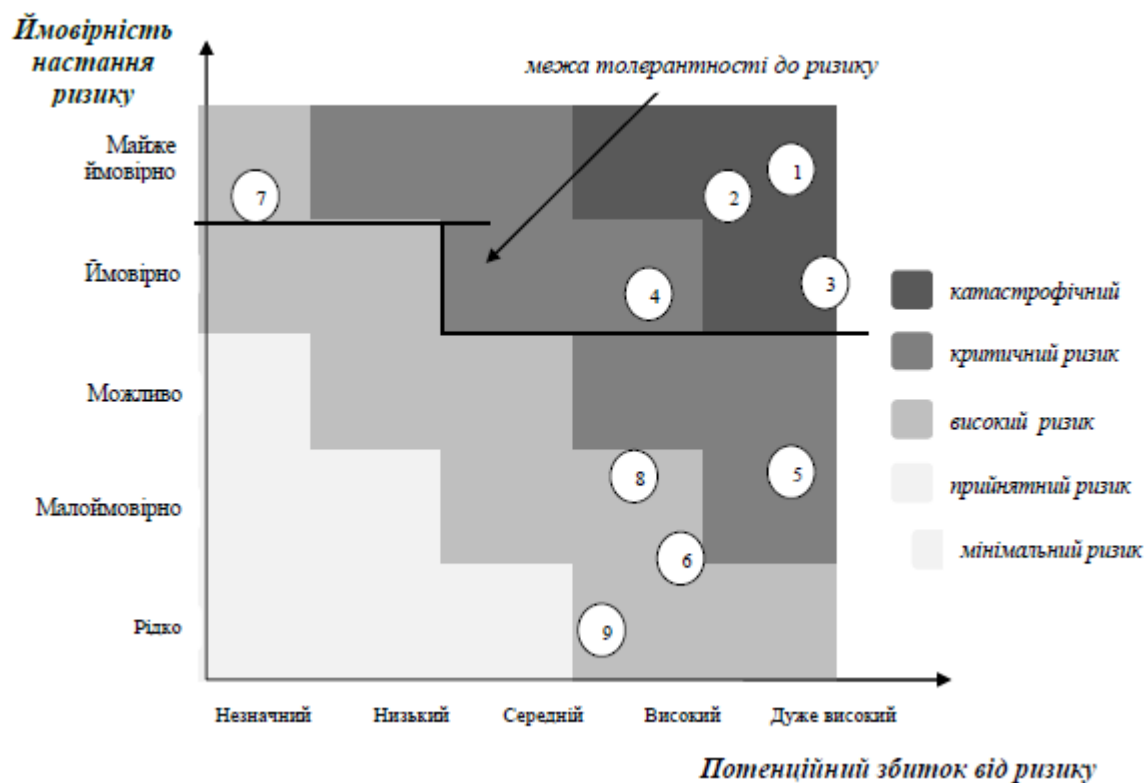


Рис. 3.3. Карта ризиків

Примітка. Самостійно складено автором.

На карті показано всі ризики, які були виявлені та визначені як найбільш важливі. Ризики розподілено за ділянками, які мають різне кольорове кодування.

1) «площа - катастрофічні ризики для підприємства, або через високу ймовірність виникнення, або через можливість серйозних збитків, які можуть мати дуже негативний вплив на фінансову спроможність підприємства; можливість неплатоспроможності;

2) Поле: критичні ризики, які можуть призвести до значних матеріальних та фінансових втрат

3) Сфера застосування: високий ризик, який може завдати значної економічної або матеріальної шкоди організації;

4) Сфера застосування: прийнятний ризик із середньою ймовірністю настання або середнім потенційним впливом на економічну стійкість

5) Територія: ризики, які навряд чи виникнуть та/або не мають значного впливу на економічну стійкість» [59].

«Для кожного ризику, який може виникнути в процесі реалізації проекту, карта ризиків надає детальну інформацію про його джерело, характер та наслідки. Крім того, карта ризиків визначає ролі та обов'язки всіх зацікавлених сторін, які повинні брати участь у запобіганні та усуненні ризиків. Зокрема, карта ризиків описує заходи, які спрямовані на зменшення ймовірності виникнення ризиків або на мінімізацію їх негативного впливу» [60].

Одним з ключових елементів ризик-орієнтованого управління є систематичний моніторинг та аналіз ризиків, які були виявлені та оцінені в процесі оцінки ризиків. Це дозволяє перевіряти, чи застосовуються належні та ефективні заходи щодо запобігання та зменшення ризиків у сфері охорони здоров'я, а також чи потребують вони коригування або модифікації. За допомогою моніторингу та аналізу можна також оновлювати інформацію про ризики, враховуючи зміни у внутрішньому та зовнішньому середовищі, а також визначати нові ризики та можливості для покращення управління ризиками. Метою моніторингу та аналізу є підтримка оптимального рівня управління ризиками, виявлення слабких місць у процесах управління ризиками та пошук шляхів для їх усунення або мінімізації в медичних закладах.

З урахуванням нових видів ризиків, що виникли внаслідок цифрової економіки та інформаційних технологій, заклад охорони здоров'я має модернізувати свої інструменти ризик-орієнтованого управління. Це стосується аналітичної роботи з виявлення, оцінки та класифікації ризиків, для якої необхідно оновити реєстр та карти ризиків, що надаватимуть якісну інформаційну підтримку прийняття рішень. Також важливо визначити залишковий ризик, який може залишатися після застосування всіх можливих заходів з управління ризиками та становити загрозу для системи охорони здоров'я. Для його мінімізації слід розробити альтернативні сценарії контролю заходів, які будуть адаптовані до конкретних обставин. Окрім того, ризик-орієнтоване управління має бути спрямоване не тільки на нейтралізацію існуючих та очевидних ризиків, а й на покращення загальної організації управління ризиками в рамках системи управління закладом охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

Концепція системної трансформації управління розвитком медичних закладів України має бути сформована як побудова оптимальної моделі суттєвих змін в управлінні. Ця концепція має на увазі постійний просторовий аналіз змін ситуації з метою адаптації системи управління до мінливих соціально-політичних і економічних умов. Побудова механізмів управління повинна включати системний підхід, оскільки цей підхід являє собою сукупність взаємозалежних елементів і адаптує систему управління до ресурсів та інформації. Це дає змогу закладу охорони здоров'я адаптуватися до мінливих політичних, економічних, соціально-демографічних та культурних умов. На нашу думку, такий підхід є найбільш ефективним у нинішніх умовах системи охорони здоров'я, оскільки дозволяє ефективно впроваджувати на практиці елементи фінансового управління медичними закладами з урахуванням реформаторських заходів національної системи охорони здоров'я.

Процес управління окремим закладом охорони здоров'я входить в параметри державної системи управління і регулювання і тісно пов'язаний між способами забезпечення населення розмірами і якістю послуг, що надаються. Однак нинішня система управління, яка поєднує державні та внутрішні економічні механізми, вже не здатна виконувати процеси ефективного фінансового управління медичними закладами: потрібні фінансові інструменти та важелі, адаптовані до поточних умов роботи. На нашу думку, перспективним напрямком подальших досліджень цієї теми має стати насамперед аналіз дій влади, які сприяють можливостям ефективного функціонування медичних закладів у різних організаційно-правових формах. Сюди входять процеси формування стратегічно оптимального рівня фінансування закладів та організацій охорони здоров'я, який розраховується на основі фінансового індексу медичної галузі. Ці дослідження повинні враховувати питання обов'язкового та приватного страхування, прямої оплати медичних послуг, оподаткування шкідливих для здоров'я товарів (тютюнових та алкогольних виробів) та встановлення максимально можливої заробітної плати для медичного персоналу виходячи з сучасної вартості ліків та медичних робіт.

ВИСНОВКИ

На основі дослідження теоретичних засад формування та розвитку системи захисту від ризиків організації публічного простору можна зробити такі висновки.

Суть ризик-менеджменту полягає у виявленні потенційних відхилень від очікуваних результатів та управлінні цими відхиленнями з метою поліпшення прогнозу, зниження втрат та підвищення обґрунтованості прийнятих рішень. Управління ризиками - це процес виявлення перспектив і можливостей для поліпшення і запобігання або зниження ймовірності несприятливих подій. На нашу думку, бажано проявити ініціативу створення в громадських організаціях відповідних окремих інституцій з експертами з управління ризиками, яким слід довірити внесення пропозицій щодо розробки ризик-політик і стратегій. Концепції управління ризиками в різних сферах.

Слід нагадати, що неможливо в достатній мірі впровадити ризик-орієнтований підхід у державному управлінні без попереднього проведення якісної інформаційної кампанії, спрямованої на державних службовців та громадські організації. Іншими словами, першим кроком має бути забезпечення розуміння комунальними підприємствами природи та етапів управління ризиками, а також визначення типів ризиків, яким вони можуть піддаватися.

Слід зазначити, що досвід інших країн у впровадженні методології управління ризиками з різними пов'язаними з нею характеристиками дозволяє розглянути варіанти її застосування в Україні та скористатися перевагами комплексного підходу до управління ризиками для досягнення цілей державної та державної політики в усіх сферах та на всіх рівнях управління.

Базовий процес управління ризиками складається з наступних чотирьох етапів: прогнозування факторів ризику; аналіз ризиків; управління ризиками; оцінка та співбесіда. Управління ризиками не є строго послідовним процесом, при якому один компонент впливає тільки на інший. Це ітеративний, різноспрямований процес, при якому майже всі компоненти можуть впливати на інший. Глобальне управління даними має два ефекти: як позитивний (більша відкритість інформації для свідомості

мас, свобода вираження поглядів тощо), так і негативний (наявність інформаційного шуму, відсутність чітких критеріїв визначення достовірності джерела інформації тощо). Тому грамотно продумана система управління ризиками дозволяє виявляти загрози під час реалізації стратегії та інформувати власників і керівництво.

Аналіз міжнародного досвіду надання медичної допомоги здійснюється на основі показників, релевантних для оцінки системи охорони здоров'я (громадське здоров'я, доступ до лікарських засобів, забезпечення та фінансування охорони здоров'я, кадровий потенціал системи охорони здоров'я), які вважаються найбільш достовірними. Вивчення міжнародних практик на основі Глобального індексу безпеки охорони здоров'я, Legatum Prosperity Index, CEOWorld Health Index, Глобального індексу безпеки здоров'я та результатів опитування світової спільноти показало, що стратегічними цілями функціонування всіх систем охорони здоров'я є забезпечення компетентної системи громадського здоров'я. Доступність та якість медичної допомоги. Узагальнено основні проблеми в системах охорони здоров'я (COVID-19, рак, психічне здоров'я, стрес, ожиріння, діабет, нестача персоналу, доступ до лікування або час очікування, відсутність інвестицій в охорону здоров'я та старіння населення). Виокремлено основні пріоритети у сфері охорони здоров'я: розвиток цифрового здоров'я, телемедицина, стабілізація психічного здоров'я, мобільні медичні послуги, розвиток електронних медичних послуг та компонентів громадського здоров'я, популяризація здорового способу життя для громадян різного віку, реалізація освітніх програм, державних політичних ініціатив та проєктів для розвитку цифрового здоров'я, підвищення цифрових навичок та компетенцій лікарів і пацієнтів.

Україна довела, що має один із найнижчих рівнів планових щеплень населення у світі, що пов'язано з високим рівнем недовіри до неї та відсутністю необхідної кількості вакцин. Висвітлено плани реформування системи охорони здоров'я в Україні, які реалізуються урядом для забезпечення та підтримки здоров'я населення.

Порівняльний аналіз результатів впровадження державних механізмів у сфері охорони здоров'я під час пандемії в Румунії, Молдові, Угорщині, Словаччині, Польщі та Україні виявив фактори ризику (надзвичайний стан, радіологічний фон, новий

коронавірус, водопостачання, вірус віспи мавп, інфекційні захворювання, харчові отруєння). За результатами оцінки доступності послуг, ефективності та стійкості систем охорони здоров'я Словаччину можна визначити як таку, що має найбільш ефективну державну політику щодо реформування сектору охорони здоров'я.

У ньому підсумовано основні зміни для сфери охорони здоров'я в контексті децентралізації: перехід від модернізації на муніципальному рівні (міста, муніципалітети); необхідність спільної роботи територіальних громад для досягнення спільних цілей; Виключення надходжень до бюджету та бюджетних повноважень у сільській місцевості. Запропоновано науково-методичний підхід до оцінки відповідності системи охорони здоров'я регіону, що розвивається, ЦСР на основі низки показників (кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, поширеність активного туберкульозу, кількість виписаних е-рецептів, вакцин проти COVID-19, вартість медичних закладів, які уклали договір з Національною службою здоров'я України, розмір додаткових дотацій для місцевих домогосподарств, ступінь доступу до лікарів загальної практики на 10000 жителів, середня кількість декларацій на одного лікаря).

При трансформації механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні показано, що важливо налагоджувати спільну взаємодію з відповідними інституціями. Визначено пріоритетні сфери, до яких суспільство має бути залучене до трансформації регуляторних механізмів громадського здоров'я, та запропоновано алгоритм дій для забезпечення ефективної системи громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. Визначено ключові напрями подальшої трансформації охорони здоров'я у зв'язку з децентралізацією в Україні: запровадження показників ефективності роботи керівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я; Створення ефективної системи контролю за наданням медичних послуг за схемою гарантування непрацездатності тощо.

Концепція системної трансформації управління розвитком медичних закладів України має бути сформована як побудова оптимальної моделі суттєвих змін в управлінні. Ця концепція має на увазі постійний просторовий аналіз змін ситуації з метою адаптації системи управління до мінливих соціально-політичних і економічних

умов. Побудова механізмів управління повинна включати системний підхід, оскільки цей підхід являє собою сукупність взаємозалежних елементів і адаптує систему управління до ресурсів та інформації. Це дає змогу закладу охорони здоров'я адаптуватися до мінливих політичних, економічних, соціально-демографічних та культурних умов. На нашу думку, такий підхід є найбільш ефективним у нинішніх умовах системи охорони здоров'я, оскільки дозволяє ефективно впроваджувати на практиці елементи фінансового управління медичними закладами з урахуванням реформаторських заходів національної системи охорони здоров'я.

Процес управління окремим закладом охорони здоров'я входить в параметри державної системи управління і регулювання і тісно пов'язаний між способами забезпечення населення розмірами і якістю послуг, що надаються. Однак нинішня система управління, яка поєднує державні та внутрішні економічні механізми, вже не здатна виконувати процеси ефективного фінансового управління медичними закладами: потрібні фінансові інструменти та важелі, адаптовані до поточних умов роботи. На нашу думку, перспективним напрямком подальших досліджень цієї теми має стати насамперед аналіз дій влади, які сприяють можливостям ефективного функціонування медичних закладів у різних організаційно-правових формах. Сюди входять процеси формування стратегічно оптимального рівня фінансування закладів та організацій охорони здоров'я, який розраховується на основі фінансового індексу медичної галузі. Ці дослідження повинні враховувати питання обов'язкового та приватного страхування, прямої оплати медичних послуг, оподаткування шкідливих для здоров'я товарів (тютюнових та алкогольних виробів) та встановлення максимально можливої заробітної плати для медичного персоналу виходячи з сучасної вартості ліків та медичних робіт.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р., Демків І. Інструментарій політики розвитку та зміцнення конкурентоспроможності економіки територіальних громад. *Modeling the development of the economic systems*. 2023. Вип 2, С. 28–33.
2. Августин Р. Конкурентоспроможність та основні поняття, що її характеризують. *Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені В. Гнатюка. Серія: Економіка*, 2007. №21. С. 39-44
3. Августин Р. Р., Демків І. О. Удосконалення системи менеджменту в органах місцевого самоврядування на прикладі управління розвитком локальних інтегрованих структур. *Академічні візії*. 2023. Вип 16. URL: <https://www.academy-vision.org/index.php/av/article/view/403> .
4. Августин Р. Р., Демків І. О. Модернізація громадської інституційно-організаційної системи менеджменту в сфері розвитку внутрішнього ринку. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. Серія економічна. Серія юридична*. 2023. Вип. 36. С. 322-327.
5. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250> .
6. Августин Р. Р., Стахів О. В. Управління процесами інтелектуалізації – системна умова розвитку закладів охорони здоров'я. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. 2023. № 37. С. 13-21.
7. Августин Р., Демків І. Засоби стимулювання розвитку малого бізнесу як чинника подолання депресивності віддалених населених пунктів територіальних громад. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2023. Вип 3, С. 151-155.
8. Августин Р., Демків І. Управління формуванням ресурсного забезпечення стратегічного розвитку підприємства. *Вісник Хмельницького національного університету, Хмельницький*, 2021, № 3 (292), с. 77-81.
9. Балабанов І.Т. Ризик-менеджмент. К.: 2006. С. 40 - 41.

10. Башинська І.О. Ризикостійкість як критерій безпекоорієнтованого управління промисловим підприємством. Бізнес Інформ. 2019. № 11. С. 330-336
11. Башинська І.О., Макарець Д.О. Управління ризиками в проектах. Економіка. Фінанси. Право. 2017. № 5/2'2017. С. 38-40.
12. Безперервний професійний розвиток. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/bezperervnij-profesijnij-rozvitok>
13. Білинська М. М., Петроє О. М. Інституціоналізація публічного управління в Україні: наук.-аналіт. доп. Київ: НАДУ, 2019. 210 с.
14. Білявська О.Б. Концептуальні принципи управління ризиками в державному управлінні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2010. № 6. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2010_6_5
15. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні: ситуаційний аналіз. Київ: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 2019. 133 с.
16. Бондар В. Підвищення ефективності механізмів управління ризиками в закладі охорони здоров'я: мат. доп. наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні». м. Тернопіль, 24 листопада 2023р.
17. Бондар В. Система ризик-менеджменту організацій публічної сфери. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 4 травня 2023 року).
18. Ваніна Д. А. Характеристика міжнародних систем нормативного забезпечення ризик-менеджменту. Науковий вісник. Одеський національний економічний університет. Всеукраїнська асоціація молодих науковців. Науки: економіка, політологія, історія. 2013. № 7 (186). С. 49-56.
19. Верещагіна Г.В., Плеханова Т.Є. Впровадження системи ризик-менеджменту на підприємстві в умовах інноваційної діяльності. Modern Economics. 2018. № 7. С. 41-51.

20. Власенко Р. В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. URL: <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovva.pdf>
21. Власенко Р. Шляхи подолання диспропорції кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я на регіональному рівні. Київ: Національний інститут стратегічних досліджень, 2020. 9 с.
22. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис....канд. наук з держ.упр.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. С.92
23. Гавриленко Д.Г. Міжнародний досвід забезпечення спроможної системи громадського здоров'я. *Наукові інновації та передові технології*. 2022. № 6(8). С. 47-480.
24. Гавриченко Д.Г. Глобальні та європейські виклики щодо трансформації системи охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління та регіональний розвиток*. Миколаїв. 2021. №14. С. 890-912.
25. Гавриченко Д.Г. Публічні механізми трансформації та розвитку сфери охорони здоров'я України: проблеми теорії та методології: монографія. Київ: ВД «Освіта України», 2022. 434 с.
26. Гавриченко Д.Г. Сучасний стан сфери охорони здоров'я України. *Наукові перспективи*. 2022. №6 (24). С. 611-621.
27. Григорович В.Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. №2. URL:<http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=93>
28. Данілова Е.І. Методологія ризик-орієнтованого підходу до управління економічною безпекою підприємства. *Modern Economics*. 2018. № 12. С. 61-68.
29. Демків І. О. Гнучкість підприємства як засіб досягнення його конкурентоспроможності. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки»*. 2011. № 6 (51), ч. 2. С. 164 – 168.
30. Демків І. О. Методичні підходи до оцінювання гнучкості підприємства в умовах нестабільного ринкового середовища. *Економічний аналіз*. 2015. Том 21. № 2. С. 55-62.

31. Демків І. Стратегія диверсифікації як елемент стратегічного управління підприємством. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки: зб. тез доп. Всеукр. наук. практ. конф.. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. С.45-48.
32. Демків І. Теоретичні засади гнучкості підприємства як засобу забезпечення його конкурентоспроможності: виробничо-управлінський аспект. Наука молода : зб. наук. праць молод. вчених Терноп. нац. екон. унту. Тернопіль : Економічна думка, 2010. № 14. С. 20-25. 224.
33. Деякі питання використання коштів з рахунка для задоволення потреб охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2022 №491. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/491-2022-%D0%BF>
34. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. №411. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>
35. Довженко В., Русак П., Золотницька Ю. Інформаційно-аналітичне забезпечення прогнозування і планування соціально-економічного розвитку територій. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 6. С. 79-84
36. Донець О.М., Савельєва Т.В., Урецька Ю.І.. Використання міжнародних стандартів в управлінні ризиками. *Управління розвитком складних систем*. 2011. Вип. 6. С. 36-42.
37. Еавриченко Д.Е. Державні механізми надання електронних послуг в медичній галузі: європейський аспект. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2022. №28. С.62-65.
38. Еавриченко Д.Е. Механізми трансформації охорони здоров'я України в умовах пандемії COVID-19. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2022. №29. С.27-31
39. Електронні довірчі послуги: кому і що довірити. *Бухгалтер*. URL: <https://buhgalter.com.ua/articles/other/elektronni-dovirchi-poslugi-komu-i-shcho-doviriti/>
40. З 1 липня в Україні запрацюють центри контролю та профілактики хвороб.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://www.phc.org.ua/news/z-1-lipnya-v-ukraini-zapracyuvut-centri-kontrolyu-ta-profilaktiki-khvorob>

41. Завдання та шляхи реалізації реформи системи охорони здоров'я. Департамент охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації. URL: <https://uofter.gov.ua/ua/363-zavdannva-ta-shlyahi-realizacii-reformuvannya-galuzi>

42. Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14 Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002-2011 роки. URL: <https://www.apteka.ua/article/14812>

43. Карамішев Д. В., Шевченко В. І. Державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів. *Інвестиції: практика та досвід*. 2010. № 22. С.60-64.

44. Ковтуненко Ю.В., Пінчук А.А., Мамбетов Ю.В. Планування людських ресурсів з урахуванням ризик-факторів. *Економіка та суспільство*. 2018. № 19. С. 422-427. URL: https://economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/64.pdf

45. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. №7. С.46-48.

46. Кращі практики реагування громад на наслідки пандемії COVID-19 в Україні. Київ: ГО «Інститут миру і порозуміння», 2021 рік. 41с.

47. Криничко Л.Р. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. №3. URL: http://www.dynayka.com.ua/pdf/3_2020/42.pdf

48. Луганова І.А. Сутність та принципи концепції ризик-менеджменту. Актуальні проблеми державного управління. Вип. 1 (53)/2018. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/apdu/2018-1/doc/2/04.pdf>

49. Медична реформа. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudsko-go-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

50. Мінфін: В умовах воєнного стану заробітна плата медпрацівників за 3 місяці

- 2022 року профінансована у повномуобсязі. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/minfin-v-umovah-voyen№go-stanu-zarobitna-plata-medpracivnikiv-za-3-misvaci-2022-roku-profinansovana-u-pov№mu-obsyazi>
51. Особливості бюджетного процесу в умовах воєнного стану. Децентралізація. URL: <https://decentralization.gov.ua/news/14654>
52. Офіційний сайт Комунального некомерційного підприємство «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги». URL: <https://uofter.gov.ua/ua/organisations/1/category/925/view/40>.
53. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://moz.gov.ua>.
54. Офіційний сайт Національної служби охорони здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
55. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я: Закон України від від 20 грудня 2019 року №421-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.Ua/laws/show/421-20#Text>
56. Про електронні довірчі послуги: Закон України від 5 жовтня 2017 року № 2155-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2155-19>
57. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції популяризації України у світі та просування інтересів України у світовому інформаційному просторі: розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 червня 2017 р. №383-р. Верховна Рада України. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383 - 2017-%D1%80](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2017-%D1%80)
58. Про облік та табелювання медичних працівників, які надають медичну допомогу поза основним місцем роботи в період воєнного стану на території України: наказ Міністерства охорони здоров'я від 04.03.2022 № 414. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0414282-22#Text>
59. Ризики для громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoruvannva/riziki-dlya-gromadskogo-zdorowa>
60. Рішення МОЗ для удосконалення роботи сфери охорони здоров'я під час воєнного стану. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/rishennva>

moz-dlva-udoskonalennya-roboti-sferi- ohoroni-zdorovya-pid-chas-voyen№ogo-stanu

61. Сазонець І. Л., Вівсянник О. М. Передумови функціонування міжнародних організації в інституційному механізмі державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2020. №1. Т.2. С.170-179.
62. Самофалов Д.О. Упровадження електронної системи охорони здоров'я як складник публічного управління охороною здоров'я: світовий досвід. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2020. Вип. 1(44). С.92- 99.
63. Статистична інформація. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
64. Статут Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» . Тернопіль. 2021. 19 с.
65. Тарнавська Н. П., Демків І.О. Концептуальні положення моделі управління гнучкістю підприємства. *Бізнес інформ*. №2. 2017. с. 307-317.
66. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 8. С.83-86.
67. Трансформація системи охорони здоров'я створила умови для розвитку ринку медичних спеціальностей, - НСЗУ. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/transformaciva-sistemi-ohoroni-zdorovya-stvorila-umovi-dlva-rozvitku-rinku-medichnih-special№stej-nszu>
68. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку*. матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 квітня 2007 р.), Львів. С.318-323.
69. Шегедин Я. Ю. Еволюція концептуальних засад державної політики України в галузі охорони здоров'я: регіональний аспект розвитку медсестринства. *Ефективність державного управління*. 2016. Вип. 1-2(1). С.203-210.
70. Шкільняк М.М. , Кривокульська Н. М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69
71. Шкільняк М.М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної*

- гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2. С. 22-30.
72. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2(19). С. 151-159.
73. Школа В. Ю., Прокопенко О. В., Омеляненко В. А. Трансформація методології ризик-менеджменту надзвичайних ситуацій на основі концепції сталого інноваційного випередження: глобальний і локальний виміри. Бізнес Інформ. 2021. №9. С. 13-21. URL: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2021-9-13-21>
74. 2021 Global Health Security Index. URL: <https://www.ghsindex.org/>
75. Andriyash, V., Kozlova, L., Malikina, O., & Polyakova, E. Особливості державної політики регулювання медичних послуг в Україні. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2020. №9. С.689-713.
76. Avhustyn R., Demkiv I., Kotys N. Modeling the assessment of the probability of shadowing and spread of corruption in the social system and the sphere of public services Conference Proceedings Advanced Computer Information Technologies. Cheske Budejovice, Czech Republic, June 5-7, 2019, S.388-392.
77. Avhustyn, R., & Demkiv, I. (2020). Management innovations as a factor of improving competitiveness of enterprises. *Efektivna Ekonomika*. <https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.4.14>
78. Emergency in Ukraine. World Health Organization. URL: <file:///D:/%D0%B4%D0%B8%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%93%D0%B0%D0%B2%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE/%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B4%D0%B5%D0%BB%20301052022/WHO-EURQ-2022-5152-44915-642819-eng.pdf>
79. Emergency in Ukraine: External Situation Report. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353941/WHO-EURO-2022-5152-44915-64481-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
80. Global Health Security Index 2019. URL: <https://www.ghsindex.org/>
81. Global Health Service Monitor 2021. Ipsos. URL: <https://www.ipsos.com/en/global-health-service-monitor-2021>

82. Global Observatory for eHealth. World Health Organization URL: <https://www.who.int/observatories/global-observatory-for-ehealth>
83. Hardy K. Managing Risk in Government: An Introduction to Enterprise Risk Management. IBM Center for The Business of Government, 2010. URL: <http://www.businessofgovernment.org/sites/default/files/RiskinGovernment.pdf>
84. IEC/ISO 31010:2018 Керування ризиком. Методи загального оцінювання ризику. Wikipedia free-content encyclopedia : Веб-сайт. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/IEC/ISO_31010:2009_Керування_ризиком._Методи_загального_оцінювання_ризиком
85. ISO 31000:2018 - Управління ризиками - Принципи та рекомендації. URL: <https://www.iso.org/ru/standard/43170.html>
86. Kabachenko D., Churikova O., Oneshko S., Avhustyn R., Slatvinska V. Application of Information Technologies for Management Decision Making in the Conditions of the Instability of the External Economic Space. International Journal for Quality Research. Volume 16 Number 4. 2022. s. 1121-1132
87. Liudmyla Antova, Dmytro Havrychenko, Roman Primush, Vitalii Kropyvnytskyi, Violeta Tohobytka. Modern Aspects of SMART-Management of the Region in the Context of the Development of Public Administration. IJCSNS. *International Journal of Computer Science and Network Security*. 2022. Vol. 22. №5, pp. 469-474
88. Morgan J.P. RiskMetrics — Technical Document. URL: <http://www.jpmorgan.com/RiskManagement/RiskMetrics/RiskMetrics.html>
89. Operational public health considerations for the prevention and control of infectious diseases in the context of Russia's aggression towards Ukraine. European center of disease prevention and control. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Operational-considerations-Russia-aggression-towards-Ukraine-final.pdf>
90. Revealed: Countries With The Best Health Care Systems, 2021. CEO WORLD. URL: <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>

91. Ruslan Avhustyn, & Iryna Demkiv. (2021). Anti-corruption mechanism and means of detinization in the social sphere. *The Journal of V. N. Karazin Kharkiv National University. Series: International Relations. Economics. Country Studies. Tourism*, (13), 27-37. <https://doi.org/10.26565/2310-9513-2021-13-03>
92. Stahiv O., Biletska I., Perepolkina O., Avgustyn R., Mykytyn O. (2023). Efficiency of the Implementation of Innovation and Investment Projects at Healthcare Institutions: Integral Analysis and Ways of Enhancement. *Science and Innovation*, 19(5), 18–33. <https://doi.org/10.15407/scine19.05.018>
93. The Legatum Prosperity Index 2021. Legatum Institute Foundation. URL: <https://www.prosperity.com/rankings>
94. Ukraine emergency. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/emergencies/situations/ukraine-emergency>
95. Yemelyanova, V., & Sokirko, M. Ризики реформи децентралізації та способи їх вирішення. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2020. №10. С.1106-1139.